

# ARTICLE DE LA REVUE JURIDIQUE THÉMIS

*On peut se procurer ce numéro de la Revue juridique Thémis à l'adresse suivante :*

*Les Éditions Thémis*

*Faculté de droit, Université de Montréal*

*C.P. 6128, Succ. Centre-Ville*

*Montréal, Québec*

*H3C 3J7*

*Téléphone : (514)343-6627*

*Télécopieur : (514)343-6779*

*Courriel : [themis@droit.umontreal.ca](mailto:themis@droit.umontreal.ca)*

© Éditions Thémis inc.

Toute reproduction ou distribution interdite  
disponible à : [www.themis.umontreal.ca](http://www.themis.umontreal.ca)

**Le comité d'éthique d'un établissement de santé ou de services sociaux est-il garant de la protection des droits de la personne?<sup>[1]</sup>**

Martyne Isabel Forest<sup>[2]</sup>

**INTRODUCTION 265**

**I. LES DÉCISIONS JUDICIAIRES PERTINENTES EN L'ESPÈCE 267**

**A. L'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser 268**

**B. L'autorisation judiciaire de traitement 269**

**C. La forme de l'autorisation judiciaire de traitement 270**

**II. UNE EXPLICATION DES FONDEMENTS DE CES INITIATIVES JUDICIAIRES 272**

**A. L'intérêt du patient 273**

**B. La référence obligatoire au comité 274**

**CONCLUSION 275**

---

Le pluralisme qui caractérise désormais les sociétés industrialisées et l'évolution du phénomène technoscientifique dans le domaine biomédical, en fournissant plus d'options, soulèvent un nombre considérable de questions éthiques complexes dont la gestion est souvent créatrice de tensions importantes. En lien avec cette évolution, se sont constituées différentes instances parmi lesquelles figurent les comités d'éthique clinique. À l'inverse des comités d'éthique pour la recherche, plus anciens, qui s'intéressent à la protection des sujets humains participant à une expérimentation, à l'évaluation de protocoles de recherche, et, plus globalement, aux problèmes moraux soulevés par la recherche dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé, les comités d'éthique clinique se préoccupent de l'activité clinique. Leur différence fondamentale réside donc dans le champ respectif de l'évaluation éthique qu'ils sont chargés de faire.

Depuis 1978, c'est par l'entremise des *Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains* que le Conseil de recherches médicales du Canada a, pour sa part, intégré les comités d'éthique pour la recherche à un processus décisionnel désormais collectif et organisé. Au contraire, l'intervention des comités d'éthique clinique fait le plus souvent suite à des initiatives provenant du milieu

institutionnel. C'est ce qui explique en partie leur caractère à la fois particulier et «pluriel», multiforme. L'enquête menée conjointement par le Groupe de recherche en éthique médicale de l'Université Laval et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec révèle qu'il existait, en 1991, 94 comités d'éthique répartis comme suit: 38 comités d'éthique clinique, 41 comités d'éthique pour la recherche et 15 comités d'éthique traitant de la clinique et de la recherche[3].

Qu'ils se consacrent à l'activité clinique ou à l'activité scientifique, les comités d'éthique participent sans nul doute d'un vaste mouvement marqué au coin d'une affirmation de plus en plus nette de ce qu'on a appelé le «pouvoir moral». Clairement et formellement garants du caractère éthique des recherches scientifiques réalisées dans un établissement avec l'appui du Conseil de recherches médicales du Canada, les comités d'éthique pour la recherche possèdent le pouvoir de juger de la conformité des normes que les chercheurs et les chercheuses, qui sollicitent des fonds auprès de cet organisme, ont le devoir de respecter. Or nous le verrons, bien que l'implantation d'un comité d'éthique clinique, dans un centre hospitalier notamment, puisse témoigner d'une volonté de paver la voie à une meilleure intégration de l'éthique à la pratique médicale, la portée juridique de ses avis n'est pas à proprement parler aussi contraignante que peut l'être celle qui ressort de l'activité d'un comité d'éthique pour la recherche.

