

**LE MIRAGE JURIDIQUE DU REFUS DE SOINS PSYCHIATRIQUES DE LA
PERSONNE MINEURE DE 14 ANS ET PLUS**

MARIANNE TÉTREULT

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme de
Maîtrise en droit

Faculté de droit
Université d'Ottawa

REMERCIEMENTS

À ma directrice, Emmanuelle Bernheim pour son support indéfectible, ses commentaires toujours pertinents et sa disponibilité.

À l'Observatoire des profilages, la Faculté de droit – section de droit civil de l'Université d'Ottawa, le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et le Fonds de recherche du Québec pour la Société et la Culture (<https://doi.org/10.69777/329757>), pour les bourses de maîtrise qu'ils m'ont octroyées et qui ont m'ont permis de me concentrer à la réussite de ce projet de recherche.

À toutes les personnes qui ont consenti à me partager leur expérience en pédopsychiatrie, je vous remercie de m'avoir permis d'amener un côté humain derrière les mots de la doctrine et de la jurisprudence.

À ma famille, présente depuis toujours, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'encourager à aller au bout de mes ambitions. Un merci particulier à mes parents pour leurs commentaires toujours justes et pour votre amour inconditionnel qui a alimenté la juriste humaniste derrière ce travail. À Audrée, merci d'avoir vu la pertinence de cette recherche dès le départ et d'avoir toujours été volontaire pour discuter avec moi de ce projet.

Pour terminer, je ne pourrais remercier assez mon conjoint qui, dans les montagnes russes des études supérieures, est resté mon socle pour me ramener à terre et m'aider à retrouver le chemin de la fin de la thèse.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT.....	ix
LEXIQUE	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 – Fondements juridiques et contexte entourant le consentement et le refus de soins psychiatriques des personnes mineures de 14 ans et plus.....	9
1.1 Cadre juridique.....	9
1.1.1 Le consentement aux soins : généralités et particularités pour les personnes mineures de 14 ans et plus	11
1.1.2 Le refus de soins de la personne mineure de 14 ans et plus	40
1.1.3 Compétence judiciaire pour outrepasser le refus de soins d’une personne mineure de 14 ans et plus.....	44
1.2 – Contexte sociohistorique et état des connaissances	60
1.2.1 Refus de soins psychiatriques au Québec et ailleurs : état des pratiques..	61
1.2.2 La personne mineure de 14 ans et plus qui refuse un soin psychiatrique : constat du quasi-vide scientifique.....	73
CHAPITRE 2 - Cadres théorique et méthodologique - Aux racines de la normalisation vécue par les personnes mineures	85
2.1 Pourtours théorique du genre et de la normalisation	85
2.1.1 Genre.....	87
2.1.2 Normalisation.....	91
2.2 Questions de recherche	98
2.3 Approche méthodologique.....	99
2.3.1 Méthode qualitative et étude de cas	100
2.3.2 Démarche méthodologique – Recherche documentaire et entretiens	106
2.3.3 Considérations éthiques	115
2.3.4 Stratégies d’analyse des données	117
2.4 Limites de la recherche	121
2.5 Posture de la chercheuse	123

CHAPITRE 3 - La difficile expression du refus de soins ou l'obstacles de la normalisation à son expression par la personne mineure de 14 ans et plus	125
3.1 Présentation générale des résultats.....	126
3.1.1 Éléments contextuels des jugements.....	126
3.1.2 Éléments contextuels des entretiens.....	139
3.1.3 Le rôle joué par les professionnelles de la santé et des services sociaux	144
3.2 Le consentement aux soins et ses dérivés informels.....	150
3.3 L'obstacle de la normalisation dans l'expression d'un refus de soins : ramener l'adolescente déviante sur « le droit chemin ».....	163
3.3.1 Collaborer, consentir, se prendre en main : procédés de normalisation	164
3.3.2 L'adolescente normale	169
3.3.3 Une adolescente normale ne refuse pas un soin.....	193
CONCLUSION.....	200
BIBLIOGRAPHIE.....	210
ANNEXE I.....	232
ANNEXE II	234
ANNEXE III.....	236
ANNEXE IV.....	237
ANNEXE V	238
ANNEXE VI.....	239
ANNEXE VII.....	241
ANNEXE VIII	243
ANNEXE IX.....	245
ANNEXE X	246

