

RAPPORT DE RECHERCHE

2023

**Les autorisations judiciaires
de soins : analyse comparative
des pratiques entre deux centres
intégrés de santé et de services
sociaux de la Montérégie**



LES AUTORISATIONS JUDICIAIRES DE SOINS : ANALYSE COMPARATIVE DES PRATIQUES ENTRE DEUX CENTRES INTÉGRÉS DE SANTÉ ET DE SERVICE SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

COMITÉ D'ENCADREMENT

Emmanuelle Bernheim

Professeure, Faculté de droit, section de droit civil, Université d'Ottawa

Edith Perrault

Diplômée en droit, concentration droit et société (2^e cycle), Université du Québec à Montréal
Avocate

David-Alexandre Grisé

Co-coordonnateur du volet défense des droits, Collectif de défense des droits de la Montérégie

Azélie Rocray

Collectif de défense des droits de la Montérégie

Geneviève Chicoine

Agente de développement, Service aux collectivités, Université du Québec à Montréal

SOUTIEN FINANCIER

Programme d'aide financière à la recherche et à la création,
UQAM – recherche dans le cadre des services aux collectivités, volet 2.

Pour citer ce document :

Perrault, Edith et Emmanuelle Bernheim (2023) *Les autorisations judiciaires de soins : analyse comparative des pratiques entre deux centres intégrés de santé et de services sociaux de la Montérégie*. Rapport de recherche. Collectif de défense des droits de la Montérégie, Service aux collectivités, UQAM, 67 p.



TABLE DES MATIÈRES

Lexique	5
---------------	---

INTRODUCTION

Le collectif de défense des droits de la Montérégie	6
Description de notre démarche	7
Pour une codéfinition de l'enjeu et des contours de la recherche	7

CADRE JURIDIQUE, CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

Le cadre juridique de l'autorisation de soins	9
Le consentement, le refus et l'inaptitude à consentir aux soins	9
Les exigences procédurales	10
Mise en contexte	10
Méthodologie	11

RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES DOSSIERS JUDICIAIRES DE 2019

Observations générales	12
La pratique des projets de jugement et le <i>rubber-stamping</i>	12
Le recours systématique aux mécanismes d'exception	13
L'abrogation du délai d'assignation	13
L'exécution du jugement nonobstant l'appel	14
L'intitulé	16
La nature et la durée des autorisations judiciaires de soins demandées	16
La nature des soins demandés	16
La durée de l'autorisation demandée	17
L'avis de présentation	17
La partie mise en cause	17
L'usage de la visioconférence	17
Les pièces au soutien de la demande, les droits et les obligations	18
L'instance	18
La durée	18
Les juges	19
Les personnes visées par les demandes d'AJS	19
La présence	19
La représentation	20
L'obligation d'entendre la personne visée par la demande d'AJS	20
La défense	20
Les témoins	20
Les remises, les mesures de sauvegarde et l'abandon	20
Les jugements	21
La forme et la motivation des décisions	21
Les projets de jugement	22
Les modifications apportées aux projets de jugement	22
L'autorisation judiciaire de soins	23

La nature	24
La précision	25
Les soins « accessoires »	26
Les ordonnances accessoires	26
La durée	27

DISCUSSION

Les pratiques des établissements de santé	29
Des demandes introductives d'instance irrégulières et sans substance	29
Des avis de présentation à la limite de la conformité	30
Les pratiques de l'institution judiciaire	30
Le contenu des procès-verbaux	30
La présence et la représentation des personnes	30
Durée des audiences	31
Les autorisations de soins	31
Des plans de soins qui ratissent large	31
La durée	32
Les automatismes	32

CONCLUSION

RECOMMANDATIONS

FAITS SAILLANTS

Demande	36
Abrogation des délais	36
Nature et durée de l'autorisation de soins demandée	36
Avis	37
Instance	37
Durée	37
Juges	37
Défenderesse (personne visée par la demande d'AJS)	37
Jugement	37
Rejet	37
Format et motivation	37
Nature de l'autorisation de soins accueillie	37
Les soins et ordonnances accessoires	38
La durée de l'autorisation	38
Abrogation des délais	38

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Législation	39
Jurisprudence	39
Recherche	40
Autres documents	40

ANNEXES

LISTES DES FIGURES / TABLEAUX

FIGURE 1	Nombre de demandes introduites dans le district de Longueuil selon les données du ministère de la Justice.	11
FIGURE 2	Proportion des demandes dans lesquelles l'abrogation du délai d'assignation est demandée.	13
FIGURE 3	Proportion des jugements dans lesquels le tribunal abroge le délai d'assignation.	13
FIGURE 4	Proportion des demandes dans lesquelles l'exécution du jugement nonobstant l'appel est demandée.	14
FIGURE 5	Proportion des jugements dans lesquels le tribunal ordonne l'exécution immédiate du jugement.	14
FIGURE 6	Répartition annuelle des demandes introductives d'instance par établissement sur le total des demandes.	15
FIGURE 7	Proportion des demandes par établissement selon la nature des soins demandés.	16
FIGURE 8	Proportion des avis indiquant à la personne visée par la demande d'AJS de se présenter ou non par visioconférence.	18
FIGURE 9	Proportion des personnes visées par les demandes d'AJS selon leur présence aux audiences.	20
FIGURE 10	Proportion des demandes remises, avec ou sans mesures de sauvegarde, selon la conclusion de la demande sur le fond.	21
FIGURE 11	Proportion des jugements selon leur format.	21
FIGURE 12	Proportion des jugements écrits selon l'auteur du jugement.	22
FIGURE 13	Proportion des projets de jugements modifiés par le tribunal.	22
FIGURE 14	Proportion des ordonnances modifiées selon leur nature sur le nombre total de projets de jugement modifiés.	23
FIGURE 15	Proportion des demandes d'autorisation de soins selon leur conclusion principale.	24
FIGURE 16	Pourcentage de jugement sur le total des jugements (N=85) selon la nature du plan de soins autorisés.	24
FIGURE 17	Proportion de jugements ordonnant un hébergement selon le degré de précision de l'ordonnance.	26
FIGURE 18	Proportion de jugements autorisant des soins selon la durée de l'ordonnance.	28

LISTES DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Nombre et pourcentage de demandes introductives d'instance selon le nombre de demandes d'abrégé le délai d'assignation et selon le nombre de demandes pour lesquelles le délai est respecté.	14
TABLEAU 2	Nombre et pourcentage de demandes introductives d'instance selon le nombre de demandes d'abrégé le délai d'assignation et selon le nombre de demandes pour lesquelles le délai est respecté (CMC).	14
TABLEAU 3	Nombre et pourcentage de demandes par établissement selon la durée inscrite à la demande introductive d'instance.	17
TABLEAU 4	Nombre et pourcentage d'instances et de sauvegardes ordonnées selon la durée.	19
TABLEAU 5	Nombre et pourcentage d'audiences entendues par les juges.	19
TABLEAU 6	Détails des soins de nature psychiatrique autorisés selon l'établissement.	25
TABLEAU 7	Détails des modifications de la durée inscrite au projet de jugement.	27
TABLEAU 8	Nombre et pourcentage de jugements autorisant des soins selon la durée et l'établissement de santé demandeur.	28

LEXIQUE

Dans le présent rapport, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

« AJS »	Autorisation judiciaire de soins
« Avis de présentation »	Avis d'assignation. Acte de procédure écrite par lequel la partie demanderesse (l'hôpital) informe la partie défenderesse (la personne visée par la demande d'AJS) qu'elle intente une action contre elle (ex. ANNEXE II)
« CHSLD »	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
« CISSS »	Centre intégré de santé et de services sociaux
« CLSC »	Centre local de services communautaires
« CMDP »	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
« Défenderesse »	Partie contre qui est formée une demande en justice : personne visée par la demande d'AJS.
« Demanderesse »	Partie qui dépose une demande en justice : établissement de santé qui dépose la demande d'AJS.
« Demande introductive d'instance »	Acte par lequel l'établissement de santé saisit le tribunal (ex. ANNEXE I).
« Établissement »	Entité dotée de capacités et de responsabilités légales qui est titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux.
« Exécution nonobstant et l'appel »	Procédure exceptionnelle rendant les effets du jugement au moment où il est prononcé non à l'expiration du délai d'appel (5 jours).
« Installations »	Lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou de plusieurs missions. Un établissement comporte généralement plusieurs installations. Par exemple : hôpital, CLSC, clinique médicale, GMF, CHSLD, centre de réadaptation.
« Instance »	Période qui sépare le début d'un procès du jour où il prend fin avec le jugement final [...]. Une instance peut comporter une ou plusieurs audiences.
« Jugement final » (ou « sur le fond »)	Jugement qui statue sur l'objet même de la demande et qui met fin à l'instance.
« Jurisprudence »	Ensemble des décisions rendues par les tribunaux. Ensemble des principes juridiques qui se dégagent des solutions apportées par les tribunaux lorsqu'ils sont appelés à interpréter la loi ou à créer du droit en cas de silence de la loi.
« Ordonnance »	Décision d'un juge qui enjoint à une personne de poser un acte ou qui lui interdit de le faire.
« Sauvegarde » (ou « ordonnance de sauvegarde »)	Ordonnance prononcée pendant l'instance dans le but de protéger les intérêts des parties pour une période qu'elle détermine ou jusqu'au jugement final, notamment par une recherche d'équilibre entre les droits et les obligations de chacune d'elles.
« Soin »	Tout examen, prélèvement, traitement ou intervention, de nature médicale, psychologique ou sociale, requis ou non par l'état de santé, physique ou mentale ainsi que l' hébergement en établissement de santé.



INTRODUCTION

LE COLLECTIF DE DÉFENSE DES DROITS DE LA MONTÉRÉGIE

Le Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM) est l'organisme communautaire de promotion et de défense des droits en santé mentale œuvrant sur tout le territoire de la Montérégie. Financé par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'organisme dans cinq bureaux situés à Salaberry-de-Valleyfield, Sorel-Tracy, Longueuil, Saint-Hyacinthe et Saint-Jean-sur-Richelieu, ce qui lui permet de rejoindre les usager·ère·s et les réalités des trois centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de son territoire¹.

Depuis 1989, la mission du CDDM est d'offrir aide et accompagnement aux personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale dans diverses démarches individuelles de défense des droits. Le CDDM a également pour mission de promouvoir le respect des droits fondamentaux en milieu psychiatrique et dans la communauté. Cet organisme sans but lucratif est administré par un conseil d'administration et orienté par un comité de coordination composé de trois conseillers en défense des droits. L'administration des pratiques est faite de concert avec toute l'équipe de travail à partir des principes de gestion participative, malgré les enjeux territoriaux associés au territoire de la Montérégie.

Étant membre de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), le CDDM fait partie du mouvement communautaire alternatif en santé mentale qui prône, entre autres, la participation citoyenne, l'appropriation du pouvoir, la justice sociale ainsi que la reconnaissance de la parole des personnes ayant un problème de santé mentale.

Dans le cadre de notre vie associative composée d'une centaine de membres, nous proposons des activités mensuelles telles que des ateliers interactifs « café-droits » thématiques et des formations sur les droits et recours en santé mentale. Ces formations sont également offertes à nos partenaires communautaires et institutionnels, pour leurs membres ou leurs employé·e·s.

À travers l'éducation populaire des personnes et la présentation de formations à différents acteurs du système de santé, notre organisme s'efforce de rétablir un rapport de force entre la personne et le système de santé ainsi que de partager sa vision critique de l'approche biomédicale en santé mentale auprès des personnes et des intervenant·e·s du réseau de la santé. Le CDDM participe également à diverses tables de concertation et à divers comités dans le milieu communautaire de même que dans le réseau de la santé et des services sociaux afin de promouvoir l'état des droits en santé mentale et d'en fournir une documentation. De plus, des projets de collaboration sont également conclus ou en cours de conclusion avec des CISSS. Qui plus est, notre organisme valorise l'engagement politique et social en participant à des mobilisations collectives, qui sont des moteurs de changement en santé mentale, ou en les organisant. En raison des importantes conséquences sur les droits de la personne, l'autorisation judiciaire de soins, la garde en établissement et les mesures de contrôle (isolement, contentions, substances chimiques) sont trois dossiers qui, chaque année, font l'objet d'une étude et d'une documentation constante par le CDDM. La présente démarche est un marqueur supplémentaire de nos intérêts et de notre champ d'action à leur égard.

¹ Le CISSS de la Montérégie-Ouest, le CISSS de la Montérégie-Centre et le CISSS de la Montérégie-Est.

DESCRIPTION DE NOTRE DÉMARCHÉ

L'autorisation judiciaire de soins (AJS) est un mécanisme d'exception aux droits des personnes qui donne le pouvoir au juge d'autoriser un établissement de santé ou un médecin à octroyer des soins sans le consentement de la personne jugée inapte à y consentir. Il s'agit d'un mécanisme d'exception utilisé principalement en santé mentale. Bien qu'elles soient théoriquement exceptionnelles, nous avons observé une nette augmentation de ce type de demandes au cours des dernières années.

Dans le cadre de notre mission, notre organisme met les conseillers et conseillères en défense des droits directement en contact avec des personnes soumises aux AJS. En matière d'AJS, nous constatons régulièrement que le personnel du système de santé et les médecins exercent des pratiques abusives, illégales ou irrégulières : manque d'informations, impossibilité pour la personne de se faire entendre par le tribunal, absence de représentation par avocat·e, difficulté de contester l'AJS pendant des années, absence de réévaluation de l'aptitude durant l'AJS, etc. À notre avis, peu de règles de droit encadrent l'AJS, ce qui laisse une grande discrétion aux médecins et aux établissements de santé pour appliquer les quelques dispositions législatives existantes.

Il est actuellement difficile pour notre organisation d'agir dans un souci de respect des droits des personnes en raison de la culture institutionnelle et systémique qui les perpétue et devant un manque de données probantes à adresser à nos interlocuteurs et interlocutrices. De plus, en mai 2019, à titre de membre de l'AGIDD-SMQ, nous avons participé de concert avec nos collègues à une journée de réflexion devant une potentielle prise de position abolitionniste de l'AJS. Force est d'admettre que cette position était intenable, et ce, en partie en raison d'un manque de données statistiques sur l'application des AJS et, corollairement, d'un manque de solutions de rechange à proposer.

En outre, les membres de l'équipe observent des différences d'application selon la région et le CISSS où les AJS sont demandées, ce qui soulève la question de la provenance ou de l'origine de ces différentes cultures institutionnelles en Montérégie. Par exemple, au CISSS de la Montérégie-Centre, un projet-pilote d'AJS de courte durée a vu le jour récemment, tout comme l'utilisation des visioconférences en matière d'AJS, ce que nous n'avons pas observé au sein du CISSS de la Montérégie-Est. Qui plus est, à la suite de nos demandes systématiques d'accès à l'information, nous avons également observé de grandes différences dans la tenue de données de tous les CISSS de la Montérégie, ce qui rend impossible une analyse comparée de celles-ci.

Dès 2017, dans le cadre de nos actions courantes, nous souhaitons recueillir copie des jugements des personnes

que nous accompagnons, mais nous avons réalisé rapidement que nos ressources ne nous permettaient pas de documenter suffisamment le phénomène afin d'avoir une bonne vision d'ensemble. De plus, le personnel du CDDM n'est pas composé de juristes, ce qui rend plus compliqués l'accès et la recherche de jugements en la matière. Devant cet état de fait, à l'été 2018, nous avons fait appel à des stagiaires en droit afin de définir et de baliser une approche méthodologique pertinente qui nous orienterait vers cette présente démarche de recherche. Ces stagiaires ont fait le tri de la littérature existante, des modalités et des approches préconisées, et ont mis en valeur la doctrine, la jurisprudence et les éléments collectés à même les recherches précédentes. Au terme de cette démarche préliminaire, nous soulevons conséquemment la pertinence et la singularité de notre étude.

Finalement, puisque le Palais de justice de Longueuil est le seul lieu pouvant recouper les pratiques des deux principaux centres hospitaliers du territoire, soit Pierre-Boucher (CISSS de la Montérégie-Est) et Charles-Lemoyne (CISSS de la Montérégie-Ouest), nos observations potentielles au sein de ce district judiciaire nous permettent de documenter les différences en ce qui a trait aux pratiques et aux cultures institutionnelles, en plus de nous documenter sur la nouvelle amplitude de ces dernières autant sur notre territoire que partout au Québec. Une démarche qui trouverait une grande pertinence et qui est proposée par l'AGIDD-SMQ.

C'est donc à partir de ces constats et dans ce contexte précis que nous avons sollicité l'aide du Service aux collectivités de l'UQAM pour codévelopper un projet de recherche avec une professeure de cet établissement. Ainsi, notre recherche, dont les résultats sont présentés dans le présent document, est le fruit d'un travail étroit avec la professeure de droit Emmanuelle Bernheim et l'étudiante aux cycles supérieurs en droit Edith Perrault.

POUR UNE CODÉFINITION DE L'ENJEU ET DES CONTOURS DE LA RECHERCHE

Au Québec, les droits à l'intégrité et à l'autodétermination prévalent dans tout rapport thérapeutique, et le consentement libre et éclairé doit être obtenu avant de procéder à quelque soin que ce soit (art. 10 et 11 C.c.Q.). Il existe peu d'exception à la règle absolue de la primauté de la volonté individuelle. L'une d'elles est l'AJS, par laquelle le tribunal, sur demande d'un établissement de santé, autorise le personnel de cet établissement à procéder à des soins malgré le refus exprimé par une personne inapte à y consentir ou par son ou sa représentant·e légal·e. Le *Code civil du Québec* prévoit que « 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 des soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence » (art. 16 C.c.Q.). Dans ce cadre, le tribunal doit mener une enquête exhaustive auprès de tous les protagonistes susceptibles de l'éclairer. La personne concernée doit être entendue et les soins autorisés doivent absolument être requis par l'état de santé, faute de quoi la volonté de la personne en cause, même inapte à consentir aux soins ou légalement incapable, doit être respectée (art. 23 C.c.Q.).

Les pratiques hospitalière et judiciaire concernant les autorisations judiciaires de soins ont été peu étudiées depuis leur introduction dans le *Code civil du Québec* en 1989. Dans les dernières années, les quelques recherches menées sur le sujet mettent en lumière différentes difficultés liées à la mise en œuvre de l'autorisation judiciaire de soins et aux droits des personnes visées : durée de plus en plus longue, liste de soins de plus en plus imprécise, obligation de résider dans un lieu approuvé par l'équipe traitante, personne régulièrement absente à son audience, application inégale des principes généraux du droit des personnes et des règles procédurales, différence entre les districts judiciaires, etc. Ces constats inquiétants sont faits dans un contexte où le nombre de demandes en autorisation de soins est en constante augmentation dans tous les districts judiciaires, comme le démontrent les données colligées par le ministère de la Justice et rendues publiques. Ainsi le nombre de demandes d'autorisation de soins déposées par des établissements de santé, au Québec, est passé de 383 en 2008 à 1 648 en 2012 et à 3 244 en 2020. Concernant plus spécifiquement le district de Longueuil, le nombre de requêtes suit la même tendance que dans la province alors qu'il passe de zéro en 2008 et en 2012 à 88 en 2017 (MJ Q, 2018, 2021).

L'étude des décisions judiciaires démontre que, suivant cette augmentation, les demandes sont accordées de plus en plus souvent et pour des durées de plus en plus longues, et que le recours aux services policiers et à la force pour leur mise en œuvre s'avère de plus en plus fréquent. Les décisions judiciaires sont par ailleurs de plus en plus courtes et donc de moins en moins documentées et argumentées (Bernheim et al., 2016). La présente recherche vise à documenter, à partir des dossiers judiciaires, les pratiques judiciaires, notamment quant au fait d'accéder intégralement ou non à ces demandes, de même que les pratiques des établissements de santé demandeurs, notamment quant au type de traitement et aux exceptions procédurales demandées.