En effet, réponse institutionnelle aux difficultés liées à la prise de décision médicale et devant permettre «une réflexion sereine sur les choix éthiques et technologiques», le rôle qui échoit au comité d'éthique clinique est posé, dans plusieurs forums, en des termes qui écartent de manière non équivoque l'idée que sa volonté soit imposée:

*[s]on rôle est moins d'établir des dogmes que de faire l'état des lieux, de formuler les questions, de mettre en évidence les enjeux et les conséquences des différents choix possibles, de définir le champ du possible et de l'acceptable, de permettre une relative maturation éthique.[4]*

Dans d'autres forums cependant, et dès l'origine de leur développement, on les a associés “ certes à des degrés divers “ à des mécanismes de résolution de conflits éthiques[5]; une association qui, en raison de la menace du caractère obligatoire qu'elle porte, se traduit ni plus ni moins en une véritable inquiétude. On craint aussi que les tribunaux respectent la recommandation émise par un comité d'éthique clinique.

Or, dans les affaires *Hôpital Charles-Lemoyne c. Forcier*, *Cité de la Santé de Laval c. Lacombe* et *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*[6], la Cour supérieure devait ordonner aux requérants de soumettre, dans un premier temps, au comité d'éthique de l'établissement, un rapport écrit sur la condition de l'intimé, le patient, sur les traitements et les médicaments qui lui sont administrés, sur l'évolution de son état de santé de même que sur sa réaction à ces traitements. Dans un deuxième temps, le Tribunal ordonnait que copie de ce rapport soit versée au dossier de la Cour et transmis à toutes les parties au dossier. Enfin, dans un troisième temps, tout conflit ou toute divergence d'opinion entre le comité d'éthique et le médecin traitant devait être porté à l'attention du Tribunal.

Ce type d'ordonnance judiciaire, que d'aucuns pourraient qualifier d'accroc important à la liberté et à l'autonomie professionnelle du médecin, est tout à fait nouvelle dans l'histoire des comités d'éthique clinique. En effet, traditionnellement, ces structures exercent des fonctions qui semblent participer d'un tout autre ordre, savoir l'assistance et le conseil, l'éducation, l'élaboration de politiques hospitalières et enfin “ bien qu'elles ne fassent pas l'objet d'un consensus “, la consultation individuelle et la médiation. Dans le contexte de leur émergence au Québec, contrairement à la situation qui prévaut aux États-Unis notamment, il n'a pas été question, du moins jusqu'à présent, de faire mention des comités d'éthique

clinique dans le processus de prise de décision judiciaire. Du reste, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces fonctions, pour des fondements qui trouvent leurs sources dans l'ordre juridique ou en périphérie de cet ordre, notre recherche a démontré qu'un établissement ne peut, dans l'état actuel du droit québécois, investir un comité d'éthique clinique de pouvoirs susceptibles d'emporter des effets obligatoires.

Dans le cadre de ce court commentaire, nous comptons décrire, dans un premier temps, les contextes factuel et juridique à l'intérieur desquels ces jugements ont été rendus **(I)**. Par une analyse de la mission des comités d'éthique clinique plus précisément<sup>[7]</sup> et des objectifs qui ont été les leurs depuis leur fondation, nous tenterons ensuite une explication des fondements sur lesquels pourraient reposer ces initiatives judiciaires **(II)**.

## **I. LES DÉCISIONS JUDICIAIRES PERTINENTES EN L'ESPÈCE**

Dans ces trois affaires, l'établissement et son directeur des services professionnels requéraient du Tribunal l'autorisation d'administrer des traitements médicaux à un patient, le plus souvent une médication antipsychotique, malgré son refus d'y consentir. L'article 19.4 du *Code civil du Bas Canada* a constitué le fondement juridique commun à toutes ces requêtes:

*L'autorisation du Tribunal est requise en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins pour un mineur ou un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte refuse catégoriquement de recevoir des soins, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas d'urgence ou de soins d'hygiène.*

Avec les articles 19.1 à 19.3, introduits dans le *Code civil du Bas Canada* en 1990<sup>[8]</sup>, rappelons que cette nouvelle disposition législative s'inscrit dans un contexte d'énonciation qui affirme avec force le principe de l'inviolabilité de la personne humaine. En effet, à son article 19, le *Code civil du Bas Canada* dispose que: «La personne humaine est inviolable. Nul ne peut porter atteinte à la personne d'autrui sans son consentement ou sans y être autorisé par la Loi»<sup>[9]</sup>.