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Intervention de la DPJ à la suite d'un signalement	54
Tableau 2 - Mots-clés utilisés	108
Tableau 3 - Portrait de l'échantillon et des critères de recrutement	114
Tableau 4 - Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes	131
Tableau 5 - Origine du signalement à la protection de la jeunesse.....	133
Tableau 6 - Durée des ordonnances	134
Tableau 7 - Situations de scolarisation	137
Tableau 8 - Représentation et présence à l'audience	138
Tableau 9 - Caractéristiques sociodémographiques des participantes	139
Tableau 10 - Durée des contacts avec la pédopsychiatrie.....	141
Tableau 11 - Enjeux de santé mentale touchant les participantes.....	141
Tableau 12 - Facteurs identifiés par les participantes pour décrire leur expérience en pédopsychiatrie	144
Tableau 14 - Professionnelles de la santé et des services sociaux dont l'intervention a été relevée par les participantes	145
Tableau 15 - Professionnelles de la santé ayant témoigné.....	147
Tableau 16 - Objets des principales interventions des professionnelles devant chaque tribunal	148
Tableau 13 - Punitions vécues par les participantes en centre de réadaptation ou à l'hôpital	157
Tableau 17 - Traitement de la question de la médication dans le corps de la décision ..	188
Tableau 18 - Médicaments discutés*	189

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Spectre observé du consentement aux soins	151
Figure 2 - Définition de l'adolescente normale (triade de la normalité).....	177

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

C.c.Q.	Code civil du Québec
CDI	Code de déontologie des infirmières et infirmiers
CDM	Code de déontologie des médecins
Charte canadienne	Charte canadienne des droits et libertés
Charte québécoise	Charte québécoise des droits et libertés de la personne
Ch.j.	Chambre de la jeunesse
Commission Laurent	Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse
Cpc	Code de procédure civile
CQ	Cour du Québec
CRDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CS	Cour supérieure
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LPSP	Loi sur la protection de la santé publique
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
TCA	Trouble du comportement alimentaire
TCS	Troubles de comportements sérieux
TDA/TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

RÉSUMÉ

Au Québec, la loi prévoit qu'une personne mineure de 14 ans et plus peut consentir seule aux soins requis par son état de santé. Cependant, les rares études sur le refus de soins pédopsychiatriques laissent entrevoir des conditions troubles sur le respect du consentement aux soins. Cette thèse s'intéresse aux obstacles à l'expression d'un refus de soins psychiatriques par la personne mineure de 14 ans et plus. Suivant une approche inductive et une méthode qualitative, des jugements de la Cour supérieure et de la Cour du Québec (Chambre de la jeunesse) émis à la suite d'un refus de soins psychiatriques par une personne mineure de 14 ans et plus ont été analysés et cinq entretiens ont été menés. Les résultats démontrent un processus de normalisation par l'institution judiciaire de l'adolescente qui refuse un soin psychiatrique. Il semble qu'il ne soit pas possible de refuser un soin psychiatrique pour la population étudiée.

Mots-clés : consentement aux soins, refus de soins, mineur, soins psychiatriques, quatorze ans et plus, autorisation de soins, protection de la jeunesse, hospitalisation involontaire, normalisation

ABSTRACT

In Quebec, the law mandates that a minor 14 years of age or over may give consent alone to the care required by their state of health. However, the limited research on the refusal of child psychiatric treatment raises important questions about the conditions under which consent to care is respected. This thesis examines the obstacles encountered by minors aged 14 and over in expressing their refusal of psychiatric treatment. Using an inductive approach and qualitative methods, judgments from the Superior Court and the Court of Quebec (Youth Division) issued following a refusal of psychiatric care by a minor aged 14 or over were analyzed, and five interviews were conducted. The results reveal a process of normalization by the judicial system of adolescents who refuse psychiatric treatment. It appears that refusal to psychiatric care is impossible for the population studied.

Keywords: consent to care, refusal of care, minor, psychiatric treatments, 14 years of age or over, authorization of care, child welfare, involuntary admission, normalization

LEXIQUE

Vu la diversité des concepts utilisés et de la multiplicité des champs lexicaux disciplinaires, ce lexique définira certains termes qui seront utilisés de façon récurrente dans cette thèse.

« **Autorisation judiciaire de soins** »

L'autorisation de soins est le jugement émis par la Cour supérieure qui se substitue à la personne mineure ou la personne majeure inapte à consentir aux soins et qui autorise un établissement de santé à la soumettre à des soins qu'elle refuse¹. Il existe trois situations où une telle autorisation peut être demandée, à l'exception des soins d'hygiène en cas d'urgence :

- 1- la personne habilitée à consentir pour elle est dans l'incapacité de le faire ou refuse les soins de manière injustifiée ;
- 2- la personne majeure inapte à consentir aux soins les refuse catégoriquement ;
- 3- la personne mineure âgée de plus de 14 ans refuse les soins².

L'autorisation de soins est soumise à un cadre juridique et procédural précis qui impose un examen en cinq étapes au Tribunal pour établir sa compétence et évaluer si la personne est bel et bien inapte, qu'elle a refusé les soins (de façon catégorique pour l'adulte) et que les soins pour lesquels l'autorisation est demandée sont requis (pour plus de détails, voir les sections 1.1.1 et 1.1.3)³.