Les pratiques des deux CISSS semblent différer grandement, alors que des audiences d'autorisation de soins ont lieu par visioconférence et qu'il existe un projet-pilote de courtes autorisations de soins au CISSS de la Montérégie-Centre. Soulignons qu'à notre connaissance, une telle pratique n'existe dans aucun autre district judiciaire. Étudier les dossiers judiciaires dans le district judiciaire de Longueuil permettra donc d'éclairer comment des pratiques hospitalières différentes se transposent dans les pratiques judiciaires.

Suivant ces considérations, les objectifs de ce projet sont au nombre de quatre :

- 1 **Documenter** les pratiques des CISSS de la Montérégie-Est et de la Montérégie-Centre ;
- 2 **Mettre ces pratiques en comparaison** pour en faire ressortir les différences et les similarités ;
- 3 **Documenter** les pratiques judiciaires dans le district judiciaire de Longueuil ;
- 4 Établir des liens entre les pratiques hospitalière et judiciaire.

L'hypothèse de recherche est que les différences de pratiques entre les CISSS dénotent des conceptions différentes des droits des personnes concernées, ce qui est susceptible de se refléter dans la nature des autorisations demandées, puis accordées par le tribunal.



CADRE JURIDIQUE, CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

« Une telle intervention n'est possible que lorsque permise par la loi, ce que le juge ou le tribunal ne peut déterminer qu'à la suite d'un examen structuré et rigoureux de la situation, selon les prescriptions de la loi et dans le plus grand respect des droits de cette personne². »

LE CADRE JURIDIQUE DE L'AUTORISATION DE SOINS

Le consentement, le refus et l'incapacité à consentir aux soins

Le droit en matière de soins est libellé aux articles 11 à 21 du *Code civil du Québec* (C.c.Q.). Ces articles protègent notamment le droit à l'inviolabilité et à l'intégrité de la personne (art. 3 et 10 C.c.Q.). Ces droits sont également enchâssés dans la *Charte des droits et libertés de la personne* (RLRQ, c. C-12) et dans la *Charte canadienne des droits et libertés*. Ainsi, en droit québécois, « nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins » (art. 11 C.c.Q.), ce qui signifie que le refus de soins doit être respecté, sauf dans des situations exceptionnelles prévues et balisées par la loi. Lorsqu'une personne n'est pas en mesure de consentir à ses propres soins, soit parce qu'elle est inapte à y consentir, soit parce qu'elle est dans une situation la rendant incapable de le faire (p. ex. un coma), une autre personne (parent, enfant, conjoint·e, etc.) devra consentir pour elle (art. 15 C.c.Q.). C'est ce qu'on appelle le « consentement substitué ».

Le consentement à des soins et le refus de soins doivent être libres et éclairés, ce qui signifie que la personne qui consent à des soins ou qui les refuse, que ce soit pour elle-même ou une autre personne, ne doit pas subir de pression et être en mesure de comprendre et d'évaluer les informations qui lui

sont transmises par le ou la médecin. L'incapacité de le faire constitue l'incapacité à consentir aux soins, qui est évaluée suivant cinq critères non cumulatifs :

- 1 La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
- 2 La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?
- 3 La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit ?
- 4 La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ?
- 5 La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie ?³

L'incapacité à consentir aux soins n'est pas nécessairement stable dans le temps et doit faire l'objet d'une évaluation chaque fois qu'un traitement est prodigué.

Parmi les exceptions permettant de traiter ou d'héberger une personne contre son gré, l'autorisation judiciaire de soins vise spécifiquement les personnes inaptes à y consentir (art. 16 et 23 C.c.Q.). Trois situations sont possibles : 1) la personne donnant le consentement substitué pour une personne mineure ou majeure inapte à consentir aux soins est indisponible ou oppose un refus injustifié ; 2) la personne majeure inapte à consentir aux soins refuse catégoriquement les soins, à moins qu'il s'agisse de soins d'hygiène ou d'urgence ; et 3) la personne mineure de 14 ans et plus⁴ refuse des soins, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée. L'AJS constitue une autorisation donnée par le tribunal à un établissement de santé de procéder à des soins spécifiques malgré l'absence de consentement ou le refus de soins.

2 F.D. c. Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria), 2015, QCCA 1139, paragraphe 1.

3 Institut psychiatrique Philippe-Pinel de Montréal, c A.G., [1994] RJQ 2523 (C.A.).

4 Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur de moins de 14 ans est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur ou la tutrice; art. 14(2) C.c.Q.

Dans *F.D. c Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria)*, la Cour d'appel du Québec a développé une grille d'analyse, en six étapes, pour les AJS :

- 1 L'inaptitude à consentir aux soins et le refus de soins en tant que préalables à la compétence du tribunal : en effet, si ces deux éléments ne sont pas réunis, la cour n'a tout simplement pas la compétence pour entendre la requête.
- 2 Les soins requis par l'état de santé sont-ils clairement identifiés? La volonté de la personne a-t-elle été considérée? Sont-ils dans son unique intérêt? La commodité pour l'établissement ou le personnel n'est pas à considérer ici. L'AJS doit être précise quant à la nature des traitements autorisés.
- 3 La balance risque-bénéfice : quels sont les bénéfices attendus? Ils doivent dépasser les risques.
- 4 Identifier la durée pertinente pour que le traitement produise les effets bénéfiques escomptés.
- 5 Autres éléments, comme le mode d'administration d'une médication.

Les exigences procédurales

Étant donné le caractère exceptionnel de l'AJS et les atteintes potentielles aux droits des personnes concernées, une procédure stricte encadre sa mise en œuvre (*A.F. c CISSS des Laurentides*, 2021, QCCA 928). Ce cadre procédural est prévu au *Code de procédure civile* (C.p.c.).

La procédure est mise en œuvre par un·e médecin (dans certains cas, par un·e autre professionnel·le, mais l'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins est faite par un·e médecin) et déposée à la Cour supérieure par un établissement de santé (la partie demanderesse). La personne visée par une demande en autorisation de soins (la partie défenderesse) doit recevoir un avis de présentation (soit les informations sur le lieu, la date et l'heure de la présentation de la demande au tribunal) en main propre, par huissier, au moins cinq jours avant sa présentation au tribunal (art. 145 et 395 C.p.c.). Une personne mise en cause doit également recevoir cet avis; il peut s'agir d'un·e proche, d'un·e représentant·e légal·e ou du curateur public. Le rôle de la mise en cause est de soutenir la personne visée par la demande d'AJS dans l'exercice de ses droits. L'avis doit également informer cette dernière des documents déposés au tribunal par l'établissement de santé, en plus de ses droits et recours, notamment le droit d'être représentée par avocat·e (art. 306 et 393(3) C.p.c.). Sauf exception, la personne concernée par une demande de cette nature doit être entendue personnellement par le tribunal (art. 391 C.p.c. et 23 C.c.Q.).

La preuve à matière d'autorisation de soins est généralement composée du rapport médical, le plus souvent celui du psychiatre traitant. À ce rapport s'ajoutent les témoignages du médecin et de la personne concernée. D'autres personnes peuvent témoigner pour les deux parties, ce qui, dans les faits, est peu courant.

Le tribunal peut, dans certains cas, émettre une « ordonnance de sauvegarde » avant d'avoir entendu une demande sur le fond, et donc avant d'avoir statué sur cette demande (art. 49 C.p.c.). L'ordonnance de sauvegarde est une mesure exceptionnelle et discrétionnaire prononcée « dans le but de protéger les intérêts des parties pour une période qu'il détermine ou jusqu'au jugement final, notamment par une recherche d'un équilibre entre les droits et les obligations de chacune d'elles » (Dictionnaire Reid, 2016). Le tribunal peut prononcer une telle ordonnance « dans une situation d'urgence, pour une durée limitée et au regard d'un dossier où la partie intimée n'a pas pu encore introduire tous ses moyens⁵ ». Avant d'émettre une telle ordonnance, le tribunal doit considérer l'urgence, l'apparence de droit, le préjudice irréparable et la balance des inconvénients (art. 509-511 C.p.c.).

La décision du tribunal peut être portée en appel dans les cinq jours suivant le jugement (art. 361(2) C.p.c.), ce qui signifie que les soins autorisés ne peuvent être prodigués qu'après cinq jours. Cependant, le tribunal peut, à la demande d'une partie et si le fait de porter l'affaire en appel risquait de causer un préjudice sérieux ou irréparable à l'une des parties (art. 661 C.p.c.), ordonner l'exécution provisoire du jugement avant l'expiration du délai de cinq jours (« nonobstant l'appel »). Soulignons finalement qu'il n'existe aucune procédure de révision automatique des AJS, mais que les parties peuvent ressaisir le tribunal si de nouveaux faits le justifient (art. 322 C.p.c.).

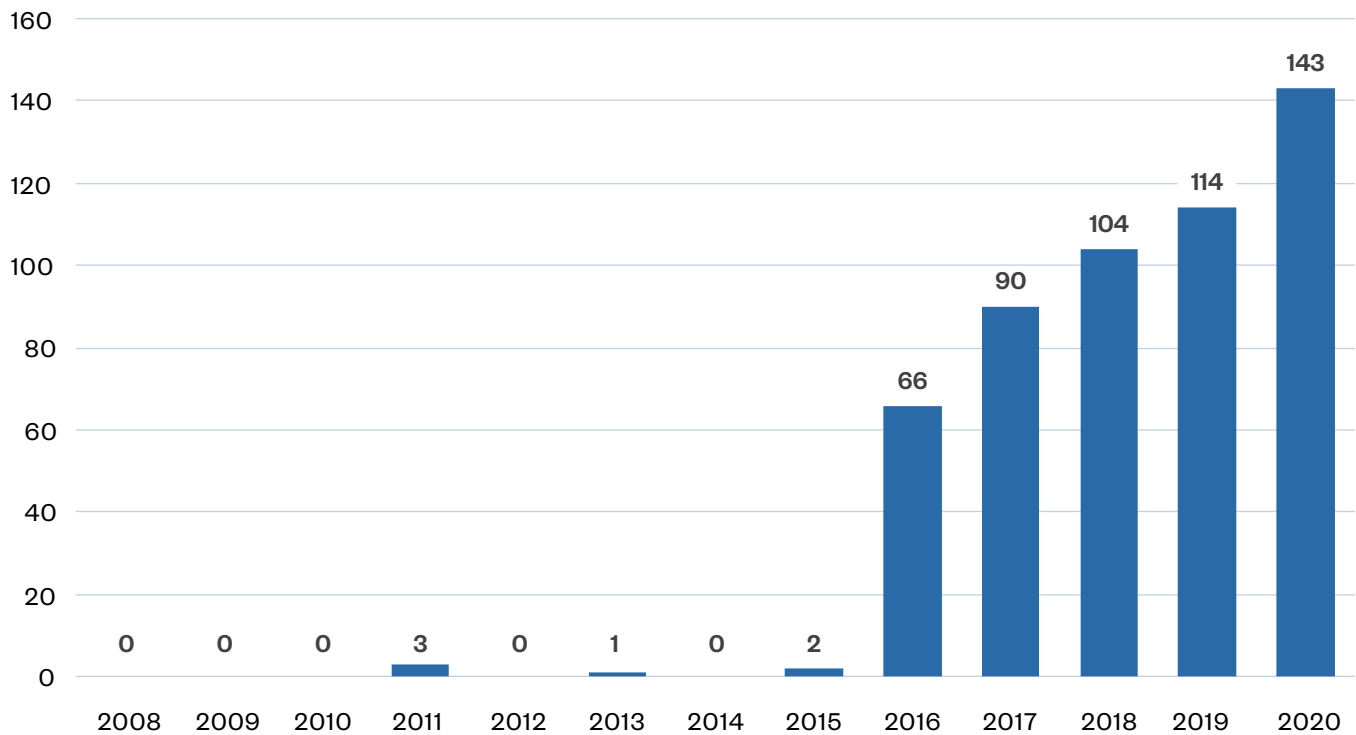
MISE EN CONTEXTE

Dans le cadre de cette recherche, nous avons pris connaissance de trois réponses du ministère de la Justice à des demandes d'accès à l'information. Selon le Ministère, 114 demandes d'autorisation de soins ont été introduites dans le district de Longueuil en 2019 (MJQ, 2021). Nous en comptons plutôt 93. Ces demandes nous permettent néanmoins de tracer un portrait de l'augmentation du nombre de demandes introduites dans le district depuis 2008 (Figure 1).

Jusqu'à 2015, le nombre varie entre 2 et 3. En 2016, l'augmentation est considérable : 66 demandes sont introduites. Depuis 2016, le nombre de demandes ne fait qu'augmenter.

5 *Tremblay c Cast Steel Products (Canada) Ltd.*, 2015, QCCA 1952, paragraphe 10.

FIGURE 1 Nombre de demandes introduites dans le district de Longueuil selon les données du ministère de la Justice.



MÉTHODOLOGIE

Le corpus étudié est composé des dossiers judiciaires de demandes en autorisation de soins introduites au Palais de justice de Longueuil en 2019. Après avoir obtenu l'autorisation du greffier spécial⁶, nous avons pu consulter ces dossiers (N=92), lesquels contenaient 93 demandes introductives d'instance.

Au greffe, nous avons fait une copie numérique des documents à notre disposition, soit les demandes introductives d'instance, les avis de présentation (N=94), les procès-verbaux d'audience (N=111) ainsi que les jugements écrits (N=89)⁷. En raison du caractère confidentiel de certaines informations contenues dans les documents composant le dossier judiciaire, nous n'étions pas autorisées à consulter le rapport d'expertise ni les pièces portant la mention « confidentielle » (p. ex. les notes des différent·e·s professionnel·le·s de la santé).

Nous avons créé une base de données permettant de dresser un portrait des pratiques judiciaires des deux CIUSSS : la date de l'avis, la date de l'audience, la durée des audiences, la présence de la personne visée par la demande, son témoignage, sa représentation par avocat·e, les articles cités dans la demande introductive d'instance, les ordonnances visant à abrégé les délais, les ordonnances de sauvegarde, le fait de rendre le jugement exécutoire nonobstant l'appel, la nature de la demande et de l'autorisation (hébergement, médication, soins de nature physique), le type de médication (antipsychotique, antidépresseur, anxiolytique, etc.), la précision, etc. L'analyse, menée à l'aide des logiciels NVivo[®] et Excel[®], nous a permis d'établir certaines tendances statistiques.

6 (23 décembre 2020), Longueuil, 505-17-012316-2060 (QCCS).

7 Concernant le nombre de procès-verbaux, il est à noter que certaines instances sont ajournées ou remises à une date ultérieure, ou *sine die*, c'est-à-dire sans date fixée. Ce qui donne lieu à plusieurs procès-verbaux. Ces derniers ne sont pas tous considérés pour l'analyse. Plus particulièrement quand l'établissement demande une remise ou se désiste et que la procédure ne fait que rendre compte de cette demande.



RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES DOSSIERS JUDICIAIRES DE 2019

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

La pratique des projets de jugement et le rubber-stamping

Au moment de la collecte, les demandes introductives d'instance ainsi que les jugements nous apparaissent semblables. Cette impression s'est confirmée à l'étude du corpus : les établissements de santé utilisent vraisemblablement des **gabarits** de demande et de jugement (appelés « projets de jugement ») et ces derniers ne sont pas (ou à peine) adaptés à la situation. Leur contenu, restreint, est similaire, voire identique, d'un dossier à l'autre. Cette pratique ne correspond pourtant pas au *Guide des meilleures pratiques en matières civiles* (2020) du Barreau du Québec, qui recommande de n'y recourir que dans certaines situations, notamment lorsque la demande n'est pas contestée. Or ce n'est pas ce que nous constatons. Les projets de jugement sont au contraire utilisés même quand la personne visée présente une défense.

Dans le district de Longueuil, en matière d'autorisation de soins, des projets de jugements sont systématiquement déposés et la plupart du temps signés tels quels. Les jugements sont donc souvent l'œuvre des établissements de santé demandeurs, ce qui constitue une forme de *rubber-stamping*. Ils sont le plus souvent rédigés de manière **générique**, prenant par exemple cette forme :

[2] Considérant la demande et les pièces ;

[3] Considérant le bien fondé en faits et en droit de ladite demande ;

PAR CES MOTIFS LE TRIBUNAL :

[4] Accueille la présente demande.

Une telle façon de faire rend opaque le traitement des demandes d'autorisation de soins, et les ambitions de recherche sont réduites aux quelques informations contenues au dossier.

Le contenu des dossiers, et plus particulièrement celui des procès-verbaux d'audience, est lui aussi limité en ce qu'il ne rend compte que du déroulement et non des faits et du droit plaidés ni des éléments retenus par les juges pour prendre leur décision. Il faudrait ainsi recourir aux enregistrements pour pouvoir documenter avec exactitude le déroulement et l'issue des audiences. Il est donc difficile, voire impossible, sur dossier, de savoir si les critères pour déterminer l'inaptitude à consentir aux soins et les étapes prescrites dans *F.D. c Centre universitaire de santé McGill* sont appliqués.

Au-delà des limites que ces pratiques obscurantistes constituent pour la présente analyse et la recherche en droit, elles soulèvent donc des inquiétudes en termes d'atteinte aux droits.

Nous avons en effet constaté que les demandes introductives d'instance et les projets de jugement ne sont pas seulement lacunaires en faits et en droit : ils sont ponctués d'erreurs, ou semblent l'être. Ces erreurs dactylographiques, parfois anodines, mais nombreuses, nous indiquent que le recours au copier-coller d'une demande et d'un jugement à l'autre est fréquent. À titre d'illustration, dans les demandes introductives du CISSS Montérégie-Est (CME), il est fréquent de lire : « Pour ses motifs plaise au tribunal : [...] déclare le jugement [...] », alors que les demandes devraient être rédigées à l'infinitif : « déclarer le jugement exécutoire nonobstant l'appel ». Il est également habituel de voir que des éléments qui auraient dû être modifiés dans le gabarit ne l'ont pas été : « Docteur(e) X » ou bien « le défendeur » au lieu des nom et prénom.

Ces exemples d'erreurs, qui pourraient découler de l'utilisation de gabarits, ne sont pas seulement de nature dactylographique. Par exemple, dans quelques projets de jugement du CISSS Montérégie-Centre (CMC), signés tels quels par le tribunal, la durée de l'autorisation n'est pas précisée. Dans d'autres, le plan de soins ne semble pas correspondre à la situation particulière de la personne visée. De même, les établissements de santé demandent régulièrement d'abrèger le délai de présentation, alors qu'il est respecté, et, dans certains projets de jugement du CMC signés par le tribunal, le délai est abrégé, alors qu'une telle ordonnance n'a pas été demandée.

De telles erreurs et incohérences répétées nous portent à croire que ces documents comportent des erreurs plus importantes et préoccupantes en matière de droits et libertés.

Le recours systématique aux mécanismes d'exception

Les établissements de santé recourent presque systématiquement aux dispositions d'exception dans ces demandes. Le CMC, par exemple, invoque systématiquement l'article 49 du *Code de procédure civile* dans ses demandes, ce qui permet au tribunal d'accorder une ordonnance de sauvegarde et même de prononcer des ordonnances dans les cas où la loi est muette. Le CMC et le CME allèguent également l'urgence, le plus souvent sans s'appuyer sur des faits particuliers. Il semble qu'alléguer systématiquement l'urgence ou invoquer l'article 49 du *Code de procédure civile* vise à demander au tribunal de prononcer des ordonnances exceptionnelles, comme d'abrèger le délai d'assignation ou, encore, de rendre le jugement exécutoire nonobstant l'appel.

FIGURE 2 Proportion des demandes dans lesquelles l'abrogation du délai d'assignation est demandée.