Par conséquent, il faut comprendre que l'autorisation judiciaire de passer outre au refus d'une personne majeure inapte de recevoir des soins médicaux possède un caractère résolument exceptionnel<sup>[10]</sup>. La démarche qui doit caractériser ce type de décision se fait en deux étapes soit, la première, de déterminer si le patient est effectivement apte à refuser le traitement suggéré par les requérants **(A)**. Dans la négative, le Tribunal doit se prononcer, dans une seconde étape, sur la question de savoir s'il y a lieu d'autoriser le traitement proposé par les requérants suivant les critères établis par la loi **(B)**. Enfin, dans la première affaire *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*<sup>[11]</sup>, la juge LeBel ajoute la condition de la forme que doit revêtir l'autorisation, le cas échéant **(C)**.

### **A. L'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser**

À l'évidence, le débat judiciaire est né chaque fois du refus catégorique du patient de recevoir les traitements proposés par le médecin traitant. Dans tous les cas, ces patients souffraient de troubles d'ordre psychiatrique. En effet, qu'il s'agisse de «problèmes de comportement et de troubles de la

pensée», «d'un trouble délirant "paranoïde"» ou «d'une perte de contact avec la réalité», la preuve soumise au Tribunal a révélé que l'état clinique de Forcier, de Lacombe et de Blais requérait effectivement des soins psychiatriques. Cependant, tel que le précise le juge Marx dans l'affaire *Lacombe*, «il n'y a pas de présomption à l'effet que la personne qui subit des traitements d'ordre psychiatrique est inapte à donner un consentement quant à ses soins médicaux. Chaque cas est un cas d'espèce»<sup>[12]</sup>. Aussi, dans ces trois affaires, les juges ont tour à tour procédé à une analyse de la preuve afin d'apprécier véritablement l'aptitude des patients à consentir à ces soins avant de conclure effectivement qu'ils étaient incapables à donner un consentement valable. Notons que cette analyse a également pour principal cadre de référence le respect de l'inviolabilité et de l'intégrité de la personne humaine:

*[L]e respect de l'inviolabilité et de l'intégrité de la personne humaine exige que le critère utilisé pour déterminer si une personne est ou non apte à refuser son consentement à un traitement soit assez strict pour que le recours à un tiers décideur, qu'il s'agisse d'un mandataire ou du Tribunal, ne devienne pas une technique pour priver une personne de son droit de refuser un traitement recommandé par ses médecins traitants.*<sup>[13]</sup>

## **B. L'autorisation judiciaire de traitement**

À l'article 19.3 du *Code civil du Bas Canada*, le législateur précise en ces termes les paramètres qui doivent guider la personne qui consent à des soins pour autrui:

*Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu exprimer. S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins sont bénéfiques, malgré leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait espéré.*

Encore une fois, à la lumière de la preuve, et après avoir analysé le but, la nature et les effets des médicaments que le médecin traitant se proposait d'administrer, les juges LeBel, Marx et Mercure ont effectivement conclu au respect des critères établis plus précisément par le dernier alinéa de l'article 19.3 C.c.B.C. Par conséquent, il était éminemment souhaitable et raisonnable de procéder à l'autorisation de traiter contre la volonté des intimés, mais pour une période circonscrite dans le temps soit, dans tous les cas, pour une période d'une année.

## **C. La forme de l'autorisation judiciaire de traitement**

L'intérêt du patient a fondé les décisions judiciaires d'autoriser l'application de traitements, bien que les patients les aient refusés catégoriquement dans tous les cas. Mais il a fallu que les tribunaux ajoutent qu'il était également dans leur intérêt que leur médecin traitant transmette, à une structure bioéthique, un rapport écrit portant sur la condition du patient ainsi que sur les traitements qui lui sont administrés.

À l'origine, la première décision judiciaire rendue dans le cadre de l'autorisation prévue à l'article 19.4 du *Code civil du Bas Canada* impliquait également le Curateur public qui avait «fortement insisté pour que l'ordonnance du Tribunal décrive de façon précise les traitements ou les soins que Pinel sera autorisé à administrer à Michel Blais, afin que *l'autorisation ne devienne pas un simple blanc-seing* donné au médecin traitant»[\[14\]](#).