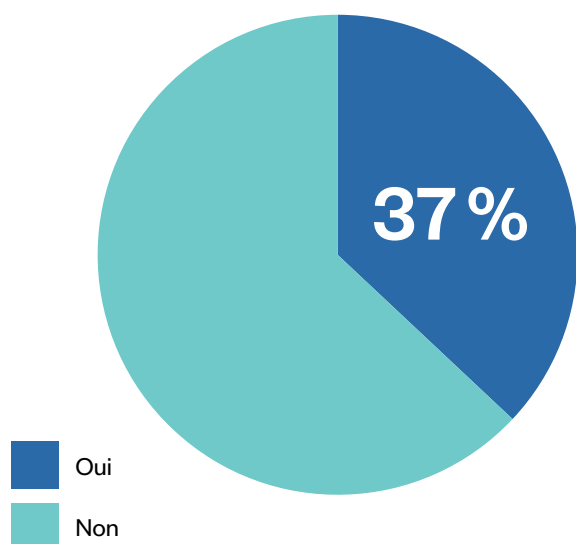
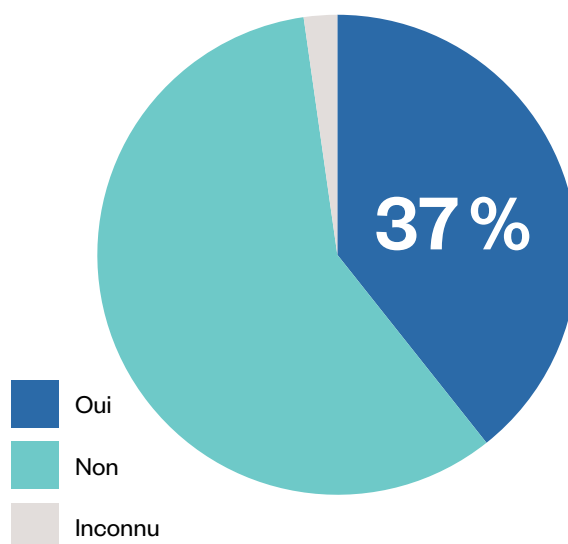


FIGURE 3 Proportion des jugements dans lesquels le tribunal abroge le délai d'assignation.



Les demandes visant à abrèger le délai d'assignation sont moins fréquentes que celles visant à rendre le jugement exécutoire. Dans la très grande majorité des cas, le jugement ordonne que l'autorisation de soins soit exécutoire, nonobstant l'appel (Figure 5). Le nombre de jugements ordonnant l'abrogation du délai d'assignation est moins important. Il demeure que la mesure d'exception est ordonnée dans près de 40 % des cas (Figure 3).

L'abrogation du délai d'assignation

L'abrogation du délai fait l'objet de la demande dans 37 % des cas (Figure 2). Le CME l'a demandée à quatre reprises (10 %) et le CMC pour 29 des 51 demandes qu'il a introduites (57 %). Le délai est, pourtant, selon le calendrier de 2019, respecté dans la majorité des cas. Plusieurs demandes visant l'abrogation du délai sont donc inutilement formulées (Tableau 1). Pour le CMC, c'est dans la majorité des cas (Tableau 2). Remarquons également qu'à trois occasions, l'abrogation aurait dû faire l'objet de la demande, mais qu'elle n'a pas été formulée.

Le fait que les établissements de santé, et plus particulièrement le CMC, réclament l'abrogation alors que le délai est respecté pourrait découler de l'utilisation des projets de jugement copiés-collés. En effet, nous remarquons qu'à partir de juin 2019, la quasi-totalité des demandes du CMC comprend l'énoncé suivant : « Compte tenu de l'urgence, la partie demanderesse demande à la cour d'abrèger le délai des présentes et de rendre le jugement exécutoire immédiatement et provisoirement, nonobstant appel. » Cette formulation systématique pourrait expliquer ces derniers pourcentages.

TABEAU 1 Nombre et pourcentage de demandes introductives d'instance selon le nombre de demandes d'abrégé le délai d'assignation et selon le nombre de demandes pour lesquelles le délai est respecté.

Demande d'abrégé le délai	Respect du délai		Total
	Oui	Non	
Oui	27 (79 %)	7 (21 %)	34
Non	56 (95 %)	3 (5 %)	59
Total	83 (89 %)	10 (11 %)	93

TABEAU 2 Nombre et pourcentage de demandes introductives d'instance selon le nombre de demandes d'abrégé le délai d'assignation et selon le nombre de demandes pour lesquelles le délai est respecté (CMC).

Demande d'abrégé le délai CMC	Respect du délai		Total
	Oui	Non	
Oui	24 (83 %)	5 (17 %)	29
Non	19 (86 %)	3 (14 %)	22
Total	43 (85 %)	8 (15 %)	51

L'exécution du jugement nonobstant l'appel

Il est demandé dans 97 % des cas que le jugement soit exécutoire, nonobstant le délai d'appel.

Le CME le demande systématiquement et le CMC, dans 96 % des cas.

FIGURE 4 Proportion des demandes dans lesquelles l'exécution du jugement nonobstant l'appel est demandée.

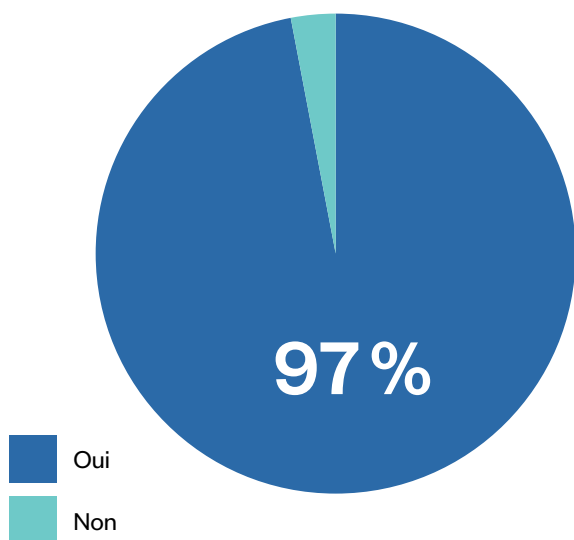
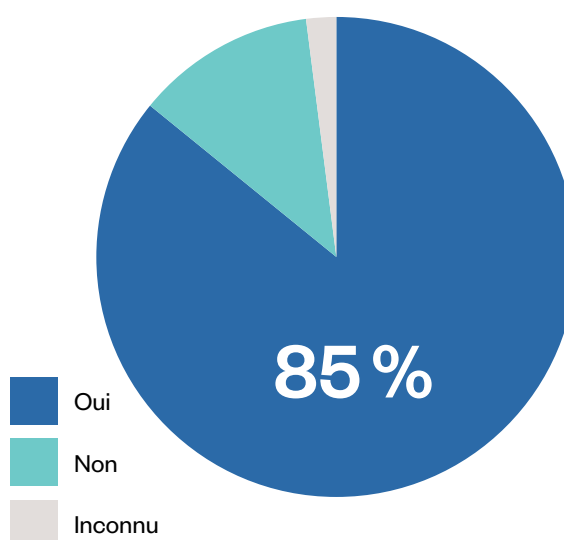


FIGURE 5 Proportion des jugements dans lesquels le tribunal ordonne l'exécution immédiate du jugement.



Notons ici que le risque que le délai d'appel de cinq jours cause un préjudice sérieux ou irréparable à une partie n'a fait l'objet d'aucune demande, d'aucun procès-verbal, ni d'aucun jugement. Marginalement, l'urgence et le préjudice peuvent se déduire. Nous pensons ici à un dossier dans lequel la personne visée est en fin de vie et le défendeur refuse de consentir aux soins palliatifs et aux soins de confort (c.-à-d. médication contre la douleur, soins de bouche, etc.).

L'analyse des dossiers judiciaires du district de Longueuil indique que ces demandes et ordonnances sont pour la plupart injustifiées et que la contravention aux garanties procédurales est la règle plutôt que l'exception.

En moyenne, huit demandes en autorisation de soins sont introduites dans le district de Longueuil, chaque mois. Les mois de janvier et de juillet sont visiblement les moins achalandés.

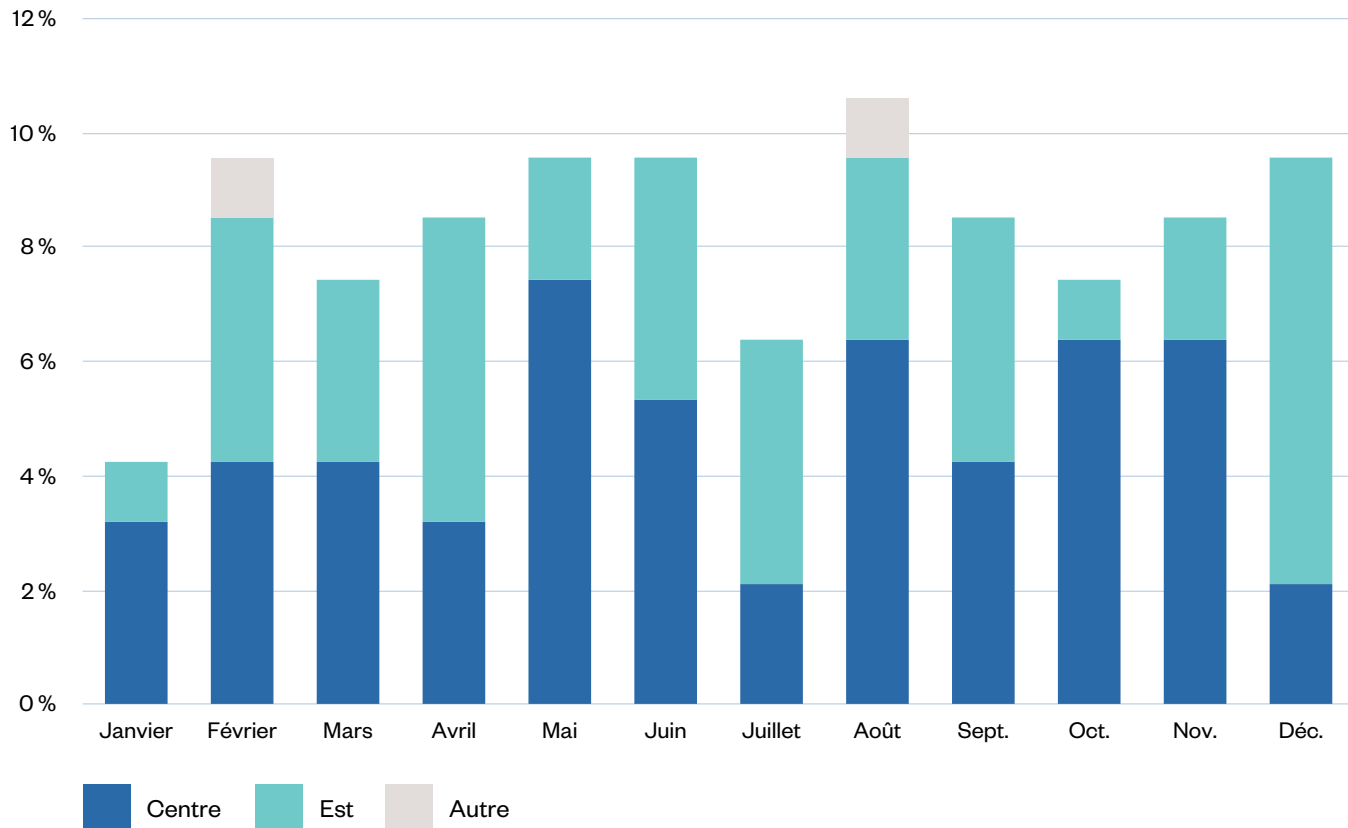
Le CME et le CMC sont les principaux établissements de santé demandeurs. Les demandes du CME représentent 44 % de la totalité des demandes, et 55 % d'entre elles proviennent du CMC. La répartition des demandes entendues au cours de l'année varie selon l'établissement demandeur. Le CME est plus actif au mois de décembre et le CMC, au mois de mai.

Les demandes introductives du CME indiquent quelle installation est à l'origine de la demande. Sauf exception, elles sont introduites par l'Hôpital Pierre-Boucher (98 %). Le CMC n'indique pas celle qui l'a sollicité. À la lumière des adresses de ses témoins experts, la majorité des demandes sont de l'Hôpital Charles-Lemoyne. Certaines demandes proviennent de cliniques externes, ou encore d'un CLSC.

En vertu de l'article 322 du *Code de procédure civile*, toute personne intéressée, notamment la personne sous AJS, peut saisir le tribunal pour demander une révision du jugement rendu en autorisation de soins. En 2019, aucune demande de ce genre n'a été introduite par la principale intéressée. C'est plutôt les établissements de santé qui se sont servi du mécanisme.

Plus précisément, le CMC a introduit une fois une demande de révision. L'intitulé et l'article 322 cité indiquent clairement qu'il s'agit d'une telle demande. Ce serait la seule de l'année; la seule qui se présente comme telle. En effet, le CME introduit une demande « d'ajouter des conclusions à une autorisation de soins et d'hébergement » visant, en quelque sorte, une révision de l'ordonnance rendue le mois précédent.

FIGURE 6 Répartition annuelle des demandes introductives d'instance par établissement sur le total des demandes.



L'intitulé

Les intitulés du CME sont un peu plus précis que ceux du CMC, qui intitulent toutes ses requêtes : « DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE EN VUE DE PRODIGUER DES SOINS DE SANTÉ ». Ceux du CME indiquent si la demande porte sur une autorisation de soins, d'hébergement ou les deux (« DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE EN AUTORISATION DE SOINS », « ... EN AUTORISATION D'HÉBERGEMENT », « ... DE SOINS ET D'HÉBERGEMENT »). Notons à cet effet que, dans deux cas, le CME précise que la demande est introduite en urgence : « Autorisation de soins en urgence ». Ainsi, bien que les établissements de santé aient systématiquement recours aux mécanismes d'exception et qu'ils prétendent à l'urgence, à la lumière des intitulés, seulement 2 % d'entre eux exigeaient de procéder de manière exceptionnelle.

La nature et la durée des autorisations judiciaires de soins demandés

Remarquons d'entrée de jeu que le CMC conçoit qu'il n'est pas essentiel d'inclure à ses demandes les soins et la durée demandés. Dans une proportion importante de ses demandes, il n'y a aucune information permettant de cerner la nature de l'autorisation de soins.

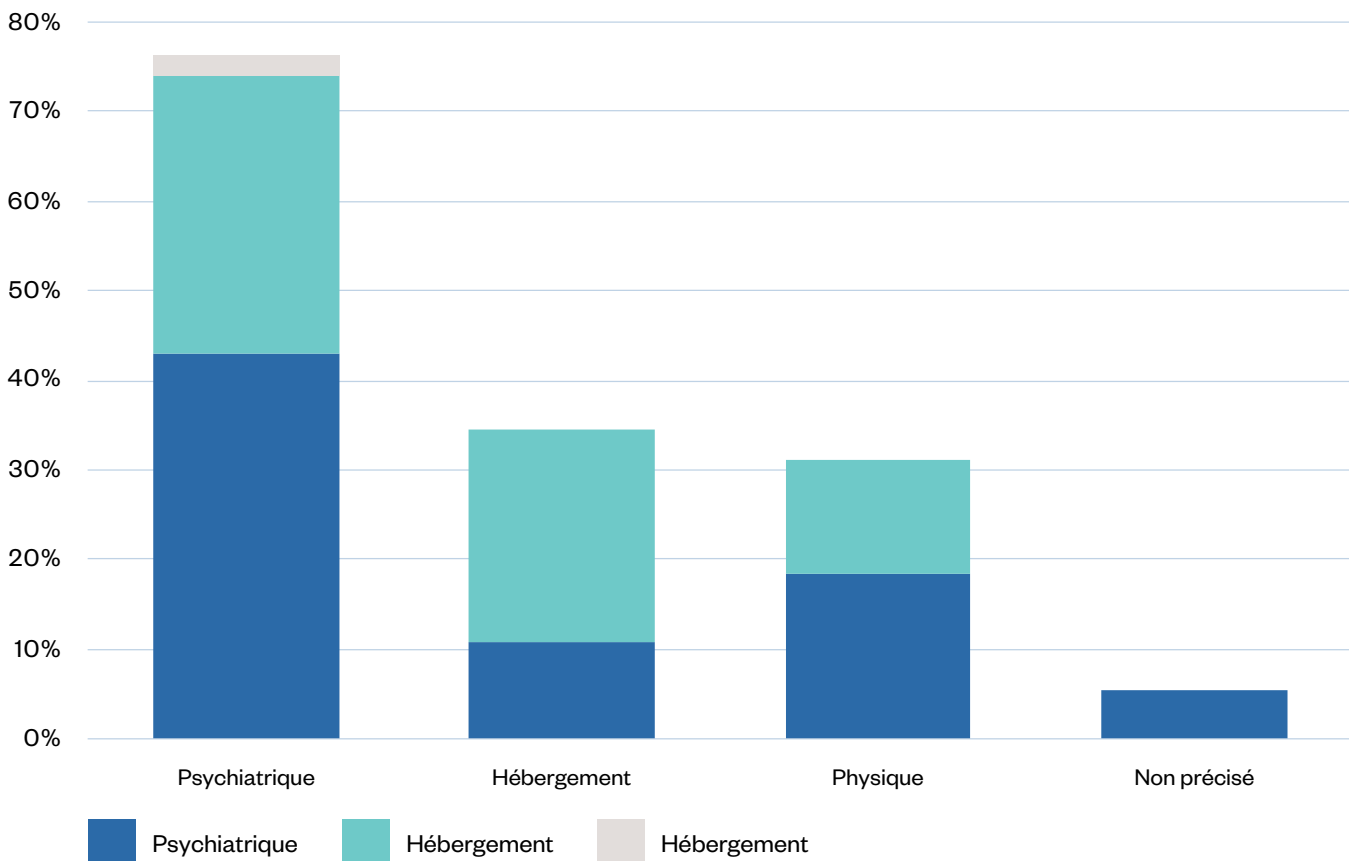
La nature des soins demandés

Les soins demandés sont principalement de nature psychiatrique (76 %) [c.-à-d. toute médication antidépressive, antipsychotique, anxiolytique et stabilisatrice d'humeur, les séances de sismothérapies (« électrochocs ») ainsi que les suivis psychosociaux] ou physique (31 %) [p. ex. antibiotiques, électrocardiogramme, gavage, imagerie cérébrale, soins palliatifs, traitement buccodentaire, traitements pour l'asthme, le diabète, l'œsophagite]. L'**hébergement** (34 %) constitue également une catégorie de soins. Il arrive que le plan de soins prescrive deux ou trois catégories de soins.

La majorité des demandes déposées dans le district visent à prodiguer des soins de nature psychiatrique (Figure 7), et plus précisément à administrer un **antipsychotique** (72 %). À titre indicatif, 88 % des demandes de nature psychiatrique comprennent un suivi psychosocial et 7 %, des séances d'**électrochocs**.

Le CME a formulé plus de demandes d'hébergement que son homologue, soit 69 % d'entre elles, ce qui représente 55 % des demandes qu'il a introduites, alors que les demandes d'hébergement représentent 20 % de celles introduites par le CMC.

FIGURE 7 Proportion des demandes par établissement selon la nature des soins demandés.



TABEAU 3 Nombre et pourcentage de demandes par établissement selon la durée inscrite à la demande introductive d'instance.

Établissement	Durée demandée						Date	N. précisé
	60 jours	90 jours	1 an	2 ans	3 ans			
Centre	5 (10 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	3 (8 %)	8 (15 %)	0 (0 %)	34 (65 %)	
Est	0 (0 %)	1 (3 %)	1 (3 %)	6 (15 %)	31 (78 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	
Autres	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Total	5 (5 %)	2 (2 %)	1 (1 %)	10 (12 %)	40 (43 %)	1 (1 %)	34 (36 %)	

Comme les demandes introduites par le CMC sont lacunaires, pour arriver à ces résultats, nous avons comptabilisé, lorsque disponibles, les soins listés aux projets de jugement de l'établissement.

La durée de l'autorisation demandée

La durée demandée est dans la majorité des cas de trois ans (65 %). Pour le CME, cela représente 78 % des demandes. Comme nous l'avons indiqué plus tôt, le CMC utilise un gabarit de demande dans lequel la durée n'est pas nécessairement précisée (« non précisé », voir le Tableau 3).

Si on se fie aux informations disponibles dans les projets de jugement, à l'instar de son homologue, le CMC fait lui aussi des demandes pour une durée de trois ans. Cela représenterait 20 des 34 demandes dans lesquelles la durée de l'autorisation n'est pas inscrite et 28 des 51 demandes formulées par le CMC (55 %). Remarquons toutefois que dans deux des projets de jugements soumis par le CMC, la durée de l'autorisation n'est pas indiquée. Dans trois projets, la demande n'a pas fait l'objet d'une audience sur le fond et nous n'arrivons pas à retracer la durée demandée. Enfin, dans un autre, la durée inscrite est de cinq ans, ce qui représente 1 % de l'ensemble des durées retracées.