D'un côté, l'on retrouve le Curateur public, qui revendique au nom de l'intérêt du patient qu'il soit prévu dans l'ordonnance judiciaire un plan de traitement précis et, de l'autre, le médecin, au nom du même principe et évoquant «son meilleur jugement professionnel», qui revendique le droit d'obtenir du Tribunal toute la latitude nécessaire à une application adéquate du traitement autorisé suivant l'évolution de la condition du patient. Confrontée à l'obligation de trancher, la juge LeBel, dans le souci de servir les intérêts du patient, refuse tant la solution qui consiste à régler à l'avance et dans le détail toutes les modalités du traitement[\[15\]](#) que celle qui consiste à autoriser un plan de traitement trop large. Néanmoins, dans un même souffle, madame la juge LeBel soumet qu'il serait «approprié de prendre certaines mesures pour s'assurer que les droits de Michel Blais seront respectés et pour vérifier que les traitements administrés resteront dans les paramètres de ce qui a été proposé au Tribunal et jugé acceptable»[\[16\]](#).

Aussi, il faut reconnaître que c'est essentiellement dans le choix d'une solution mitoyenne que le recours au comité d'éthique s'inscrit: l'autorisation judiciaire de traiter sera donc mise en oeuvre au moyen de la création d'une obligation pour le médecin traitant de rendre compte périodiquement de sa démarche thérapeutique, par écrit, à différentes parties, dont le comité d'éthique de l'établissement.

Le Tribunal s'acquitte alors de son devoir de veiller à la protection des personnes incapables ou inaptes, qui trouverait sa source dans la doctrine de *parens patriae*[\[17\]](#), en élargissant le cercle des personnes qui seront informées de la mise en oeuvre de l'autorisation judiciaire et en se chargeant de la résolution d'un conflit, le cas échéant. Cette dernière remarque nous semble plus particulièrement importante en regard de l'analyse des pouvoirs qui auraient été dévolus aux comités d'éthique par ces récentes décisions. En effet, dans tous les cas, il faut reconnaître que le Tribunal n'abdique pas ses pouvoirs dans la mesure où les conflits continuent d'être gérés et résolus par lui: «Il y a lieu [...] d'aviser le Tribunal de tout conflit ou de toute divergence d'opinion entre le comité d'éthique et le médecin traitant»[\[18\]](#). De surcroît, le domaine d'intervention du comité d'éthique dans le cadre de la mise en oeuvre de l'autorisation judiciaire de traitement semble explicitement restreint par le juge à celui de son évaluation éthique:

*Le Tribunal ordonne donc que le rapport mensuel du médecin traitant soit soumis au comité d'éthique [...] afin de lui permettre de s'assurer que le traitement [du patient] demeure conforme aux règles de l'éthique.*[\[19\]](#)

L'évaluation clinique de l'acte, à proprement parler, continuerait probablement d'être faite par le médecin traitant. La mission confiée au comité par le Tribunal n'est pas non plus nouvelle dans l'histoire de ces structures. Elle serait conforme, comme nous le verrons, à l'esprit qui a animé leur émergence. Le seul élément nouveau concerne, par une mention judiciaire, la référence obligatoire à un comité d'éthique. Jusqu'à ce jour, nous n'avons recensé qu'une seule décision où le Tribunal aurait procédé sensiblement de la même façon.

En effet, dans l'affaire *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Dion*[\[20\]](#), le Tribunal avait également ordonné l'évaluation du cas de l'intimé par un groupe de personnes réunies dans «un comité médical

spécial». Dans ce cas précis toutefois, c'est à l'initiative du requérant qu'avait été émise l'idée d'une telle évaluation et dans le souci, citons les propos du directeur général de cet établissement, de «[faire] le nécessaire pour prodiguer le traitement tout en respectant les droits de la personne»[21].

## II. UNE EXPLICATION DES FONDEMENTS DE CES INITIATIVES JUDICIAIRES

Lors d'une rencontre internationale[22] qui se tenait à Québec, au mois de septembre 1992, entre philosophes, juristes et différents professionnels de la santé préoccupés par la question des comités d'éthique dans les établissements, et alors que nous les informions de ce nouveau courant jurisprudentiel, certains médecins se sont interrogés sur le bien-fondé de confier à un comité d'éthique la tâche de surveiller l'application du traitement imposé par un tribunal. Il semble que la question ne portait pas tant sur la pertinence d'une telle surveillance mais bien sur le forum choisi pour ce faire. On a évoqué que d'autres structures qui, à l'inverse des comités d'éthique clinique, sont créées par la loi et existent déjà dans l'établissement, pourraient jouer ce rôle d'une manière tout à fait adéquate, comme le comité d'évaluation médicale et dentaire. C'est par ailleurs la solution que devait retenir la Cour supérieure dans la plus récente affaire *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*[23].

Force est de constater qu'effectivement, à ce jour, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* “ dans son ancienne comme dans sa nouvelle version “ ne prévoit pas expressément la formation d'un comité d'éthique clinique[24]. Nous croyons cependant que les principales instances décisionnelles d'un établissement peuvent, tantôt en vertu d'un pouvoir général d'administrer les affaires d'une corporation, tantôt en vertu d'un pouvoir discrétionnaire prévu dans la loi, prendre l'initiative de former une telle structure et de lui conférer un certain nombre de fonctions et de pouvoirs.

Pour expliquer, au moins partiellement, l'origine de ces ordonnances judiciaires, nous avons choisi de traiter, d'une part, de l'intérêt du patient (A) et, d'autre part, de l'aspect qui concerne plus particulièrement la référence obligatoire à un comité d'éthique (B).

### A. L'intérêt du patient

Le «meilleur intérêt du patient» constitue donc la pierre angulaire de l'argumentation sur laquelle reposent les décisions rendues par la Cour supérieure dans ces trois affaires en même temps que du droit applicable prévu aux articles 19 à 19.4 du *Code civil du Bas Canada*. L'examen des fondements de l'émergence des comités d'éthique clinique et des comités d'éthique pour la recherche, tant sur le plan international que sur le plan national ou local, révèle qu'il n'est pas surprenant que ces instances soient liées à un processus qui vise à mieux protéger l'intérêt des patients. En effet, parmi les facteurs de leur émergence, celui de la protection et de la promotion de l'intérêt des personnes figure au premier plan de ce qui devait amener les institutions à les créer.

En ce sens, il n'est pas faux de croire que l'action et la réflexion menées au sein d'un comité d'éthique visent notamment la matérialisation du principe juridique du respect et de la dignité de la personne humaine, en l'occurrence le patient. Une mission d'autant plus importante qu'il semble ressortir de certaines études que les types de conflits de valeurs auxquels on doit faire face le plus fréquemment au chevet du malade sont précisément l'acharnement thérapeutique et le non-respect de la volonté du patient[25].

Dans le contexte de conflits éthiques, un comité d'éthique aurait pour mission d'aider tous les intervenants " professionnels de la santé, familles et patients surtout " à prendre une décision qui reflète réellement les meilleurs intérêts du patient en tenant compte de tous les éléments à considérer dans le processus de prise de décision médicale[26]. À cet égard, les ouvrages qui traitent de ce sujet ont bel et bien précisé qu'il pouvait aussi s'agir d'assurer une révision périodique des décisions relatives à des patients incapables et de les transmettre, au besoin, au forum judiciaire[27].

## **B. La référence obligatoire au comité**

Dans la mesure où, dans l'état actuel du droit, le comité d'éthique exerce ce rôle et les différentes fonctions qui lui sont traditionnellement assignées sans véritable pouvoir décisionnel, il semble clair que la responsabilité professionnelle des médecins dans sa dimension éthique et déontologique n'est pas occultée mais au contraire vivement interpellée. En effet, le rôle d'un comité d'éthique n'est pas de remplacer, mais bien de soutenir et d'assister les véritables décideurs: présumé autrement irait, du reste, à l'encontre du droit[28].