À cinq reprises, le CMC a fait une demande en vue d'autoriser des soins pour une durée de 60 jours. La durée est alors inscrite dans l'intitulé : « demande introductive d'instance en vue de prodiguer des soins de courte durée (60 jours) ». Dans ces cas, elle est identique aux autres en substance ; seul le titre est changé. Au sujet des **demandes de courte durée**, mentionnons que la seule qui ait été introduite par le CME procède en urgence et que le plan de soins est à caractère palliatif.

L'AVIS DE PRÉSENTATION

Dans un cas, le tribunal, à la demande de l'avocat de la défense, a prononcé une remise ainsi que des mesures de sauvegarde ; l'audition sur le fond ayant lieu environ trois mois après, un nouvel avis a été envoyé. Le corpus comprend donc 94 avis.

La partie mise en cause

Dans 86 % des cas, la partie mise en cause est un·e proche de la personne contre qui la demande est introduite. Autrement et tel que le prescrit le *Code de procédure civile*, le **curateur public** doit être mis en cause. Notons qu'à la lumière des procès-verbaux, ce dernier ne s'est jamais présenté à ce titre.

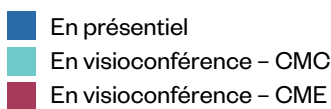
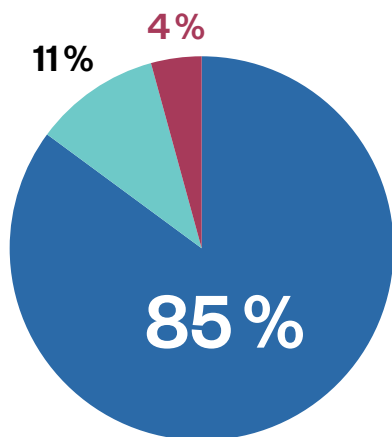
L'usage de la visioconférence

Comme l'indique cet avis du CMC, la personne n'est pas toujours assignée à se présenter en salle d'audience, mais plutôt par visioconférence (15 %) :

PRENEZ AVIS que la présente demande sera présentée devant l'un des honorables juges de la Cour supérieure [...], le [date], en salle 1.15, 14 heures du palais de justice de Longueuil, situé au 1111, boulevard Jacques-Cartier Est, Longueuil, ainsi que par visioconférence de l'Hôpital Charles-LeMoine, située au 3120, boulevard Taschereau, Greenfield Park, salle DE-022. [C'est nous qui soulignons.]

D'ailleurs, selon les avis, le CMC utilise davantage la visioconférence que son homologue (Figure 8).

FIGURE 8 Proportion des avis indiquant à la personne visée par la demande d'AJS de se présenter ou non par visioconférence.



Les pièces au soutien de la demande, les droits et les obligations

Contrairement à l'avis du CME, l'avis du CMC ne liste pas les pièces présentées au soutien de la demande (ANNEXE II). La seule mention relative aux pièces est la suivante : « Les pièces au soutien de la présente demande ne sont pas disponibles, sauf à la partie défenderesse, en raison de leur caractère confidentiel. »

Pour sa part, le CME liste les pièces et précise leur nature (p. ex. « P-1 : Exposé confidentiel du demandeur », P-2 : « rapport du Docteur [...] », P-3 « Jugement de [...] ») et il est énoncé que « ces pièces sont signifiées à la défenderesse ». De plus, l'avis du CME, s'adressant également à la mise en cause, indique la marche à suivre pour celle qui souhaite recevoir copie de ces pièces :

Ces pièces sont signifiées à la défenderesse et l'avis conforme au modèle établi par le ministre de la Justice est joint à la présente demande.

Pour le **MIS EN CAUSE**, dans le cas où vous désirez recevoir une copie des pièces alléguées au soutien de la procédure, vous pouvez en faire la demande au bureau de l'Étude légale du CISSS de la Montérégie-Est, 450-928-5125 poste 15311.

Concernant les droits et les obligations et plus particulièrement le droit d'être représenté, la formulation est semblable d'un établissement à l'autre. Le CME écrit : « Pour répondre à cette demande, vous devez comparaître personnellement ou par avocat. [...]. Il est important que vous agissiez dans le délai mentionné, soit en vous adressant à un avocat qui peut vous représenter et agir en votre nom, soit en procédant vous-même suivant les formalités de la loi. » Dans l'avis du CMC, la formule est semblable, quoique moins élaborée : « Il est important que vous agissiez dans le délai mentionné, soit en vous adressant à un avocat qui peut vous représenter et agir en votre nom, soit en procédant vous-même suivant les formalités de la loi. »

L'INSTANCE

L'instance, c'est la période qui sépare le début d'un procès du jour où il prend fin. De ce fait, une instance peut comprendre plus d'une audience.

La durée

Les demandes sont, en moyenne, tranchées en 50 minutes.

Pour calculer cette moyenne, nous avons additionné la durée de chacune des audiences pour chaque **demande entendue** par le tribunal (N=90). Nous avons ainsi exclu du calcul les demandes de remise faites par les établissements de santé qui n'ont pas été débattues et qui n'ont finalement jamais fait l'objet d'une audition sur le fond. Dans deux cas, comme la demande a d'abord mené à une ordonnance de sauvegarde puis à un jugement sur le fond, nous avons scindé l'instance en deux⁸. Dans le même sens, dans un cas, la demande d'autoriser des soins pour une durée de 90 jours a fait l'objet de deux ordonnances de sauvegarde avant d'être entendue sur le fond. Au total, nous retenons 93 instances. Enfin, notons que les heures de début et de fin de l'audience n'apparaissent pas toujours au procès-verbal, et qu'un procès-verbal est manquant (« inconnu »).

Plus de la moitié des instances se sont déroulées sur une période de 15 à 59 minutes, et neuf ont été tenues en moins de 15 minutes (Tableau 4). Deux de ces courtes instances se sont conclues par l'accueil de la demande. Pour les sept autres, l'instance est remise à une autre date (avec ou sans mesures de sauvegarde). Quelques instances ont duré plusieurs heures; c'est le cas, notamment, de deux des trois demandes rejetées par le tribunal⁹.

8 (1) Une ordonnance de sauvegarde a été rendue en 13 minutes, et l'audience sur le fond a duré 2 h 30; (2) une autre a été rendue en 1 h 28 d'audience et celle sur le fond a duré 5 h 05.

9 La durée de ces instances est de 2 h 28 et de 5 h 05.

Les **ordonnances de sauvegarde** sont prononcées en moyenne en 36 minutes. La moitié d'entre elles ont duré moins de 15 minutes, plus exactement entre 6 et 13 minutes. Il apparaît étonnant qu'une telle ordonnance soit rendue en si peu de temps. En effet, l'établissement doit faire la preuve de l'urgence, de l'apparence de droit et donc de l'inaptitude à consentir aux soins et du refus catégorique ainsi que du préjudice sérieux ou irréparable que subirait les parties si elles devaient attendre l'audition sur le fond.

Les mesures de sauvegarde prononcées dans le district sont en partie le résultat d'une entente entre les parties et le tribunal et non d'une demande formelle des établissements de santé (p. ex. « Considérant l'entente intervenue entre les parties à titre de mesures de sauvegarde » ou « vu les représentations de la procureure de la partie demanderesse et le consentement de la défenderesse »). Cela pourrait expliquer, dans certains cas, la courte durée des instances.

TABLEAU 4 Nombre et pourcentage d'instances et de sauvegardes ordonnées selon la durée.

Durée	Instances	Sauvegardes
> 14 min	9 (10 %)	5 (50 %)
15 à 29 min	19 (20 %)	1
30 à 44 min	17 (18 %)	(10 %)
45 à 59 min	19 (20 %)	1 (10 %)
60 à 89 min	15 (16 %)	
90 à 119 min	3 (3 %)	1 (10 %)
2 h <	5 (5 %)	1 (10 %)
5 h <	1 (1 %)	
Inconnu	5 (5 %)	1 (10 %)
Total	93	10

Les juges

En 2019, 32 juges ont siégé dans le cadre d'une demande en autorisation de soins dans le district de Longueuil (Tableau 5). La majorité de ces juges ont entendu moins de cinq demandes, y compris les remises, au courant de l'année¹⁰, et 16 n'ont siégé qu'une fois.

TABLEAU 5 Nombre et pourcentage d'audiences entendues par les juges.

Audiences	Juges
Moins de 5	28 (88 %)
Entre 5 et 10	2 (06 %)
Entre 10 et 20	2 (06 %)
Total	32

Les deux juges qui ont plus de dix audiences à leur actif sont officiellement nommées dans le district de Longueuil (Cour supérieure du Québec, 2020). Les 30 autres viennent de différents districts de la division de Montréal (p. ex. Granby, Montréal, Richelieu, Saint-Hyacinthe)¹¹. Par conséquent, il est possible que ces juges aient entendu quelques demandes de plus dans l'année, mais dans d'autres districts. Il demeure que les demandes en autorisation de soins sont marginales à l'emploi du temps de la magistrature et qu'un tel roulement favorise le maintien des pratiques des établissements de santé dont le présent rapport fait état.

Les personnes visées par les demandes d'AJS

Dans 76 % des cas, l'en-tête du procès-verbal indique que la personne visée par la demande d'autorisation de soins est présente **et/ou** représentée par avocat·e. Quoique cette proportion devrait favoriser leur témoignage, moins de la moitié de ces personnes se sont adressées au tribunal. Par ailleurs, à la lumière des procès-verbaux, ni l'absence ni le silence des personnes visées ne semblent avoir été soulevés à l'audience.

La présence

Il arrive assez régulièrement que le procès-verbal n'indique pas si la personne visée est présente ou non à l'audience (« non précisé »). Il est tout de même possible de combler cette lacune et de s'en assurer lorsque le procès-verbal rend compte de son témoignage. D'après l'analyse des procès-verbaux, la principale intéressée est présente dans plus de la moitié des audiences.

Dans six cas, l'absence est justifiée à l'aide d'un **formulaire** dans lequel est indiqué au tribunal que la personne visée par la demande d'AJS qui refuse de se présenter a été mis en preuve (« REFUS DE SE PRÉSENTER À UNE AUDIENCE », voir ANNEXE III). Le CME, une fois et le CMC, à cinq reprises. Figure 9).

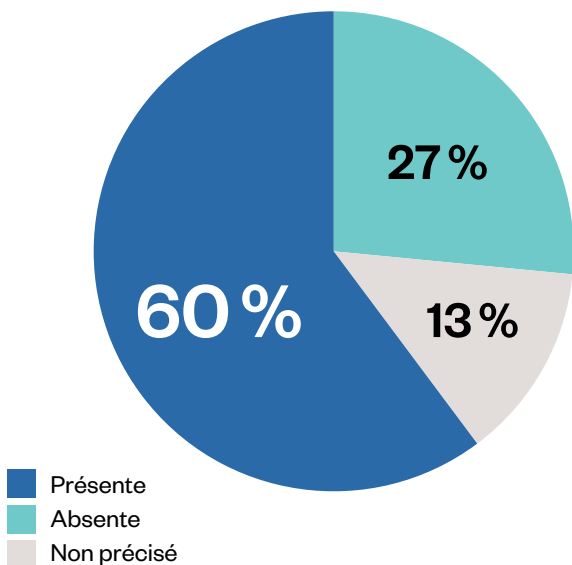
10 Au courant de l'année 2019, 16 juges ont entendu une seule demande; six juges, deux demandes; quatre juges, trois demandes; et deux juges, quatre demandes.

11 Cent quatre-vingt-quinze juges siègent à la division de Montréal de la Cour supérieure du Québec.

Dans le même sens, le fait qu'elle est virtuellement présente est rarement indiqué dans les procès-verbaux (seulement deux fois). Or, 15 avis spécifient qu'elle est attendue par visioconférence. D'ailleurs, dans les procès-verbaux de ces 15 causes, on n'indique qu'une fois que la personne est présente par visioconférence.

Dans six cas, l'absence est justifiée à l'aide d'un **formulaire** dans lequel est indiqué au tribunal que la personne visée par la demande d'AJS qui refuse de se présenter a été mis en preuve (« Refus de se présenter à une audience », voir ANNEXE III). Le CME, une fois et le CMC, à cinq reprises.

FIGURE 9 Proportion des personnes visées par les demandes d'AJS selon leur présence aux audiences.



La représentation

Dans 56 % des cas, les personnes étaient représentées par un·e avocat·e. Notons ici que 20 % des personnes absentes à leur audience étaient représentées.

Dans quatre cas, il est indiqué au procès-verbal de l'audience que c'est le tribunal qui a nommé un·e avocat·e, suivant les prescriptions de l'article 90 du *Code de procédure civile*. Le contenu des procès-verbaux ne permet toutefois pas de savoir si le tribunal l'a nommé·e d'office ou si l'avocat·e s'est présenté·e devant le tribunal pour en faire la demande. Notons enfin que deux des personnes représentées en vertu de ces articles étaient présentes en salle d'audience.

L'obligation d'entendre la personne visée par la demande d'AJS

Qu'elle soit ou non représentée, la personne concernée par une demande qui porte sur son intégrité, son état ou sa capacité doit « **être entendue personnellement** » par le tri-

bunal avant qu'il rende une décision. Exceptionnellement, le tribunal peut faire fi de cette règle ; s'il est impossible d'y procéder ou s'il est manifestement inutile d'exiger ses observations, son avis ou son témoignage « en raison de l'urgence ou de son état de santé ou s'il est démontré au tribunal que cela puisse être nuisible à la santé ou à la sécurité de la personne concernée ou d'autrui » (art. 391 C.p.c.).

Dans près de la moitié des cas, le tribunal n'a pas entendu la personne concernée (45 %). Sur les 55 personnes présentes à l'audience, 41 ont témoigné, dont les deux personnes convoquées en visioconférence, soit 75 % d'entre elles. Les procès-verbaux comme les jugements ne fournissent aucune indication sur la démonstration faite par les avocat·e·s ni les raisons pour lesquelles le tribunal a fait fi de cette obligation.

La défense

Pour savoir si une défense minimale a été présentée, nous avons relevé des procès-verbaux les éléments suivants : (i) si le témoin expert a été contre-interrogé, (ii) si un témoin a été appelé par la défense, (iii) si une contre-expertise a été présentée (ou l'intention de) et (iv) si une remise (qui prend parfois la forme d'une sauvegarde) a été plaidée par la défense. Si l'un de ces indicateurs est relevé, il est considéré qu'une défense a été présentée. Le pourcentage augmente à 92 % lorsque les personnes visées sont représentées et chute à 8 % pour les personnes non représentées.

Sur les 42 contre-interrogatoires des témoins experts (45 %), quatre ont été menés par des personnes non représentées. Concernant les témoins, une personne qui se représentait seule a appelé un témoin à la barre.

Les témoins

La majorité des médecins intervenant pour les établissements de santé à titre de témoin expert ont pour spécialité la psychiatrie (57 %), y compris la pédopsychiatrie et la gériopsychiatrie. Dans une proportion moins importante, l'expert est gériologue (13 %), généraliste (7 %) ou neurologue (4 %). Dans un cas, il est dentiste et dans un autre, interniste. Quelques autres professionnel·les interviennent également à titre de témoin, ces derniers œuvrent dans le domaine du travail social et des soins infirmiers (13 %). Mis à part deux cas, ces professionnel·les accompagnent un·e médecin.

Pour conclure sur les témoins, nous comptons 20 instances dans lesquelles la personne mise en cause a témoigné.

Les remises, les mesures de sauvegarde et l'abandon

Dans certains cas, le tribunal remet l'audition à une autre date ou *sine die* (sans date). Dans d'autres, il prononce une ordonnance de sauvegarde et remet l'audition sur le fond à

une autre date. Il semble que le prononcé d'une remise ou d'une sauvegarde (ou ce qui paraît l'être¹²), qu'elle soit faite à la demande de l'établissement, de la défense ou conjointement, mène régulièrement à un désistement de la part de l'établissement de santé, au délaissement de l'instance (ci-après : l'« abandon ») et, même, au rejet de la demande (Figure 10).

FIGURE 10 Proportion des demandes remises, avec ou sans mesures de sauvegarde, selon la conclusion de la demande sur le fond.

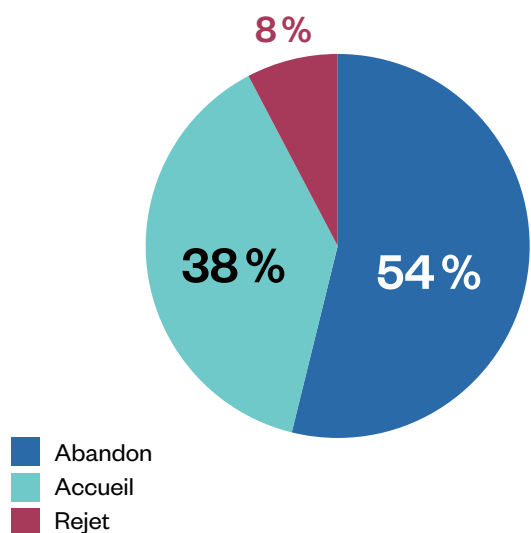
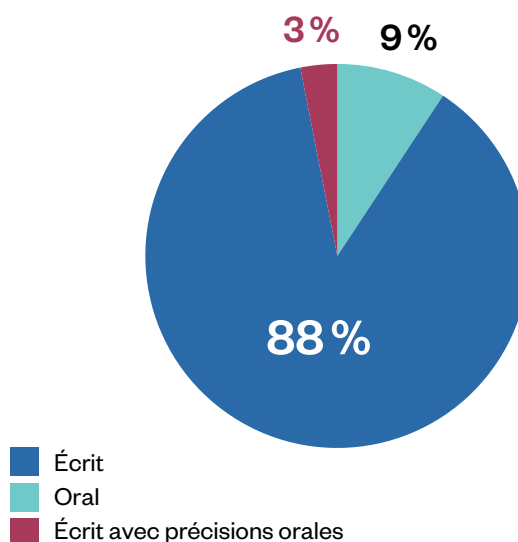


FIGURE 11 Proportion des jugements selon leur format.



Concernant le caractère motivé des AJS, ils ne font que très rarement référence aux faits, aux droits, à la loi et à la jurisprudence. En effet, les motifs des projets de jugements se résument à quelques considérants, voire à deux énoncés pour celui du CMC : « Considérant la demande et les pièces » et « Considérant le bien fondé en faits et en droit de ladite demande. »

Les considérants dans celui du CME sont un peu plus nombreux, quoique peu élaborés eux aussi :

- [1] CONSIDÉRANT la demande pour soins ;
- [2] CONSIDÉRANT la preuve faite au soutien de la demande, l'évaluation médicale du Docteur [X] ainsi que son témoignage ;
- [3] CONSIDÉRANT la nécessité d'administrer au défendeur, le plan de traitement proposé par le Docteur [X] ;
- [4] CONSIDÉRANT qu'il s'agit de la troisième demande pour autorisation de soins concernant le défendeur ;
- [5] CONSIDÉRANT la désorganisation comportementale et les symptômes psychotiques qui affectent le défendeur ;
- [6] CONSIDÉRANT l'importance d'assurer la prise continue de médication ;

LES JUGEMENTS

Dans certains cas, la demande est remise et le procès-verbal n'indique que la prochaine date. Les parties ne sont pas appelées à se présenter et aucun jugement n'est consigné. Encore une fois, il arrive que pour la même demande, plus d'un jugement soit prononcé. Sur ces 97 jugements, 89 autorisent des soins.

La forme et la motivation des décisions

Le jugement doit être écrit et motivé, qu'il soit rendu à l'audience ou après délibéré (art. 321 C.p.c.). Toutefois, la loi ne prévoit pas de forme particulière pour rapporter une décision. Comme les établissements de santé déposent des projets de jugement et que ceux-ci sont majoritairement signés et rendus à titre de jugement, il est rare que l'autorisation de soins soit prononcée oralement (Figure 11).