Il faut savoir que l'autorité des comités d'éthique clinique peut varier en fonction de deux paramètres suivant le caractère facultatif ou obligatoire de leur saisine et le caractère facultatif ou obligatoire de leur recommandation. Notre réflexion juridique sur la nature et l'étendue des pouvoirs de ces structures nous a permis de soutenir qu'on pouvait valablement envisager en droit un scénario où le comité d'éthique est doté du pouvoir d'être obligatoirement saisi de l'étude de certaines questions mais, qu'en bout de piste, il ne saurait être actuellement question de leur conférer des pouvoirs contraignants.

La Commission de réforme du droit du Canada et la Commission présidentielle américaine ont par ailleurs rappelé la primauté du rôle du médecin dans l'affirmation du caractère éthique de la décision médicale[29].

## **CONCLUSION**

On peut penser que c'est en raison de l'essence même de l'éthique qu'il est difficile d'imaginer qu'un comité d'éthique clinique soit doté de pouvoirs susceptibles d'emporter des effets obligatoires. Le Comité consultatif national d'éthique français n'a-t-il pas écrit: «L'éthique ne se décrète pas. Sa formulation est un élément de la réflexion collective et individuelle. Une invitation aux questions, une incitation à leur résolution. Elle ne saurait être imposée»?

Toutefois, on pourrait également envisager la norme éthique comme inspiratrice du droit et potentiellement obligatoire dans la mesure où elle constituerait une référence que le juge retiendrait pour établir, notamment, l'existence d'une faute professionnelle. Il nous paraît nécessaire d'engager une véritable réflexion sur la notion de standard et sur l'observation des processus par lesquels des normes non juridiques passent dans l'ordre juridique et deviennent ainsi des obligations. La question importante de savoir s'il est souhaitable que les comités d'éthique soient aussi intimement liés à l'évaluation judiciaire de la conduite professionnelle d'un médecin demeure toutefois entière.



Version actualisée en septembre 1992 du texte publié dans (février 1992) XXXIII *Bulletin de la Corporation professionnelle des médecins du Québec* 41.

[2] Avocate au Centre de recherche en droit public de l'Université de Montréal et candidate au doctorat en droit.

[3] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les comités d'éthique au Québec " Guide des ressources*, Québec, Publications du Québec, 1991. Cette enquête fait nettement ressortir que ces structures sont à «géométrie variable».

[4] Jean-Pierre CHEVÈNEMENT, «Des principes résolument universels», dans M. AZOULAI et P. JOUANNET (dir.), *L'éthique corps et âme*, Paris, Éditions Autrement, 1987, p. 72.

[5] Il ressort toutefois d'une étude menée récemment à Montréal que l'équipe soignante demeure le lieu de résolution des conflits de valeurs le plus important. Les comités d'éthique et les tribunaux interviendraient rarement et en dernière instance. Par conséquent, le rôle d'un comité d'éthique serait surtout de nature éducative. Voir, à ce sujet, Yvette LAJEUNESSE, Charles-Henri RAPIN et David J. ROY, *Fréquence, types de conflits de valeurs et lieux de résolution des problèmes rencontrés dans la pratique des soignants auprès des malades: résultats préliminaires de deux projets-pilotes*, Montréal, 1992 (document inédit).

[6] *Hôpital Charles-Lemoyne c. Forcier*, C.S. Longueuil, no 505-05-002293-915, 24 janvier 1992, j. Mercure; *Cité de la Santé de Laval c. Lacombe*, [1992] R.J.Q. 58 (C.S.); *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*, [1991] R.J.Q. 1969 (C.S.) et C.S. Montréal, no 500-05-018547-925, 17 décembre 1992, j. Denis (dont nous traiterons ultérieurement), ci-après respectivement désignés «*Forcier*», «*Lacombe*» et «*Blais*». Notons que cette dernière abréviation désignera à chaque fois la première affaire rendue dans *Institut Philippe-Pinel c. Blais* et non la seconde.

[7] À l'exception de l'affaire *Blais*, précitée, note 4, où il était question de s'en référer à un comité d'éthique pour la recherche, ces décisions judiciaires (précitées, note 4) mettent en cause des comités d'éthique clinique. Il faut savoir cependant que c'est en raison de l'absence d'un comité d'éthique clinique dans cette institution que la juge LeBel confie cette tâche au comité d'éthique pour la recherche. Elle va jusqu'à dire, à la page 1979: «Malheureusement, il ne semble pas que Pinel ait jugé nécessaire ou opportun de se doter d'un véritable comité d'éthique, bien qu'il existe un comité d'éthique à la recherche».

[8] *Loi sur le Curateur public et modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 1989, c. 54.

[9]

À l'article 19.1, le législateur a prévu que: «Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, qu'elle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Si l'intéressé est inapte à consentir à des soins ou à les refuser, une personne qui est autorisée par la loi ou par mandat le remplace». Ce principe fondamental trouve également écho à l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, L.Q. 1975, c. 6, et à l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (1982, R.-U., c. 11)].

[10] Voir, à cet effet, *Blais*, précité, note 4, 1973; *Forcier*, précité, note 4, 20; le juge Durand l'avait également souligné, en 1983, dans *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Dion*, [1983] C.S. 438.

[11] Précitée, note 4, 1978 et suiv.

[12] Précitée, note 4, 60.

[13] *Blais*, précité, note 4, 1973 et 1974 (nous avons souligné). Nous ne reprenons pas ici les règles qui servent à déterminer l'aptitude d'une personne à consentir à un traitement puisque cela déborderait l'objet de ce commentaire. Citons, pour l'essentiel, un passage de la juge LeBel sur cette question dans l'affaire *Blais*, à la page 1973:

«La capacité de consentir à un traitement ou de le refuser ne s'apprécie pas en fonction de la situation de l'individu mais en fonction de son autonomie décisionnelle et de sa capacité de comprendre et d'apprécier ce qui est en jeu».

Dans cette affaire, bien qu'il soit détenu dans un hôpital psychiatrique et qu'il ait été acquitté pour cause d'aliénation mentale, le tribunal affirme qu'il faut présumer que le patient est bel et bien apte. Au même effet, voir *Forcier*, précité, note 4, 8 et suiv.; *Lacombe*, précité, note 4, 60 et 61. On verra également Scott DUNBAR, «Mental Illness and medical ethics», (1991) *Journal of medical ethics*; Jean-Pierre MÉNARD, «Les nouvelles règles relatives au consentement aux soins médicaux», dans *Congrès annuel du Barreau du Québec (1991)*, Montréal, Service de la formation permanente, 1991, p. 667; Lorne E. ROZOVSKI et Fay A. ROZOVSKI, *The Canadian law of consent to treatment*, Toronto,

Butterworths, 1990; COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Désordre mental dans le processus pénal*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1977.

[14] *Blais*, précité, note 4, 1978 (nous avons souligné). Le Curateur public était également mis en cause dans *Forcier*, précité, note 4; *Lacombe*, précité, note 4 et *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Dion*, précité, note 8. C'est dans *Blais* cependant que les fondements du recours à un comité d'éthique sont le plus amplement explicités. Voir aussi *Code de procédure civile*, L.R.Q., c. C-25; *Loi sur le Curateur public*, L.R.Q., c. C-81.

[15] *Blais*, précité, note 4, 1978: «Le Tribunal n'a pas l'expertise voulue pour prendre une telle décision. [...] Quoi qu'il en soit, il ne serait pas approprié que les médecins traitants doivent revenir devant le Tribunal de façon répétée pour être autorisés à modifier les dosages ou pour faire entériner un changement de médication. On voit mal comment une telle procédure servirait l'intérêt du patient ou comment elle serait de nature à sauvegarder sa dignité ou son intégrité physique...» (nous avons souligné). Le juge Mercure reprend également cet argument dans *Forcier*, précité, note 4, 19.

[16] *Blais*, précité, note 4, 1978 et 1979; repris tel quel par le juge Marx dans *Lacombe*, précité, note 4, 62.

[17] Les articles 19.1 à 19.4 C.c.B.C. n'existant pas en 1983, c'est en s'appuyant sur la doctrine de *parens patriae*, qu'il explique dans son jugement, que le juge Durand justifiait l'intervention du Tribunal. Voir, *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Dion*, précité, note 8, 440 et 441.

[18] *Blais*, précité, note 4, 1979; *Forcier*, précité, note 4, 25; *Lacombe*, précité, note 4, 62.