12 Au sens où il n'est pas toujours dit qu'il s'agit d'une ordonnance de sauvegarde, mais où le tribunal remet à une autre date et prend acte que la personne se soumettra à la médication et le lui ordonne.

À ce titre, on peut difficilement qualifier ces jugements de « motivés » au sens de l'article 321 du *Code de procédure civile*.

Enfin, en ce qui a trait aux conclusions, les ordonnances se distinguent rarement d'un dossier à l'autre, suivant la pratique des projets de jugement. Les conclusions sont, pour la plupart du temps, un simple copier-coller de la demande, qui est elle-même un copier-coller d'une autre.

Les projets de jugement

Seulement dix des jugements écrits sont l'œuvre du tribunal, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas des projets de jugement préparés par les établissements de santé (Figure 12), et la majorité (près de 70 %) des projets de jugement signés par le tribunal n'a fait l'objet d'aucune modification (Figure 13).

FIGURE 12 Proportion des jugements écrits selon l'auteur du jugement.

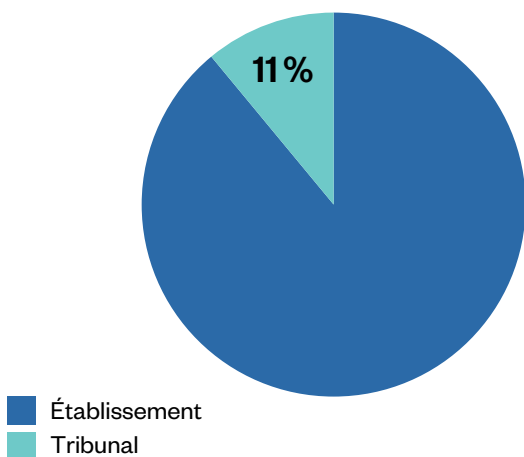
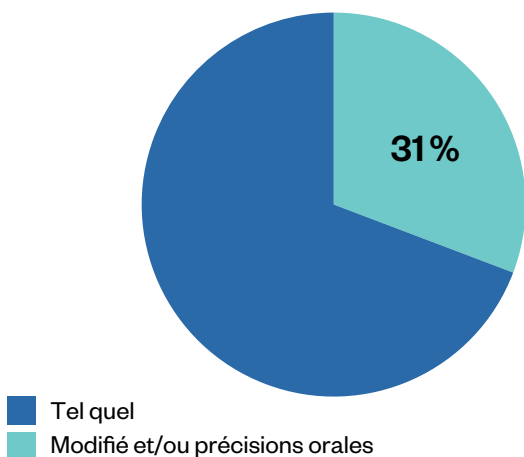


FIGURE 13 Proportion des projets de jugements modifiés par le tribunal.



Les modifications apportées aux projets de jugement

Quelques jugements ont été rendus tels qu'ils ont été rédigés par l'établissement de santé, et le tribunal y a apporté des précisions orales. Les autres ont fait l'objet d'une modification matérielle : ajouts et rayures directement sur le document papier avant que le tribunal n'y appose sa signature.

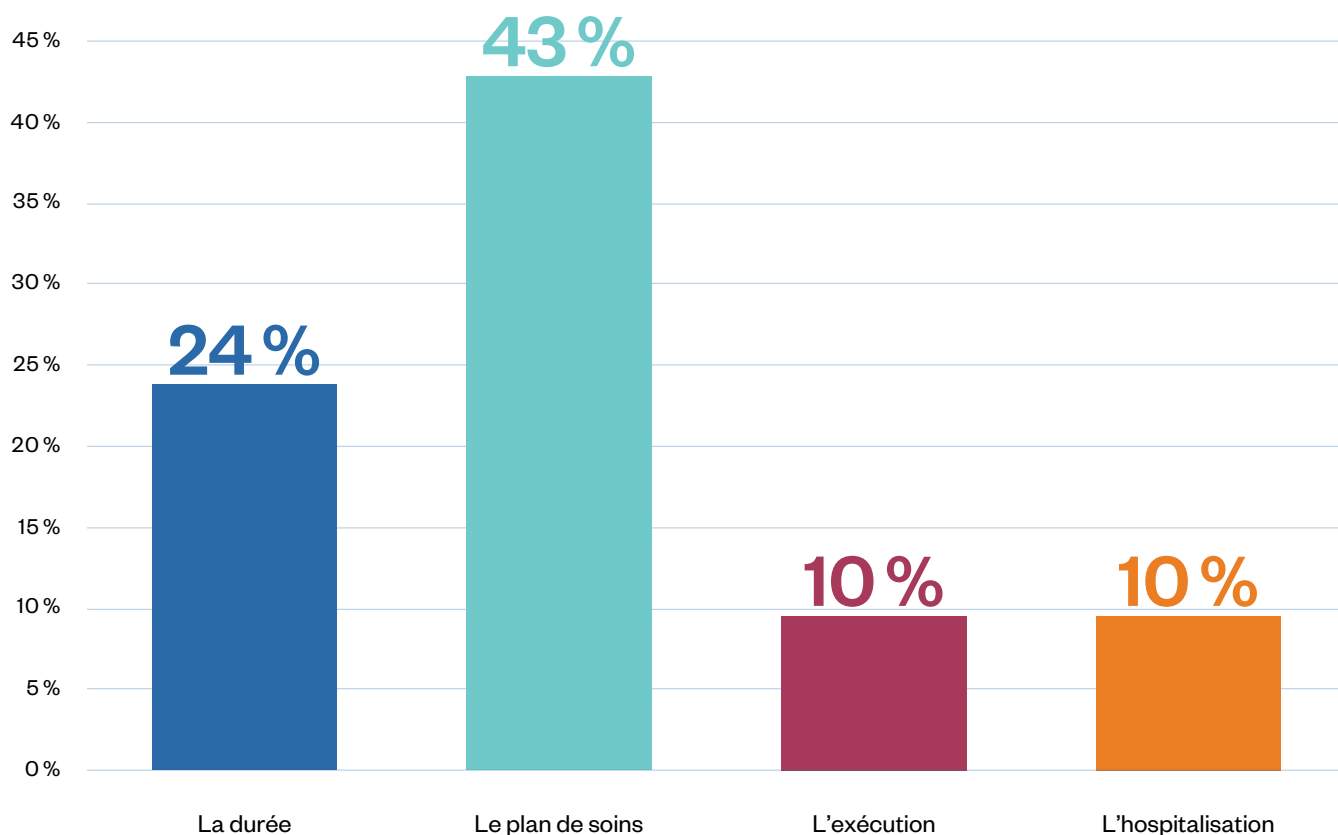
Certaines modifications sont plus substantielles que d'autres. À titre d'illustration, dans un cas, le tribunal a rayé le contenu des parenthèses que renferme cet énoncé : « un hébergement dans une ressource correspondant aux besoins identifiés par l'équipe traitante (pouvant inclure un séjour en centre de réadaptation compte tenu des circonstances), en fonction de l'évolution clinique et des capacités de la partie défenderesse ». Un centre de réadaptation étant un hébergement pouvant correspondre aux besoins identifiés par l'équipe traitante, le fait de rayer le contenu mis entre parenthèses s'avère un procédé de pure forme.

Deux autres modifications ont été apportées à ce jugement. D'abord, l'ajout d'un paragraphe rappelant « aux parties que le choix final de la ressource devra se faire dans le respect de l'autonomie résiduelle de la défenderesse, le tout conformément à l'article 12 C.c.Q. ». Notons, avant de poursuivre, que dans trois des projets de jugements modifiés, la seule modification consiste en l'ajout de ce principe édicté au *Code civil du Québec* en matière de consentement aux soins et d'inaptitude (art. 12 et 257 C.c.Q.) : « et en préservant autant que faire se peut son autonomie résiduelle ». Dans le même sens, le tribunal ajoute qu'il est suggéré d'accommoder la personne au moment de choisir son lieu de l'hébergement.

La dernière modification apportée au dit jugement est plus substantielle. Elle consiste en l'ajout d'un paragraphe ordonnant à l'établissement de communiquer aux parties, dont la personne mise en cause, « les résultats de l'évaluation du mécanisme d'accès à l'hébergement [...] quant à l'identification de la ou les ressource(s) adaptée(s) aux besoins particuliers de la défenderesse ».

Sur l'ensemble des projets modifiés par le tribunal (N=21), cinq juges ont modifié la durée de l'autorisation (Figure 14) et neuf ont modifié le plan de soins. Dans deux cas, l'exécution nonobstant l'appel a été rayée du projet et, dans deux autres, c'est l'ordonnance relative à l'hospitalisation, jusqu'à la stabilisation de l'état, qui a fait l'objet d'une modification.

FIGURE 14 Proportion des ordonnances modifiées selon leur nature sur le nombre total de projets de jugement modifiés.



Concernant les modifications apportées aux plans de soins, dans un cas, le tribunal ajoute de la médication : « toute médication stabilisatrice de l'humeur, telle que l'Épival et le Lithium, ainsi que toute médication antidépressive afin de gérer les périodes soutenues d'accélération psychomotrice ou de dépression ». Notons qu'il n'y a pas de plan de soins à la demande et que le procès-verbal est muet quant à la raison d'être de cet ajout. Dans le même projet de jugement, l'hébergement listé au plan de soins est rayé. Là encore, le procès-verbal est muet. Il est ainsi difficile de conclure que la modification est le fruit d'une quelconque démonstration faite devant le tribunal et qu'il ne s'agit pas simplement d'un gabarit déposé sans révision préalable. Ce n'est d'ailleurs pas le seul projet de jugement du CMC qui a fait l'objet d'une telle rature.

À l'exception de ce dernier jugement, les modifications au plan de soins consistent à préciser une médication plutôt qu'une liste non exhaustive (p. ex. remplacer le « notamment » par un « soit ») ou à indiquer la médication et/ou le mode d'administration qui doit être priorisé (p. ex. : ajouter « en commençant par voie orale : olanzapine, benzodiazépine et au besoin le Clopixol ou l'Accuphase injectable suivi de [illisible] ou Risperdal en cas d'échec »).

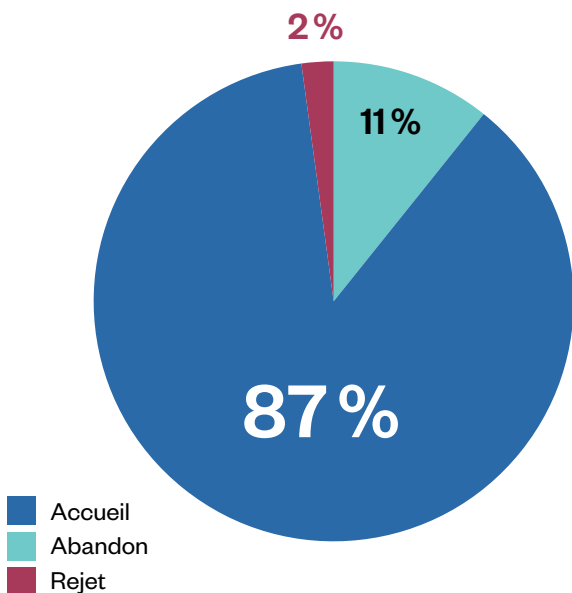
Enfin, dans trois cas, le tribunal inscrit pour quel trouble sont prodigués les soins (p. ex. ajout de « trouble émotif » ou « hypertension » à l'énoncé).

Étant donné le caractère qualitatif des changements et des précisions, il est difficile de traduire statistiquement la nature des modifications. Nous avons donc reproduit en annexe les extraits de projets de jugement dans lesquels des modifications ont été apportées. Notons pour conclure qu'un projet de jugement a radicalement été modifié par le tribunal. La durée et le plan de soins ont été modifiés, plusieurs précisions ont été apportées et l'abrogation du délai a été raturée (ANNEXE V).

L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS

Une proportion plus qu'importante des demandes est accueillie (Figure 15). En effet, seulement trois des 93 demandes introduites dans le district ont été rejetées.

FIGURE 15 Proportion des demandes d'autorisation de soins selon leur conclusion principale.



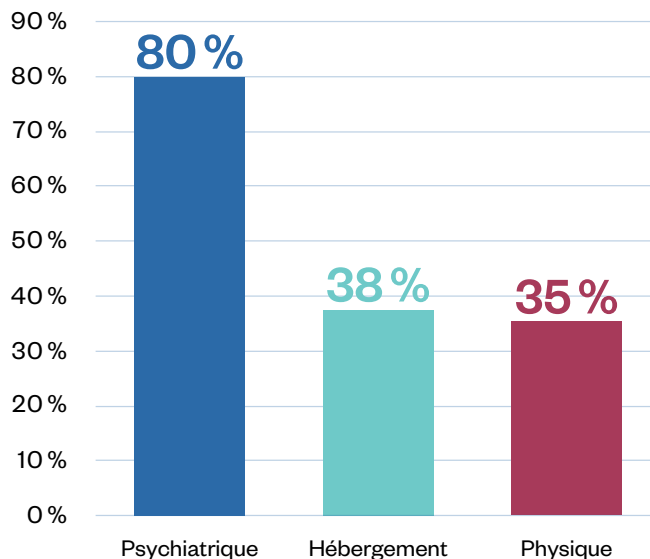
Les deux jugements rejetant la demande sont de loin les plus élaborés en faits et en droit.

La nature

L'AJS, dans le district de Longueuil, est généralement de nature psychiatrique (Figure 16) et force la prise de médication et, plus particulièrement, d'antipsychotiques (Tableau 8).

Les plans de soins comportant seulement des soins de nature physique sont rares (3 %). Les autorisations de prodiguer des soins de cette nature comprennent dans 83 % des cas des soins psychiatriques, et dans 40 % des cas, un hébergement.

FIGURE 16 Pourcentage de jugement sur le total des jugements (N=85) selon la nature du plan de soins autorisés.



Deux des 89 jugements autorisant des soins ordonnent un plan de soins, mais celui-ci n'est pas reproduit au jugement (ni à la demande, « non précisé»). De plus, la copie de deux jugements ne se trouvait pas au dossier lors de notre consultation (« inconnu»). Au procès-verbal, il est néanmoins clair qu'une ordonnance de soins est prononcée. La précédente figure présente ainsi le pourcentage sur le total des jugements où le plan de soins y est écrit. Qu'il y ait eu une erreur au greffe¹³, c'est une chose, mais que le tribunal prononce un jugement d'autorisation de soins sans y préciser les soins en est une autre. Le jugement en autorisation de soins doit être limité à des soins précis et à la durée nécessaire au traitement.

Il est habituel de voir plus d'un mode d'administration listé aux plans de soins et plutôt rare que ces modes soient ordonnés en ordre de priorité. Dans les 63 jugements où l'administration d'antipsychotiques est autorisée, 19 prescrivent comme mode d'administration l'injection intramusculaire (30 %), 39 prescrivent l'injection (62 %) et 55 la prise orale (87 %).

13 C'est-à-dire erreur de classement avant la consultation, au moment de retirer les documents confidentiels.

TABEAU 6 Détails des soins de nature psychiatrique autorisés selon l'établissement.

Soins	Établissement			Total
	Centre	Est	Autre	
Électrochocs	2 (50 %)	2 (50 %)	0 (0 %)	4 (06 %)
Antipsychotiques	37 (59 %)	24 (38 %)	2 (3 %)	63 (93 %)
Antidépresseurs	15 (79 %)	3 (16 %)	1 (5 %)	19 (28 %)
Anxiolytique	4 (80 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	5 (07 %)
Stabilisateurs d'humeurs	17 (59 %)	10 (35 %)	2 (7 %)	29 (43 %)
Suivi psychosocial	25 (74 %)	8 (24 %)	1 (2 %)	34 (50 %)
Nombre de demandes	39	27	2	68

La précision

Les plans de soins reproduits dans les jugements sont rédigés, pour la plupart, largement et, selon nous, de manière imprécise. Il est courant de voir plus d'un mode d'administration ordonné et une liste de médicaments nommés à titre indicatif et/ou de manière non limitative. Même que dans certains cas, seul le type de médication est indiqué (p. ex. « toute médication antidépressive »). Encore une fois, sauf en matière d'électrochocs, la posologie n'est jamais précisée.

Par exemple, dans les jugements où l'établissement demandeur est le CME, le plan de soins est, la plupart du temps, rédigé ainsi :

- l'administration d'un antipsychotique typique ou atypique par voie orale et intramusculaire, longue action, soit l'Invega Sustenna, l'Abilify Maintena; si cette médication s'avère inefficace ou présente des effets secondaires indésirables, toute autre médication, de même nature, pourra être utilisée pour traiter la défenderesse;
- l'administration de la médication pour traiter les problèmes physiques soit l'hypothyroïdie, l'hypertension artérielle [...] et l'arthrose des genoux;
- l'administration de médication pour traiter tous les problèmes physiques notamment l'hypertension artérielle, la maladie coronarienne athérosclérotique et la dyslipidémie.

Dans les jugements où l'établissement demandeur est le CMC, les plans de soins prennent généralement cette forme :

- **Toute** médication antipsychotique typique ou atypique, par voie injectable courte ou longue action

ainsi que toute médication antipsychotique par voie orale selon l'évolution clinique incluant notamment et de manière non limitative l'Abilify;

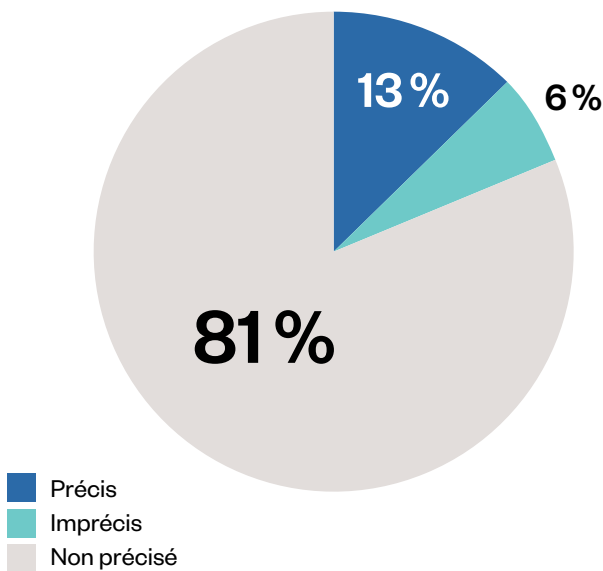
- **Toute** médication antipsychotique, typique ou atypique, par voie injectable courte ou longue action, ainsi que toute médication antipsychotique par voie orale, selon l'évolution clinique incluant notamment et de manière non limitative les antipsychotiques suivants : la quétiapine, l'olanzapine, l'aripiprazole, la risperidone, la palipridone, l'aléopéridole, la fluphenazine, la pipothiazine et la zuclopenthixol;
- **Toute** médication antipsychotique, typique ou atypique, par voie injectable courte ou longue action, ainsi que toute médication antipsychotique par voie orale, selon l'évolution clinique. [C'est nous qui accentuons.]

Encore plus imprécis, certains projets de jugement du CMC, signés tels quels par le tribunal, ne font état ni du mode d'administration ni de la médication :

Toute médication antidépressive selon l'évolution clinique de la partie défenderesse; **toute** médication stabilisatrice de l'humeur selon l'évolution clinique de la partie défenderesse; **toute** médication anxiolytique selon l'évolution clinique de la partie défenderesse. [C'est nous qui soulignons et accentuons.]

Concernant plus particulièrement les ordonnances d'hébergement, le lieu n'est généralement pas précisé (Figure 17). Nous comptons comme « précis » les jugements où un ou des lieux d'hébergement sont explicitement listés, et comme « imprécis » lorsqu'une ou des informations relatives au lieu sont comprises à l'ordonnance (p. ex. : en « Centre jeunesse »).

FIGURE 17 Proportion de jugements ordonnant un hébergement selon le degré de précision de l'ordonnance.



Les soins « accessoires »

En plus des soins que requiert l'état de santé de la personne, à trois exceptions près, il est autorisé à l'établissement de santé de prodiguer des soins manière préventive :

- Toute médication en cas d'effets secondaires ;
- Tout prélèvement, évaluation, examen, suivi ou investigation « nécessaire » ;
- Toute hospitalisation nécessaire « dans le but de stabiliser » l'état de la défenderesse.