[19] *Blais*, précité, note 4, 1979 (nous avons souligné). Notons que cet aspect n'a été précisé par le juge que dans cette décision.

[20] Précitée, note 8.

[21] *Id.*, 443.

[22] UNIVERSITÉ LAVAL, FACULTÉ DE PHILOSOPHIE, Session internationale d'été 1992, «Les comités d'éthique des hôpitaux: objets et problématiques», organisée par le Groupe de recherche en éthique médicale où l'auteure a présenté une conférence intitulée «*Réflexions sur la portée juridique d'une norme d'application volontaire: le cas des normes produites par les comités d'éthique clinique*».

[23] Précitée, note 4. Bien qu'il s'agisse cette fois d'une instance différente du comité d'éthique, soit le sous-comité d'évaluation médicale et dentaire, il convient de souligner que l'obligation du médecin traitant de rendre compte de sa démarche thérapeutique à un groupe de personnes demeure intacte. Soulignons également que la décision rendue par le juge André Denis à cette occasion ne comporte pas d'éléments qui permettent d'expliquer un tel changement.

Cependant, le Dr Jacques Voyer, psychiatre, impliqué dans ce dossier, écrivait au mois de décembre 1992: «Confier ensuite le mandat de supervision d'un traitement «forcé» à un comité de bioéthique ou à un comité d'éthique à la recherche comme les tribunaux ont tendance à le faire depuis l'affaire *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Michel Blais et le Curateur public*, mis en cause, traduit aussi l'ignorance que peuvent avoir les milieux judiciaires quant à la nature, la mission, les responsabilités des compétences des structures hospitalières existantes.»

On verra Jacques VOYER, «Retard mental et maladies mentales: considérations cliniques et récentes controverses relativement aux personnes inaptes», dans SERVICE DE LA FORMATION PERMANENTE DU BARREAU DU QUÉBEC, *Le droit des personnes inaptes (1992)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1992, p. 59.

Enfin, nous reproduisons les dispositions pertinentes du texte de l'article 103 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* qui décrit les fonctions assumées par un comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique:

«2. juger de la qualité et de la pertinence des soins médicaux et dentaires, ainsi que des services pharmaceutiques, donnés aux bénéficiaires».

[24] Mentionnons que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1991, c. 42, art. 233, généralement désignée la loi, prévoit l'obligation pour tout établissement de se doter d'un code d'éthique. Il est également fait mention d'un «comité d'éthique» dans le nouveau *Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64, art. 21.

[25] On verra notamment Y. LAJEUNESSE, C.-H. RAPIN et D.J. ROY, *op. cit.*, note 3; John LA PUMA, «An Ethics Consultation Service in a Teaching Hospital: Utilization and Evaluation», (1988) 260 *JAMA* 808.

[26] On verra notamment Hubert DOUCET, «Ethics Committees: Protection for Patients», (1985) 9 *Hosp. Trustee* 27; W. GREEN, «Setting Boundaries for Artificial Feeding», (1984) 14 *Hastings Cent. Rep.* 8; J.D. SEAY, «On forming an institutional ethics committee: the dilemmas 'dilemma' », (1985) 61 *Bull NY Acad Med* 842.

[27] On verra notamment A. BUCHANAN, «Medical Paternalism or Legal Imperialism: not the only Alternatives for handling Saikewicz-type cases», (1979) 5 *Am J Law Med* 110; Cynthia B. COHEN, «Interdisciplinary consultation on the care of the critically ill and dying: the role of one Hospital Ethics Committee», (1982) 10 *Crit. care Med* 776.

[28] En effet, s'il fallait admettre que les activités exercées par un comité d'éthique clinique puissent relever du domaine de l'acte médical, cela constituerait probablement un empiétement dans le champ exclusif de l'exercice de la médecine au sens des dispositions de la *Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9.

[29] Voir Edward KEYSERLINGK, «Review of Report: Deciding to forego life-sustaining treatment», (1984) 4 *Health Law Can* 103, 104; COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Pour un Conseil consultatif canadien d'éthique biomédicale*, Document d'étude « Série Protection de la vie » préparé par Jean-Louis BAUDOIN, Monique OUELLETTE et Patrick A. MOLINARI, Ottawa, p. 9.

-----