Au même titre que les soins à prodiguer « selon l'évolution clinique », préciser les soins « nécessaires » ou le but dans lequel les soins sont autorisés (« de stabiliser ») ne nous apparaît pas donner un caractère précis à l'ordonnance.

Les ordonnances accessoires

Certaines ordonnances apparaissent systématiquement dans les jugements rédigés par les établissements de santé. Elles sont exécutoires pour la durée de l'autorisation de soins. Par exemple, on trouve celles qui permettent la communication des dossiers médicaux de la personne sous autorisation de soins, celles qui lui ordonnent de se conformer au jugement à intervenir, celles qui dictent à tout policier d'assister l'établissement de santé dans l'exécution du jugement et celles qui visent à soumettre un rapport périodique au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Dans les projets de jugement du CME, la conclusion ordonnant l'assistance policière se lit généralement comme suit :

ORDONNER à tout agent de la paix d'utiliser tous les moyens nécessaires pour assister le demandeur dans l'exécution de ces autorisations, et ce, quel que soit le lieu où se trouve la défenderesse incluant le domicile.

Le CMC, quant à lui, précise que l'assistance ne nécessite qu'une demande verbale :

ORDONNER à tout policier d'utiliser tous les moyens nécessaires pour assister la partie demanderesse dans l'exécution de ces autorisations, sur simple demande verbale de celle-ci, et ce, quel que soit le lieu où se trouve la partie défenderesse, incluant le domicile. [C'est nous qui soulignons.]

Pour la Cour supérieure, une telle ordonnance permet d'assurer l'exécution de l'autorisation de soins.

En ce qui a trait au rapport du CMDP, les conclusions se lisent comme suit :

ORDONNER à tout médecin traitant de la défenderesse, X de faire rapport à tous les six (6) mois au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement sur l'évolution de santé de la défenderesse ;

ORDONNER à tout médecin traitant de la partie défenderesse de soumettre au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (C.M.D.P) de l'établissement, tous les six (6) mois, dans les vingt (20) jours suivant le dernier jour du sixième mois, un rapport écrit sur les traitements administrés à la partie défenderesse pendant les six (6) mois, sur la réaction de la partie défenderesse à ces traitements et sur sa condition générale, lorsqu'un tel C.M.D.P. existe. [C'est nous qui soulignons.]

Dans la deuxième formulation, celle du CMC, on apporte cette précision : « si un tel C.M.D.P. existe ». Cette formulation rend perplexe. Il nous apparaît étonnant que le contentieux du CMC ne sache pas si un tel conseil existe dans son propre établissement, et que le tribunal l'ordonne sans questionner la l'établissement de santé au sujet de son existence.

En vertu de la *Loi sur la santé et les services sociaux* (LSSS), un CMDP est « institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens » (art. 213 LSSS). En application de la loi, le CMDP met sur pied plusieurs comités, notamment les comités d'évaluation médicale, dentaire et

pharmaceutique¹⁴. Considérant ces fonctions, nous présumons que c'est à ce comité que le médecin traitant doit faire rapport¹⁵. Néanmoins, à la lecture de la loi et du règlement, il est évident que ce comité n'est pas constitué à cette fin. Ce constat met en question les objectifs et la pertinence d'un tel processus, qui ne peut certainement pas faire office de mécanisme de révision.

La durée

Que l'autorisation de soins soit contestée ou non, le tribunal doit analyser les faits et la preuve et n'accorder que la durée nécessaire pour produire les effets escomptés¹⁶.

Dans une proportion importante, la durée jugée nécessaire est celle demandée par l'établissement de santé (Tableau 7). Par conséquent, la majorité des autorisations rendues le sont pour une durée de trois ans (52 %). La durée de trois ans apparaît davantage être une durée institutionnalisée que le fruit d'une analyse au cas par cas.

TABLEAU 7 Détails des modifications de la durée inscrite au projet de jugement.

Inscrite	Ordonnée	Nombre
3 ans	2 ans	2
3 ans	1 an	1
2 ans	18 mois	1
3 ans	Ordonnance de sauvegarde (moins de 30 jours)	1
Total		5

Du côté du CME, dans sept cas, la durée autorisée n'est pas celle demandée : elle est réduite. Deux fois, c'est le CME lui-même qui a proposé un amendement, pour passer de trois à deux ans. Considérant l'absence de motivation, nous présumons que l'établissement n'avait pas modifié son gabarit et en a simplement fait la demande.

Du côté du CMC, l'exercice est plus difficile à faire puisque les demandes ne contiennent généralement pas la durée demandée.

14 *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ, c. S-5, r. 5, art. 102-103.

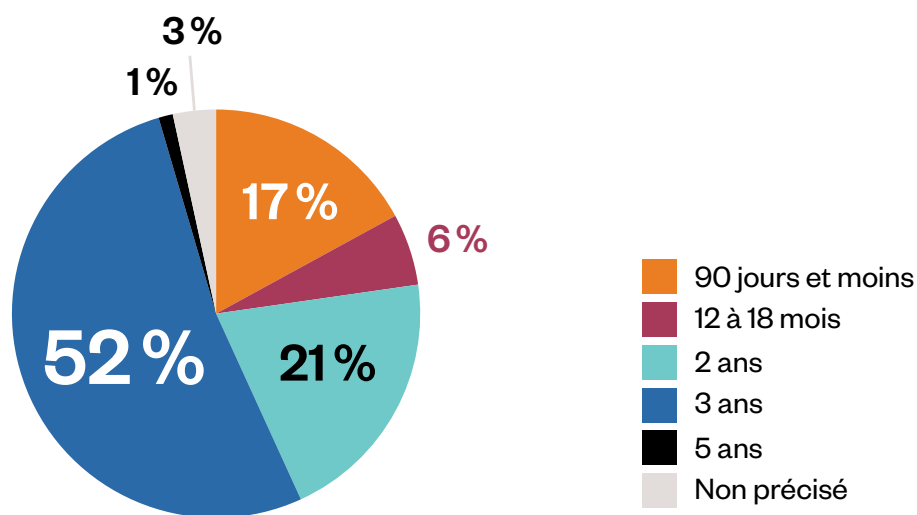
15 « 1° veiller à ce que le contenu médical, dentaire et pharmaceutique des dossiers des bénéficiaires soit conforme au présent règlement et à ceux adoptés par le centre hospitalier; 2° juger de la qualité et de la pertinence des soins médicaux et [...] services pharmaceutiques donnés aux bénéficiaires; 3° étudier les diagnostics préopératoires, postopératoires et anatomopathologiques; 4° examiner les dossiers des bénéficiaires ayant présenté des complications; 5° étudier les cas d'interventions chirurgicales où il n'y a pas eu d'exérèse; 6° étudier les cas de décès survenus dans le centre hospitalier; 7° réviser périodiquement le traitement prescrit pour les infections nosocomiales et pour les affections les plus fréquentes dans le centre hospitalier; 8° faire des recommandations au comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens », dans *Ibid.*, art. 103.

16 *D.A. c. Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides*, 2016, QCCA 1734.

TABLEAU 8 Nombre et pourcentage de jugements autorisant des soins selon la durée et l'établissement de santé demandeur.

Durée	Établissement			Total
	Centre	Est	Autre	
Date précise	6 (12 %)	4 (50 %)	0 (0 %)	10 (11 %)
60 jours	3 (6 %)	0 (38 %)	0 (0 %)	3 (3 %)
90 jours	1 (2 %)	1 (16 %)	0 (0 %)	2 (2 %)
1 an	2 (4 %)	1 (20 %)	1 (0 %)	3 (4 %)
18 mois	2 (4 %)	0 (35 %)	0 (0 %)	2 (2 %)
2 ans	6 (12 %)	11 (24 %)	1 (2 %)	18 (20 %)
3 ans	25 (51 %)	21 (55 %)	0 (0 %)	46 (52 %)
5 ans	1 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (1 %)
Non précisé	3 (6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (3 %)
Total	49	38	2	89

FIGURE 18 Proportion de jugements autorisant des soins selon la durée de l'ordonnance.



DISCUSSION

Le présent rapport avait pour objectif de documenter les pratiques judiciaires dans le district de Longueuil et de comparer les pratiques du CISSS de la Montérégie-Est (CME) à celles du CISSS de la Montérégie-Centre (CMC), la nature des autorisations demandées puis de celles accueillies et prononcées par le tribunal. Dans cette discussion, ventilée en fonction de ces objectifs, nous discuterons d'abord des constats relatifs aux pratiques des établissements de santé, puis de celles de l'institution judiciaire. Plus précisément, cette deuxième partie sera consacrée aux pratiques relatives au déroulement de l'instance ainsi qu'aux jugements.

LES PRATIQUES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Soulignons d'entrée de jeu que les pratiques du contentieux du CMC, notamment la rédaction des actes de procédure, nous apparaissent moins conformes aux prescriptions professionnelles, législatives et jurisprudentielles et, par conséquent, moins respectueuses des droits de la personne que celles du CME.

L'acte de procédure doit indiquer « sa nature, exposer son objet, énoncer les faits qui le justifient, ainsi que les conclusions recherchées » (art. 99 C.p.c.). Il doit communiquer tout ce qui pourrait surprendre ou soulever un débat. Contrairement à la demande faite en cours d'instance, la demande introductive ne peut être présentée oralement (art. 100 et 101 C.p.c.), sans quoi la personne contre qui la demande est introduite ne pourrait se préparer convenablement à l'exercice de ses droits.

Trois principes guident la rédaction et plus particulièrement celle des faits allégués à la demande (les « allégations ») : la suffisance des informations, la logique et la clarté (art. 99 C.p.c. ; Barreau du Québec, 2020 ; École du Barreau du Québec, 2022). On doit être en mesure, dès la première lecture, de saisir les faits et la preuve invoqués ainsi que les

questions de droit soulevées. Quant aux conclusions, elles doivent être précises, complètes, découler des allégations et être conformes à la loi. À titre d'exemple, si l'établissement de santé entend demander l'abrogation d'un délai, cette conclusion devrait apparaître comme la suite logique des faits allégués.

L'observation de ces principes de rédaction est d'autant plus importante si l'on considère la pratique des projets de jugement, précise le Barreau du Québec (*Ibid.*).

Doit être joint à la demande un avis indiquant les pièces au soutien de celle-ci et informant la personne de ses droits, notamment celui d'être représentée (art. 145 et 393 C.c.Q.). Ces avis doivent être conformes aux modèles du ministère de la Justice (MODÈLE MJQ, 2021) et visent à informer la personne visée de ses droits « de manière à ce qu'elle soit pleinement en mesure de faire valoir ceux-ci devant le tribunal¹⁷ ». Le modèle du Ministère comporte deux pages et définit le droit à l'intégrité, le droit d'être entendu, représenté et assisté ainsi que le droit à la vie privée, et informe sur les recours.

Des demandes introductives d'instance irrégulières et sans substance

Les **demandes introductives d'instance** des deux CISSS ne respectent pas les principes ni les règles de rédaction des actes juridiques : elles sont génériques, rédigées de manière imprécise et, pour certaines d'entre elles, comportent des erreurs. Affirmer simplement que toutes les conditions sont réunies ne peut être considéré comme un énoncé qui répond au principe de la suffisance et de la logique. Par exemple, écrire « Considérant l'urgence » sans qu'il soit explicité en quoi la situation est urgente. Les demandes introductives d'instance sont à ce point génériques que la même demande est produite d'un dossier à l'autre, parfois sans qu'aucun changement ait été apporté en substance. Cette pratique n'est possible que dans la mesure où absolument aucun fait relativement à la situation spécifique des personnes visées n'y est allégué. Notons enfin que les

17

N.C. c Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2016, QCCA 856, au paragraphe 17.

demandes rédigées par le CMC sont d'autant plus irrégulières. Certaines d'entre elles ne précisent ni les soins ni la durée de l'autorisation demandée.

Soulignons qu'au-delà de l'avantage que représente l'utilisation d'un gabarit sans substance en termes de temps et d'effort, cette pratique a cet autre avantage d'assurer le **droit à la vie privée** des personnes, selon les prescriptions du *Code de procédure civile* concernant l'intégrité des personnes. Nous supposons que les informations personnelles se trouvent dans l'*Exposé de la partie demanderesse* (« l'exposé »), mais ne sommes pas en mesure de le vérifier.

À la lumière de l'avis du CME, cet exposé constitue une pièce au soutien de la demande ; l'avis du CMC est silencieux sur cet aspect.

Des avis de présentation à la limite de la conformité

Concernant les **avis** joints aux demandes des établissements de santé, ceux-ci ne sont pas identiques aux modèles établis par le Ministère. À savoir s'ils sont conformes, notons que, contrairement à l'avis rédigé par le CME, celui du CMC ne comprend pas la liste des pièces au soutien de la demande. Bien qu'on y affirme leur existence et leur disponibilité (« sont déposées, mais ne sont disponibles qu'à la partie défenderesse, sauf exception le cas échéant, en raison de leur caractère confidentiel »), celles-ci ne sont pas listées et il n'est pas clair si elles ont été signifiées, ni comment obtenir une copie de ces pièces. À cet égard, le CME explique à la personne mise en cause la façon de les obtenir.

La formulation utilisée par le CMC porte à croire que certaines pièces, « en raison de leur caractère confidentiel », ne sont pas disponibles... y compris pour la principale intéressée. Le contenu des dossiers étudiés suggère que l'avis du CMC ne serait pas conforme à la loi et à la jurisprudence. Il mériterait certainement d'être écrit dans des termes compréhensibles et de façon que soit évitée la superposition des négations et des exceptions dans une même phrase (« mais ne sont [...] qu'à », « sauf exception », « le cas échéant »).

Pour les deux établissements, les deux pages du modèle du Ministère énonçant les droits et les recours se résument à une phrase : « Il est important que vous agissiez dans le délai mentionné, soit en vous adressant à un avocat qui peut vous représenter et agir en votre nom, soit en procédant vous-même suivant les formalités de la loi » (ANNEXE II). Le CME ajoute que, pour répondre, « vous devez comparaître personnellement ou par avocat ». De telles affirmations ne peuvent être conformes à l'intention du législateur, soit que les personnes visées par de telles procédures, notamment en raison de leur vulnérabilité, soient « adéquatement informées de leurs droits et obligations, y compris le droit

d'être représentée » (Commentaire de la ministre de la Justice, 2015)¹⁸.

Soulignons que le CME dit joindre le modèle du Ministère, mais le document n'est pas produit aux dossiers judiciaires. Nous ne pouvons donc pas confirmer que les personnes visées par les demandes ont bien reçu les informations contenues dans le document du Ministère. Nous nous demandons par ailleurs comment le tribunal peut s'assurer de la légalité de la procédure si les documents ne sont pas versés aux dossiers.

Nous sommes d'avis que, pour se conformer à l'intention du législateur et réellement informer les personnes concernées, les établissements de santé doivent vulgariser le contenu des avis et expliciter les droits et recours.

LES PRATIQUES DE L'INSTITUTION JUDICIAIRE

Dans cette partie, il sera question des pratiques relatives au déroulement de l'instance, puis de celles relatives au prononcé et à la publicité des jugements. À l'instar des établissements de santé, l'institution judiciaire apparaît consacrer un minimum de ressources aux affaires d'autorisation de soins, et ce, au détriment de la défense des droits et intérêts individuels et collectifs.

Le contenu des procès-verbaux

Le procès-verbal n'est pas un verbatim de l'audience, il en fait plutôt le compte-rendu. Les procès-verbaux analysés sont succincts, parfois incomplets. Il arrive régulièrement que la présence de la personne visée par la demande d'AJS ne soit pas indiquée. Dans quelques cas, l'heure à laquelle prend fin l'audience n'est pas notée. Le cas échéant, il est impossible de connaître la durée de l'audience. Ils ne rendent pas compte du contenu des débats ni de l'application de la grille d'analyse de l'autorisation de soins. De plus, les motifs et les précisions communiqués verbalement y sont rarement consignés.

La présence et la représentation des personnes

La présence (60 %) et la représentation (56 %) des personnes concernées par une demande portant sur l'intégrité, l'état ou la capacité sont fondamentales. Elles assurent à la personne d'être entendue et au tribunal de prendre une décision qui ne repose pas uniquement sur l'expertise de l'établissement de santé. La proportion de personnes présentes et de personnes représentées soulève l'application, par le tribunal, de son obligation de l'interroger. Rappelons que la dispense de témoignage est exceptionnelle et doit

18 N.C. c Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2016, QCCA 856, au paragraphe 15.

être expressément demandée et justifiée par l'établissement de santé. Or les procès-verbaux n'en parlent pas.

Soulignons que, dans quelques dossiers, la personne visée par la demande d'autorisation de soins aurait refusé de se présenter à la cour. En effet, les établissements de santé et principalement le CMC ont déposé dans quelques cas un formulaire intitulé refus de se présenter, qui comprend une case « Refus de signer », remplie par une infirmière, où il est mentionné que la personne a bien reçu l'information quant à sa possibilité de contester, mais qu'elle ne souhaite pas se présenter à la cour. Cette pratique, proscrite par la Cour d'appel du Québec¹⁹, est d'autant plus problématique qu'elle semble plus courante depuis la pandémie de COVID-19.

Durée des audiences

En moyenne, les instances, dans le district, durent 50 minutes. Plus précisément, 70 % des demandes sont tranchées en moins d'une heure, 30 % en moins de 30 minutes et 10 % en moins de 15. Ces résultats sont étonnants. Le tribunal doit prendre connaissance de l'exposé de la demanderesse, entendre la preuve (dont le témoignage de l'expert) et statuer à la fois sur l'urgence (en vue d'abroger les délais ou de prononcer une ordonnance de sauvegarde), l'inaptitude, le refus catégorique, le caractère requis des soins, la durée nécessaire, etc. Le fait que le tribunal puisse autoriser en moins de 30 minutes les établissements de santé à prodiguer des soins et qu'il donne à cet effet un pouvoir de coercition aux forces policières, généralement pour une durée de trois ans, participe à l'impression que ces décisions sont prises arbitrairement.

LES AUTORISATIONS DE SOINS

Concernant la nature des autorisations demandées et de celles accueillies, celles-ci sont, à quelques exceptions près, identiques. Le tribunal accueille la quasi-totalité des demandes et appose régulièrement sa signature au projet de jugement déposé par le demandeur (ANNEXE IV). Ces projets, identique à la demande sur le plan du contenu, sont rarement l'objet d'une modification substantielle. Elles sont, pour la plupart, de nature psychiatrique, forcent la prise de médication et sont d'une durée de trois ans.

Dans cette dernière partie de la discussion, nous nous concentrerons sur la précision des soins ainsi que sur certaines demandes et conclusions systématiques.

Des plans de soins qui ratissent large

Les plans de soins demandés et autorisés, lorsqu'ils existent, ratissent large, trop large. En effet, rien de plus imprécis qu'une autorisation de soins qui ne comprend pas de plan de soins.

Pour ce qui est des plans de soins reproduits aux demandes et aux jugements, les soins sont, à notre avis, rédigés de manière imprécise ou ils ne sont tout simplement pas requis. Lorsque de la médication est prescrite, le plan de soins ne précise que très rarement un mode d'administration ou une molécule prioritaire. À titre d'illustration et en ordre d'imprécision :

- Toute médication antipsychotique, typique ou atypique, par voie injectable courte ou longue action, ainsi que toute médication antipsychotique par voie orale, selon l'évolution clinique incluant notamment et de manière non limitative les antipsychotiques suivants : la quétiapine, l'olanzapine, l'aripiprazole, la risperidone, la palipridone, l'aléopéridole, la fluphenazine, la pipothiazine et la zuclopenthixol.
- Toute médication antipsychotique, typique ou atypique, par voie injectable courte ou longue action, ainsi que toute médication antipsychotique par voie orale, selon l'évolution clinique.
- Toute médication antidépressive selon l'évolution clinique de la partie défenderesse ; toute médication stabilisatrice de l'humeur selon l'évolution clinique de la partie défenderesse ; toute médication anxiolytique selon l'évolution clinique de la partie défenderesse.

De même, lorsqu'un hébergement est autorisé, le lieu est rarement précisé.

Ces formulations abstraites accordent un pouvoir démesuré à l'établissement de santé et à son personnel. Une ordonnance autorisant un traitement « dont la durée et la fréquence seront déterminées par l'évolution clinique et l'opinion spécialisée des médecins traitants et consultants est trop large et attributive de la discrétion qui revient au juge et non au personnel médical », écrivait la Cour d'appel en 2008²⁰.

Depuis, la Cour a nuancé le propos affirmant que dans certains cas, bien que le diagnostic soit connu, le traitement précis ne l'est pas et que, dans ces cas, une liste non limitative respecte les principes de la jurisprudence : « la détermination de la bonne molécule pourra prendre du temps et nécessiter des ajustements. L'équipe médicale doit

19 *Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi c C.S.*, 2015, QCCA 717; *Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi c C.S.*, 2015, QCCQ 1031.

20 *Québec (Curateur public) c Institut Philippe-Pinel de Montréal*, 2008, QCCA 286, au paragraphe 24.

pouvoir faire ces modifications sans qu'il soit nécessaire de revenir à chaque fois devant le tribunal²¹». Le libellé ne doit pas pour autant donner carte blanche à l'établissement (« toute médication »), une liste non limitative indique les soins que l'établissement souhaite prodiguer. En ce sens, certains des exemples cités ci-dessus pourraient s'avérer conformes à la jurisprudence en termes de précision. Il nous apparaît néanmoins étonnant que la situation décrite par la Cour d'appel dans cet arrêt soit la même dans toutes les demandes introduites par le CMC et le CME.

La personne sous autorisation de soins doit être en mesure d'en savoir plus que la nature des soins demandés et autorisés, la molécule, le mode d'administration et la posologie. Nous pouvons concevoir que plus d'une molécule ou plus qu'un mode d'administration soient envisagés. Le cas échéant, ces différents soins devraient être ordonnés en ordre de priorité. Si, dans un cas, exceptionnel, comme celui décrit par la Cour d'appel, une liste non limitative est requise et qu'ainsi une plus grande discrétion est accordée à l'équipe médicale, ne devrait-elle pas être autorisée pour une courte durée? L'autorisation de soins n'est pas une autorisation de procéder à des tests pharmacologiques, tout embêtant qu'il soit pour l'équipe médicale de revenir devant le tribunal. Dans le même sens, la médication, les examens, les prélèvements et l'hospitalisation, autorisés en prévision d'effets secondaires, d'un potentiel refus ou d'un changement de situation clinique, etc. méritent la même démonstration que les soins compris dans les plans de soins. Ils sont plutôt demandés et ordonnés systématiquement.

Au sujet de la médication prescrite en cas d'effet secondaire, la formulation comprend parfois des benzodiazépines. Les benzodiazépines sont utilisées pour traiter les personnes ayant des troubles du sommeil ou d'anxiété, ou des personnes épileptiques. Ils entraînent eux-mêmes plusieurs effets secondaires, notamment une forte dépendance. Conséquemment, ils peuvent entraîner un trouble de consommation, une surdose et même la mort. Le fait que l'administration de cette classe de médicament soit autorisée à la légère, à titre de médication visant à réduire les effets secondaires comme s'il s'agissait d'un acétaminophène ou d'un antiacide, est particulièrement troublant.

La durée

Nous suggérons plus tôt que plus le plan de soins est imprécis, plus la durée de l'autorisation devrait être réduite. Nous tirons cette règle de celle établie par la jurisprudence selon laquelle le tribunal doit autoriser ce qui est nécessaire pour produire les effets escomptés²². À ce sujet, la vaste majorité des autorisations de soins demandées et ordonnées le sont pour une durée de trois ans. À cinq exceptions près, les

juges ordonnent ce qui est demandé par l'établissement de santé. Même que dans un jugement consigné, il est affirmé qu'il s'agit d'un minimum.

Ni les demandes introductives d'instance, ni les procès-verbaux, ni les jugements ne font état de faits ou de preuves permettant de conclure que les faits et la preuve ont été analysés par le tribunal, et que seuls les traitements nécessaires pour produire les effets escomptés font partie de l'autorisation.

Les automatismes

Une fois le plan de soins autorisé, le tribunal ordonne systématiquement trois choses, dont l'ordonnance (i) à tout policier d'utiliser tous moyens nécessaires, notamment la force, pour assister l'établissement demandeur, « sur simple demande verbale », et ce, pour la durée de l'autorisation et (ii) de faire rapport au CMDP.

Concernant le CMC, l'ordonnance à tout policier d'assister l'établissement de santé, prévoit qu'elle puisse être exécutée en tout lieu, incluant le domicile de la personne visée par la demande d'AJS. En matière pénale et criminelle, sauf, dans des cas bien précis où par exemple la sécurité d'une personne est menacée, pour que la police puisse intervenir au domicile d'une personne, elle doit se doter d'un mandat auprès d'un-e juge de paix. L'ordonnance rendue en autorisation de soins est non seulement précipitée, mais elle autorise à procéder verbalement. Alors que dans les faits, les policiers n'ont pas besoin d'une ordonnance de la Cour si la personne est en danger ou constitue un danger pour elle-même ou pour autrui (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ c. P -38.001).

21 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c D.M., 2017, QCCA 1333, au paragraphe 33.

22 Québec (Curateur public) c. Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2008, QCCA 286.



CONCLUSION

Dans le but de soutenir la mission du CDDM, l'objectif de cette recherche était de documenter les différences observées dans le quotidien de la défense des droits sur le plan des pratiques et des cultures institutionnelles des CISSS de la Montérégie-Est et de la Montérégie-Centre. S'inscrivant dans la suite de démarches entamées par l'AGIDD-SMQ, cette démarche doit contribuer à pallier le manque de données statistiques sur l'utilisation des AJS, et ainsi soutenir des propositions de solutions de rechange, voire une position politique abolitionniste.

Si cette recherche a mis au jour les pratiques très problématiques du CISSS de la Montérégie-Centre, elle démontre également différentes difficultés systémiques de nature à entraver l'exercice des droits des personnes visées par une demande d'AJS. En effet, tous les acteurs et actrices concerné·e·s — contentieux des CISSS, avocat·e·s de la défense, tribunal — ont leur rôle à jouer en matière d'AJS. Plus particulièrement, face à des pratiques qui soulèvent plusieurs enjeux du point de vue légal, il apparaît évident que les avocat·e·s de la défense de même que les juges doivent se montrer plus proactif·ve·s. Il est en effet surprenant de constater que des projets d'ordonnance comprenant des erreurs soient avalisés par les tribunaux sans que les avocat·e·s de la défense ni les juges s'en aperçoivent.

Ce que la recherche démontre, grâce à la comparaison des pratiques des deux CISSS, c'est que les pratiques des contentieux déterminent tant la forme que le fond des AJS. En ce sens, le fait d'être hospitalisé et traité dans un CISSS plutôt que dans un autre détermine — plus que le diagnostic, l'état de santé mentale, la représentation par avocat·e ou l'identité du ou de la juge — la teneur de l'AJS, et donc son niveau de coercition et de contrôle pour la personne visée, de même que l'ampleur de la latitude laissée au psychiatre demandeur ou à la psychiatre demandeuse.

Ces constats démontrent le peu de sérieux avec lequel les demandes d'AJS sont traitées, de même que la nécessité de rendre disponibles des services juridiques de qualité, de manière à s'assurer que les droits des personnes visées par les demandes d'AJS sont au cœur du processus judiciaire. Il apparaît également fondamental que les personnes concer-

nées par les demandes d'AJS puissent être accompagnées par les personnes de leur choix, de manière à se sentir plus appuyées et plus en confiance. Rappelons que le rôle des mis en cause est justement de soutenir les personnes dans l'exercice de leurs droits ; or les mis en cause, qui sont le plus souvent le curateur public, sont le plus souvent absents. Il va donc de soi que, pour respecter l'esprit de la loi, d'autres personnes peuvent être présentes aux audiences. Soulignons également qu'étant donné les résultats inquiétants de notre étude, la présence de tiers dans les salles d'audience pourrait constituer un moyen de visibiliser des pratiques judiciaires pour le moins inquiétantes.

RECOMMANDATIONS

Aux vues des résultats de l'analyse des dossiers judiciaires en matière d'autorisation de soins du district de Longueuil, concernant les **pratiques des contentieux des établissements de santé**, nous recommandons :

- ✓ Que les établissements de santé rédigent des demandes introductives d'instances qui respectent les exigences de la loi et les principes de rédaction des écrits juridiques ;
- ✓ Que les intitulés de ces demandes laissent présager la nature de celle-ci, notamment son caractère urgent ;
- ✓ Que les établissements de santé fassent explicitement référence à la preuve (P-1 : Rapport du Dr [Nom, lieu (hôpital, clinique)]);
- ✓ Que les établissements de santé allèguent les faits desquels découlent les conclusions demandées ; le diagnostic (p. ex. bipolarité, crise psychotique, etc.) ou la situation (crise suicidaire, sous-alimentation, mutilation, etc.) à l'origine de la demande de soins, mais également desquels découle la demande d'abroger des délais et de sauvegardes ;
- ✓ Que le CISSS Montérégie-Centre détaille dans la demande le plan de soins et la durée de l'autorisation demandés ;
- ✓ Que les établissements de santé révisent leur avis respectif, utilisent un langage clair et y inscrivent les droits et recours, notamment celui de refuser des soins, d'être représentée par un·e avocat·e et d'être accompagné·e ainsi que les procédures de plainte, de révision et d'appel ;
- ✓ Que le droit à la représentation soit davantage étayé, notamment que la personne soit informée du fait qu'elle pourrait être admissible à l'aide juridique ;
- ✓ Que le CISSS Montérégie-Centre liste et joigne les pièces au soutien de sa demande et indique à la partie mise en cause qu'elles sont disponibles et comment les obtenir.

Concernant plus particulièrement les **pratiques de l'institution judiciaire**, nous recommandons :

- ✓ Qu'il soit indiqué à l'en-tête des procès-verbaux si la personne était présente en salle d'audience ou par visioconférence ;
- ✓ Que les procès-verbaux rendent compte des demandes de modification à la demande introductive d'instance, de ce qui la motive. Par exemple, si l'établissement de santé demande une modification au plan de soins ou encore de réduire la durée de l'autorisation de trois à deux ans ;
- ✓ Que le tribunal s'assure que les délais et procédures préalables à l'audience ont été respectés ;
- ✓ Que le tribunal refuse d'entendre la demande, en l'absence de la personne concernée par la demande d'autorisation de soins, si celle-ci n'est pas justifiée ;
- ✓ Que le tribunal rappelle les contentieux à l'ordre lorsque ces derniers déposent des formulaires dans lesquelles le personnel soignant indique que la personne refuse de se présenter ou qu'elle refuse de contester ;
- ✓ Que le tribunal refuse d'abroger le délai d'assignation sans qu'il y ait eu la démonstration que la situation est exceptionnellement urgente ;
- ✓ Que le tribunal refuse de rendre le jugement exécutoire nonobstant l'appel sans qu'il y ait eu la démonstration que la situation est exceptionnellement urgente ;
- ✓ Que les jugements fassent état de la présence ou de l'absence de la personne concernée et de ce qui justifie de procéder par visioconférence ou en son absence ;
- ✓ Que les jugements fassent état de la demande des établissements de santé ainsi que de leur justification pour l'abrogation des délais ;

- ✓ Que le tribunal se désiste lorsqu'il n'a pas compétence, c'est-à-dire quand il ne peut conclure à l'incapacité de la personne et au refus catégorique ;
- ✓ Que le tribunal cesse d'accéder à des demandes visant des situations hypothétiques ;
- ✓ Que le tribunal rédige ses propres jugements ;
- ✓ Que les jugements soient dactylographiés ;
- ✓ Que les jugements soient systématiques anonymisés et publiés ;
- ✓ Que soit formée la magistrature et qu'une formation continue lui soit offerte sur le consentement aux soins ainsi que sur le droit, la procédure et la jurisprudence en matière d'autorisation de soins ;
- ✓ Que le ministère de la Justice compile et produise des statistiques sur les autorisations judiciaires de soins, notamment et non inclusivement, sur la nature des soins demandés et autorisés ainsi que la durée, et que ces données soient rendues publiques.

Concernant les pratiques des **avocat·e·s de la défense**, nous recommandons :

- ✓ Qu'ils et elles dénoncent les pratiques douteuses des établissements de santé et s'y opposent ;
- ✓ Qu'ils et elles demandent le rejet de la demande, minimalement une remise, lorsque les procédures introduites ne sont pas conformes aux prescriptions de la loi et de la jurisprudence ;
- ✓ Qu'ils et elles insistent pour que les précisions et les jugements faits à l'oral concernant, par exemple, le plan de soins, soient dactylographiés et ainsi portés à la connaissance de la personne sous autorisation de soins et à celle du personnel soignant, et s'en assurent.

Enfin, nous recommandons des **modifications législatives** afin d'y introduire un mécanisme permettant la révision devant une instance impartiale, du même ordre que celui prévu en matière de Garde en établissement et dont les personnes sous autorisation de soins peuvent se saisir à tout moment. Également, nous recommandons que les demandes de révision soient couvertes par l'aide juridique. Finalement, nous recommandons que soit créé un mécanisme de surveillance des pratiques des contentieux qui soit indépendant et crédible, à l'extérieur de la Direction en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux.



FAITS SAILLANTS

Pour les faits saillants, nous avons extrait de la présentation des résultats les **résultats statistiques** les plus significatifs. Les résultats de nature qualitative concernent la rédaction des actes de procédures et des jugements et plus particulièrement leur caractère générique, imprécis et en apparence arbitraire, sont étayés dans les observations générales, la présentation des résultats et la discussion. Concernant ces documents, il est à noter que :

- Les jugements en autorisation de soins sont peu ou pas publiés (4 %);
- L'accès au dossier est partiel et exige des ressources considérables;
- Les données fournies par le ministère de la Justice ne correspondent pas aux données collectées;
- Les gabarits de demandes introductives d'instance et de projet de jugement utilisés par les établissements de santé sont éminemment génériques et lacunaires;
- À l'exception de quelques jugements écrits par le tribunal, ce dernier, signant les projets de jugement lacunaire, ne se réfère ni aux faits ni au droit et acquiesce, sans motifs, à toutes les demandes des établissements de santé.

Demande

Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux, 114 demandes d'autorisation de soins ont été introduites dans le district de Longueuil en 2019. Nous en comptons plutôt 93. Sur ces 93 demandes introduites dans le district :

- 51 ont été introduites par le CISSS de la Montérégie-Centre (55 %);
- 40 ont été introduites par le CISSS de la Montérégie-Est (43 %);
- 1 constitue une demande de révision (1 %).

Abrogation des délais

- Les établissements demandent dans 37 % l'abrogation du délai d'assignation. Pourtant, le délai est respecté dans une majorité de cas;
- Le CISSS de la Montérégie-Centre le demande dans 57 % des cas, et dans 83 % cette demande est inutile, car le délai en question est respecté;
- Les établissements demandent dans 97 % l'exécution du jugement, nonobstant l'appel;
- Le CISSS de la Montérégie-Centre le demande dans tous les cas.

Nature et durée de l'autorisation de soins demandée

- Les demandes du CISSS de la Montérégie-Centre sont majoritairement lacunaires sur le plan des soins et de la durée demandés (65 %);
- Les soins sont, dans 76 % des cas, de nature psychiatrique; ces demandes forcent la prise d'une médication antipsychotique dans 72 % des cas;
- Le CISSS de la Montérégie-Est introduit plus de demandes en vue d'un hébergement que son homologue du Centre (69 %);
- Les autorisations sont généralement demandées pour une durée trois ans (65 %);
- Le CISSS de la Montérégie-Centre a introduit cinq demandes de « courte durée », soit de 60 (10 %).

Avis

- Dans 86 % des cas, la partie mise en cause est un-e proche de la défenderesse (la « personne »);
- Dans 15 % des cas, la personne est, selon l'avis, attendue par visioconférence;
- Le CISSS de la Montérégie-Centre est l'établissement demandeur dans 11 % de ces avis;
- Le CISSS de la Montérégie-Centre ne liste pas les pièces au soutien.

Instance

Durée

- Les demandes sont, en moyenne, tranchées en 50 minutes;
- La majorité des demandes ont été tranchées entre 15 et 59 minutes (58 %);
- 10 % des demandes ont été tranchées en 14 minutes et moins.

Juges

Sur les 32 juges ayant siégé dans le cadre d'une demande en autorisation de soins dans le district :

- 28 ont siégé moins de 5 fois (88 %) et 16, une seule fois (50 %).

Défenderesse

(personne visée par la demande d'AJS)

- La personne est présente dans 60 % des cas;
- Les établissements de santé ont déposé à six occasions un formulaire intitulé REFUS DE SE PRÉSENTER À UNE AUDIENCE (6 %);
- Le CISSS de la Montérégie-Centre a déposé cinq de ces six formulaires (83 %);
- La présence par visioconférence est rarement indiquée aux procès-verbaux (2 %);
- La personne est représentée dans 56 % des cas;
- La personne est parfois représentée par un-e avocat-e nommé-e par le tribunal (4 %);
- Le tribunal a entendu la personne dans 55 % des cas.

Les **remises** (avec ou sans ordonnances de sauvegarde) apparaissent stratégiques pour la défense : 54 % d'entre elles ont mené à l'abandon de la demande principale par l'établissement de santé ou à son rejet par le tribunal (8 %).

Jugement

Sur les 93 demandes introduites dans le district, 87 % ont été accueillies par le tribunal et 11 % ont été abandonnées par l'établissement de santé.

Rejet

- Le tribunal a conclu à trois reprises au rejet de la demande (2 %);
- Les jugements rejetant une demande d'autorisation de soins sont de loin les plus étoffés en faits et en droit que ceux autorisant des soins.

Format et motivation

- Moins de 10 % des jugements ont été prononcés, en partie ou en totalité, à l'oral; les motifs ne sont que très rarement consignés au procès-verbal;
- Près de 90 % des jugements ont été écrits par les établissements de santé (« projet de jugement »); ils ne font ni référence aux faits, ni à la loi ni à la jurisprudence;
- Seulement 31 % de ces projets de jugement ont été modifiés par le tribunal.

Nature de l'autorisation de soins accueillie

Certaines demandes ont préalablement fait l'objet d'une sauvegarde ordonnant à la personne de se soumettre à des soins. Sur les 89 jugements ordonnant des soins, deux n'ont pu être collectés, et deux ne comprennent ni de plan de soins ni de durée. Il s'agit de deux projets de jugement du CISSS de la Montérégie-Centre. Sur ces 85 jugements :

- 80 % ordonnent des soins de nature psychiatrique;
- 38 % ordonnent un hébergement;
- 35 % ordonnent des soins de nature physique;
- 65 % ordonnent une durée trois ans.

Les **soins de nature psychiatrique** forcent dans une vaste proportion l'administration d'une médication — antipsychotique (90 %), stabilisatrice d'humeur (43 %), antidépresseur (28 %), anxiolytique (7 %) — et dans la moitié des cas, un suivi psychosocial. Le CISSS de la Montérégie-Centre est l'établissement demandeur dans 74 % de ces cas.

Plus d'un mode d'administration est prescrit aux plans de soins ordonnant l'administration d'une médication **antipsychotique**. Sur ces 63 plans :

- 19 prescrivent comme mode d'administration de la médication l'injection intramusculaire (30 %);
- 39 prescrivent l'injection (62 %);
- 55 la prise orale (87 %).

Les soins et ordonnances accessoires

À trois exceptions près, en plus des soins que requiert l'état de santé de la personne, le plan de soins ordonné prescrit **de manière préventive** :

- Toute médication en cas d'effets secondaires ;
- Tout prélèvement, évaluation, examen, suivi ou investigation « nécessaire » ;
- Toute hospitalisation nécessaire « dans le but de stabiliser » l'état de la personne.

Le tribunal ordonne accessoirement à la police d'assister l'établissement de santé dans l'exécution de l'autorisation de soins, plus précisément d'utiliser les moyens nécessaires, et ce, peu importe le lieu où la personne se trouve.

- Les projets de jugement du CISSS de la Montérégie-Centre précisent que la police doit s'exécuter « sur simple demande verbale » de l'établissement de santé.

La durée de l'autorisation

- La majorité des autorisations de soins sont ordonnées pour plus de deux ans :
- Un peu plus de la moitié sont ordonnées pour une durée trois ans (52 %) ;
- Un cinquième des autorisations sont ordonnées pour une durée de deux ans (20 %) ;
- La durée ordonnée est généralement celle demandée par l'établissement de santé ;
- Le tribunal a réduit la durée à cinq occasions.

Abrogation des délais

- Le tribunal accueille dans 39 % la demande d'abréger le délai d'assignation ; il accueille parfois cette demande, alors que le délai est respecté.
- Le tribunal accueille dans 85 % la demande de rendre le jugement exécutoire, nonobstant l'appel.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Législation

Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), 1982, c 11 art 7.

Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c C-12.

Code civil du Québec, RLRQ c CCQ-1991.

Code de procédure civile, RLRQ c C-25.01.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RLRQ c S-5 r. 5.

Jurisprudence

(23 décembre 2020), Longueuil, 505-17-012316-2060 (QCCS).

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c D.M., 2017 QCCA 1333.

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi c C.S., 2015 QCCA 717.

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi c C.S., 2015 QCCQ 1031.

Curateur public c Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2008 QCCA 286.

D.A. c Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, 2016 QCCA 1734.

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

Institut Philippe de Montréal c A.G., [1994] RJQ 2523 (C.A.).

N.C. c Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2016 QCCA 856.

Québec (Curateur public) c Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2008 QCCA 286.

Tremblay c Cast Steel Products (Canada) Ltd., 2015 QCCA 1952.

Recherche

Bernheim, E., Chalifour, G. et Laniel, R.-A. (2016). La santé mentale en justice – Invisibilité et déni de droits : une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins. *McGill JL & Health*, 9(2) 337-377.

Autres documents

Barreau du Québec. (2022). *Rédaction*. École du Barreau du Québec.

Barreau du Québec. (2020). *Guide des meilleures pratiques* (7^e éd). defenderesse.barreau.qc.ca/media/2579/guide-meilleures-pratiques-matieres-civiles.pdf

Cour supérieure du Québec. (2020). *Liste des juges*. coursuperieureduquebec.ca

Ministère de la Justice du Québec. (2021). *MODÈLE DU MINISTRE DE LA JUSTICE. Avis accompagnement un majeur ou un mineur de 14 ans et plus et qui touche intégrité, son état ou sa capacité*. https://defenderesse.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr_francais_/centredoc/professionnels-nonsecurise/code-civil/393_Avis_mineur_notaire.pdf

Ministère de la Justice du Québec. Bureau de la sous-ministre et sous-procureure générale. (2021). *Demande d'accès aux documents – Décision* (V/Réf. : Garde en établissement et autorisation de soins – Statistiques. N/Réf. : R-94748). https://defenderesse.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr_francais_/centredoc/rapports/ministere/acces_information/decisions-documents/2021/dai_no_94748.pdf

Ministère de la Justice du Québec. Bureau de la sous-ministre et sous-procureure générale. (2018). *Demande d'accès aux documents – Décision* (V/Réf. : Données sur les demandes d'autorisation judiciaires de soins | (N/Réf. : R-78666).

Commentaires de la ministre de la Justice, Code de procédure civile, chapitre C-25.01. (2015) Wilson & Lafleur.

ANNEXE I

DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE

COUR SUPÉRIEURE
(*Chambre civile*)

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE, personne morale légalement constituée [...] dont le siège social est situé au 3120, boulevard Taschereau à Greenfield Park, district de Longueuil, province de Québec, J4V 2H1;

Partie demanderesse

c.

[...]

Partie défenderesse

et

[...]

Partie mise en cause

**DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE
EN VUE DE PRODIGUER DES SOINS DE SANTÉ**

(Art 11 à 14 et 16 du *Code civil du Québec* et
art 12, 16, 49, 108, 306, 393 et 395 *Code de procédure civile*)

À L'UN DES HONORABLES JUGES DE LA COUR SUPÉRIEURE, SIÉGEANT DANS ET POUR LE DISTRICT DE LONGUEUIL, LA PARTIE DEMANDERESSE EXPOSE CE QUI SUIT :

1. Les faits et prétentions au soutien de la présente demande comportent des éléments d'identification généralement tenus pour confidentiels. Ils sont énoncés dans un document nommé « Exposé de la partie demanderesse », annexé à la présente demande sous pli cacheté, pour valoir comme si récité au long, afin d'en assurer le caractère confidentiel:

2. La partie demanderesse produit au soutien de sa demande la pièce P-1 sous pli cacheté pour valoir comme si récépissé au long, afin d'en assurer le caractère confidentiel;
3. Un plan est recommandé pour la partie défenderesse;
4. La partie défenderesse est inapte à consentir au plan de soins qui lui est recommandé;
5. La partie défenderesse refuse catégoriquement plan de soins qui lui est recommandé ;
6. Le plan de soins est requis par l'état de santé de la partie défenderesse;
7. Le plan de soins recommandé est bénéfique pour la partie défenderesse:
8. Il est dans l'intérêt de la partie défenderesse de recevoir lesdits soins de santé ;
9. Compte tenu de l'urgence, la partie demanderesse demande la Cour d'abrégé le délai de présentation des présentes et de rendre le jugement exécutoire immédiatement et provisoirement, nonobstant appel;
10. Afin d'assurer la protection de la dignité des personnes concernées par la demande, la partie demanderesse demande à la Cour de restreindre l'accès, la divulgation et la diffusion des renseignements, des actes de procédures et des documents comportant des éléments d'identification généralement tenus pour confidentiels, incluant l'enregistrement numérique et la transcription des débats, dans l'objectif d'assurer l'anonymat des personnes concernées;
11. La présente demande est bien fondée en faits et en droit.

POUR CES MOTIFS PLAISE AU TRIBUNAL :

ACCUEILLIR la présente demande;

ABRÉGER le délai de présentation de la présente demande;

RESTREINDRE l'accès, la divulgation et la diffusion des renseignements, des actes de procédures et des documents comportant des éléments d'identification généralement tenus pour confidentiels, incluant l'enregistrement numérique et la transcription des débats, dans l'objectif d'assurer l'anonymat des personnes concernées;

DÉCLARER la partie défenderesse inapte à consentir aux soins requis par son état de santé;

DÉCLARER que la partie défenderesse refuse catégoriquement les soins de santé recommandés;

DÉCLARER que le plan de soins recommandé et décrit l'exposé de la partie demanderesse est bénéfique pour la partie défenderesse;

DÉCLARER qu'il est dans l'intérêt de la partie défenderesse de recevoir lesdits soins de santé;

DÉCLARER que les soins recommandés sont requis par l'état de santé de la partie défenderesse;

AUTORISER la partie demanderesse à prodiguer à la partie défenderesse les soins requis par son état de santé, dont la description et les modalités sont décrites à l'exposé de la partie demanderesse;

ORDONNER à la partie défenderesse de se conformer au jugement à intervenir;

ORDONNER à tout policier d'utiliser tous les moyens nécessaires pour assister la partie demanderesse dans l'exécution de ces autorisations, sur simple demande verbale de celle-ci, et ce, quel que soit le lieu où se trouve la partie défenderesse, incluant le domicile;

ORDONNER tout médecin traitant de la partie défenderesse de soumettre au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (C.M.D.P) de l'établissement, tous les six (6) mois, dans les vingt (20) jours suivant le dernier jour du sixième mois, un rapport écrit sur les traitements administrés à la partie défenderesse pendant les six (6) mois, sur la réaction de la partie défenderesse à ces traitements et sur sa condition générale, lorsqu'un tel C.M.D.P. existe;

AUTORISER la partie demanderesse obtenir communication des dossiers médicaux de la partie défenderesse détenus par d'autres établissements, lorsque requis dans le cadre de l'application de la présente demande;

PRÉCISER que les ordonnances et autorisations du jugement à intervenir s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, tout établissement où la partie défenderesse pourrait être transférée ou traitée;

Compte tenu de l'urgence, **RENDRE** le jugement exécutoire, de façon immédiate et provisoire, nonobstant appel;

LE TOUT sans frais.

ANNEXE II

AVIS DE PRÉSENTATION

À : [...]

ET : [...]

PRENEZ AVIS que la partie demanderesse a déposé la présente demande au greffe de la Cour supérieure du district judiciaire de Longueuil, situé au 1111, boulevard Jacques-Cartier Est à Longueuil.

Cette demande sera présentée le [JJ MM] 2019 à 14h00 à la salle 1.15 du palais de justice de Longueuil, à la Cour Supérieure du Québec du district judiciaire de Longueuil ou à l'un des juges exerçant en son bureau. Si vous désirez la contester, vous devrez indiquer verbalement, lors de sa présentation, les moyens de contestation et les demandes que vous entendez faire valoir.

PRENEZ DE PLUS AVIS qu'à défaut de vous présenter à la date fixée pour la présentation de cette demande, la partie demanderesse pourra obtenir jugement par défaut sans autre avis ni délai.

Il est important que vous agissiez dans le délai mentionné, soit en vous adressant à un avocat qui peut vous représenter et agir en votre nom, soit en procédant vous-même suivant les formalités de la loi.

Les pièces au soutien de la présente demande ne sont pas disponibles, sauf à la partie défenderesse, en raison de leur caractère confidentiel.

VEUILLEZ AGIR EN CONSEQUENCE.

Longueuil, le [JJ MM] 2019

*(s) Service des affaires juridiques du CISSS de la
Montréal-Centre*

SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES DU
CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE

Procureurs de la partie demanderesse

AVIS DE PRÉSENTATION

(articles 306 – 308 C.c.p)

PRENEZ AVIS que le demandeur a déposé au greffe de la Cour supérieure du district judiciaire de Longueuil la présente demande.

La demande sera présentée devant le tribunal le 29 janvier 2019, à 14h00, du Palais de justice de Longueuil situé au 1111, boulevard Jacques-Cartier Est, salle 1.15, Longueuil, province de Québec. Le tribunal pourra, à cette date, exercer les pouvoirs nécessaires en vue d'assurer le bon déroulement de l'instance ou procéder à l'audition de la cause.

Pour répondre à cette demande, vous devez comparaître personnellement ou par avocat. A défaut de comparaître, un jugement par défaut pourra être rendu contre vous sans autre avis lors de la présentation de la demande. Il est important que vous agissiez dans le délai mentionné, soit en vous adressant à un avocat qui peut vous représenter et agir en votre nom, soit en procédant vous-même suivant les formalités de la loi.

Au soutien de sa demande introductive d'instance, le demandeur invoque les pièces suivantes:

Pièce P-1 :Exposé confidentiel du demandeur;

Pièce P-2 : Rapport du Docteur [...] daté du [JJ MM] 2019;

Pièce P-3 : Jugement de l'Honorable [...], juge à la Cour supérieure du Québec daté [JJ MM] 2008;

Pièce P-4 : Jugement de l'Honorable [...], juge à la Cour supérieure du Québec daté [JJ MM] 2009

Ces pièces sont signifiées à la défenderesse et l'avis conforme au modèle établi par le ministre de la Justice est joint à la présente demande.

Pour le **MIS EN CAUSE**, dans le cas où vous désirez recevoir une copie des pièces alléguées au soutien de la procédure, vous pouvez en faire la demande au bureau de l'Étude légale du CISSS de la Montérégie-Est, 450-928-5125 poste 15311.

VEUILLEZ AGIR EN CONSÉQUENCE.

Longueuil, ce [JJ MM] 2019

(S)Étude légale du CISSS de la Montérégie-Est

ÉTUDE LÉGALE DU CISSS DE LA
MONTÉRÉGIE-EST

Avocats du demandeur

ANNEXE III
FORMULAIRE

REFUS DE SE PRÉSENTER À UNE AUDIENCE

La présente est pour vous informer que :

(Nom et prénom de la personne)(Date de naissance)

Ne désire pas se présenter à la Cour en date du _____

Pour l'audition de la Requête pour :

- Garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique;
- Garde en établissement de santé;
- En vue de prodiguer des soins de santé (traitement/hébergement)

À Longueuil, le _____

(Signature du patient)

Refus de signer

(Signature du professionnel)

(Prénom et nom en lettre moulées, titre)

TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AU :

SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE

TÉLÉCOPIEUR :

TÉLÉPHONE :

ANNEXE IV
PROJET DE JUGEMENT

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE LONGUEUIL

No : 505-17-000000-000

DATE : Longueuil, le 00 Mois 2019.

SOUS LA PRÉSIDENTE DE : L'honorable _____, J.C.S.

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE, [...]

Partie demanderesse

c.
[...]

Partie défenderesse

-et-
[...]

Partie mise en cause

Jugement

[1] LE TRIBUNAL, sur demande en vue de prodiguer des soins de santé, statut comme suit :

[2] Considérant la demande et les pièces;

[3] Considérant le bien fondé en faits et en droit de ladite demande;

PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL :

[4] ACCUEILLE la présente demande;

[5] RESTREINT l'accès, la divulgation et la diffusion des renseignements, des actes de procédures et des documents comportant des éléments d'identification généralement tenus pour confidentiels, incluant l'enregistrement numérique et la transcription des débats, dans l'objectif d'assurer l'anonymat des personnes concernées;

[6] DÉCLARE la partie défenderesse inapte à consentir aux soins requis par son état de santé;

[7] DÉCLARE que la partie défenderesse refuse catégoriquement les soins de santé recommandés;

[8] DÉCLARE que le plan de soins recommandé et décrit à l'exposé de la partie demanderesse est bénéfique pour la partie défenderesse;

- [9] DÉCLARE qu'il est dans l'intérêt de la partie défenderesse de recevoir lesdits soins de santé;
- [10] DÉCLARE que les soins recommandés sont requis par l'état de santé pour la partie défenderesse;
- [11] AUTORISE la partie demanderesse, ou tout établissement désigné par elle, à prodiguer les soins requis par l'état de santé de la partie défenderesse, soit :

PLAN DE SOIN

- Toute médication antipsychotique, typique ou atypique, par voie injectable courte ou longue action, ainsi que toute médication antipsychotique par voie orale, selon l'évolution clinique incluant notamment et de manière non limitative le Clozaril;
- Toute médication nécessaire en cas d'effet secondaire;
- Tout prélèvement urinaire ou sanguin, ainsi que toute évaluation, suivi ou investigation nécessaires en fonction des protocoles déjà établis pour les médicaments mentionnés;
- Un suivi médical en clinique externe de psychiatrie;
- Toute hospitalisation nécessaire dans le but de stabiliser l'état clinique de la partie défenderesse en fonction des lignes directrices établies pour ce type de traitement et ce type de pathologie.

- [12] ORDONNE la partie défenderesse de se conformer au présent jugement;
- [13] ORDONNE à tout policier d'utiliser tous les moyens nécessaires pour assister la partie demanderesse dans l'exécution de ces autorisations, sur simple demande verbale de celle-ci, et ce, quel que soit le lieu où se trouve la partie défenderesse, incluant le domicile;
- [14] ORDONNE à tout médecin traitant de la partie défenderesse de soumettre au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (C.M.D.P.) de l'établissement, à tous les six (6) mois, dans les vingt (20) jours suivant le dernier jour du sixième mois, un rapport écrit sur les traitements administrés à la partie défenderesse pendant les six (6) mois, sur la réaction de la partie défenderesse à ces traitements et sur sa condition générale, lorsqu'un tel C.M.D.P. existe;
- [15] AUTORISE la partie demanderesse à obtenir communication des dossiers médicaux de la partie défenderesse détenus par d'autres établissements, lorsque requis dans le cadre de l'application de la présente demande;
- [16] AUTORISE le traitement pour une durée de **trois (3) ans**;
- [17] PRÉCISE que les ordonnances et autorisations du présent jugement s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à tout établissement où la partie défenderesse pourrait être transférée ou traitée
- [18] Compte tenu de l'urgence, REND le jugement exécutoire, de façon immédiate et provisoire, nonobstant appel;
- [19] LE TOUT sans frais.

ANNEXE V

EXTRAITS PROJETS DE JUGEMENTS MODIFIÉS PAR LE TRIBUNAL

Le plan et la nomenclature des soins et « soins » accessoires
<p>PLAN DE SOINS</p> <p>[...]</p> <p>Un hébergement dans une ressource correspondant aux besoins identifiés par l'équipe traitante en fonction de l'évolution clinique et des capacités de la partie défenderesse.</p>
<p>PLAN DE SOINS</p> <p>[...]</p> <p>Toute médication antipsychotique, typique ou atypique, par voie injectable courte ou longue action, ainsi que toute médication antipsychotique par voie orale, selon l'évolution clinique incluant notamment et de manière non limitative les antipsychotiques suivants : olanzapine, quétiapine, rispéridone, palipéridone, aripiprazole, au départ, halopéridol, zuclopenthixol, flupentixol, pipotiazine et ou fluphénazine;</p> <p>[13] AUTORISE le demandeur, [...], par l'intermédiaire de ses médecins et de son personnel clinique, de maintenir l'hospitalisation de la défenderesse, [...] jusqu'à la stabilisation de son état.</p>
<p>PLAN DE SOINS</p> <p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none">• Toute médication stabilisatrice d'humeur, tels que l'Épival et le Lithium ainsi que toute médication antidépressive afin de gérer les périodes soutenues d'accélération psychomotrice ou de dépression;• [...]• Un hébergement dans une ressource correspondant aux besoins identifiés par l'équipe traitante en fonction de l'évolution clinique et des capacités de la partie défenderesse. <p>[13] AUTORISE la partie demanderesse ou tout établissement désigné par elle, à hospitaliser, contre son gré, la partie défenderesse dans le but de stabiliser son état clinique en fonction des protocoles établis pour ce type de traitement; et uniquement pour la durée nécessaire à une telle stabilisation;</p>
<p>PLAN DE SOINS</p> <p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none">• Toute médication antipsychotique, typique ou atypique, par voie injectable, courte ou longue action, ainsi que toute médication antipsychotique par voie orale, selon l'évolution clinique; en commençant par les médicaments suivants par voie orale : olanzapine, benzodiazépine et au besoin le clopizol ou l'acuphase injectable suivi de [illisible] ou Risperdal en cas d'échec. <p>[...]</p> <p>Tout prélèvement sanguin, IRM cérébrale, ECG, EEG, ponction lombaire si nécessaire en vertu de la condition médicale actuelle de la défenderesse; [...neutropénie sévère]</p>
<p>PLAN DE SOINS</p> <ul style="list-style-type: none">• Toute une médication antipsychotique, typique ou atypique, par voie injectable longue action, ainsi que toute une antipsychotique par voie orale, selon l'évolution clinique incluant notamment et de

~~la manière non limitative les antipsychotiques suivants: le Risperdale, le Zyprexa, le Zeldox, l'Abilify, le Saphris, le Risperdal Consta, l'Invefa Sustenna, l'Abilify Maintena et l'Haloperidol;~~

- ~~• Toute médication psychotrope nécessaire en association avec les antipsychotiques~~

~~Toute médication nécessaire en cas d'effet secondaire incluant notamment et de manière non limitative de la médication antidépressive, anxiolytique, stabilisatrice de l'humeur et/ou anticholinergique afin de prévenir les effets métaboliques néfastes;~~

PLAN DE SOINS

[...]

- Les hospitalisations nécessaires dans le but de stabiliser l'état clinique de la partie défenderesse en fonction des lignes directrices établies pour le type de traitement et le type de pathologie susmentionnés; **mais pour la durée nécessaire à une telle stabilisation.**

[13] AUTORISE la partie demanderesse ou tout établissement désigné par elle, à hospitaliser, contre son gré, la partie défenderesse dans le but de stabiliser son état clinique en fonction des protocoles établis pour ce type de traitement; **et que pour la durée nécessaire à une telle stabilisation.**

[19] AUTORISE le traitement pour une durée de ~~trois (3)~~ un (1) ans.