¹ Art 16 C.c.Q. et art 33 al. 1 Cpc.

² Emmanuelle Bernheim, « Le refus de soins psychiatrique est-il possible au Québec? Instrumentalisation du droit et mission thérapeutique de la justice » (2019) 11:1 *Aporia* 28 à la p 29 [Bernheim, « Refus »].

³ *FD c Centre universitaire de santé McGill*, 2015 QCCA 1139 au para 54 [FD].

« Institution »

La notion d'institution réfère à l'« ensemble des mécanismes et structures [juridiques, sociales, politiques] encadrant la conduite des individus au sein d'une collectivité »⁴. Dans cette définition globale, on peut englober l'institution judiciaire, l'institution hospitalière et l'institution de la protection de la jeunesse. L'institution judiciaire réfère plus particulièrement à l'ensemble de l'administration de la justice, du palais de justice et des instances qui y ont lieu⁵. Le discours institutionnel fait référence aux propos tenus par les acteurs de ces institutions ; soit « l'ensemble des discours que l'on peut considérer à des degrés divers comme des discours “autorisés” dans un milieu donné »⁶. Dans le cas qui nous intéresse, ces acteurs seront les juges, médecins traitants, pédopsychiatres, intervenants sociaux et psychologues/psychothérapeutes.

« Intérêt de l'enfant »

En perpétuelle évolution⁷, à la fois principe d'interprétation, critère d'évaluation⁸ et justification de toutes décisions concernant un enfant, une définition englobante qualifierait l'intérêt de l'enfant de « “notion-cadre”, c'est-à-dire un concept évolutif englobant, à caractère variable, dont le contenu ne sera pas formellement défini »⁹. Je le conçois comme

⁴ Hubert Reid et Simon Reid, *Dictionnaire du droit québécois et canadien*, 6e éd, Montréal, Wilson et Lafleur, 2023, *sub verbo* « institution ».

⁵ Édith Perrault, *Le caractère a normal en procès : le discours judiciaire en matière de filicide : production et reproduction des normes et stéréotypes sexistes*, mémoire de maîtrise en droit, Université du Québec à Montréal, 2022 [non publiée], à la p 15.

⁶ Claire Oger et Caroline Ollivier-Yaniv, « Analyse du discours institutionnel et sociologie compréhensive : vers une anthropologie des discours institutionnels » (2003) 71 *Mots Les langages du politique* 125 à la p 128.

⁷ Andréanne Malacket, *L'intérêt de l'enfant : notion polymorphe susceptible d'instrumentalisation ou de détournement L'exemple de l'avant-projet de Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et d'autorité parentale*, thèse de doctorat en droit, Université de Montréal, 2010 [non publiée], à la p 11.

⁸ Art.33 C.c.Q..

⁹ Malacket, *supra* note 7 à la p 5.

un paradigme à la base de la conception d'un développement normal de l'enfant teinté de la perspective propre à chacun des acteurs appelés à l'interpréter dans une situation donnée. La jurisprudence nous offre différentes perspectives sur l'application de ce concept, qui est un élément important de cette thèse¹⁰.

« Ordonnance de soins »

Distincte de l'autorisation de soins, l'ordonnance de soins est plutôt une mesure ordonnée par la Cour du Québec (chambre de la jeunesse) (ci-après « Ch.j. ») en vue de mettre fin à une situation de compromission quant à la sécurité ou au développement d'une personne mineure¹¹. Plutôt que d'autoriser des soins en se substituant à la personne qui refuse, elle vise à protéger la personne mineure en enjoignant la Direction de la protection de la jeunesse (ci-après « DPJ ») à poser un acte pour que l'enfant reçoive des soins et services de santé, qu'il soit confié à un établissement de santé ou à un centre de réadaptation¹². Le régime applicable est propre à celui développé dans la *Loi sur la protection de la jeunesse* (ci-après « LPJ ») (pour plus de détails, voir la section 1.1.3).

¹⁰ Voir la section 1.1.1 pour plus d'informations sur la notion du meilleur intérêt de l'enfant.

¹¹ *Loi sur la protection de la jeunesse* RLRQ, c P-34.1, arts 38 et 91 [LPJ].

¹² Reid et Reid, supra note 4, sub verbo « ordonnance » ; arts.91 al.1 f), g), i) et j) LPJ.

La santé mentale est aujourd’hui moins une condition de l’homme, même si elle cherche à se définir ainsi, qu’une politique dont les ramifications dans l’ensemble de l’espace social sont nombreuses.
Y.Gansel¹³

INTRODUCTION

Que ce soit au Canada ou dans les autres pays du Nord global, une dégradation de la santé mentale des adolescentes¹⁴ est observée¹⁵. Au Québec, quatre troubles de santé mentale sont principalement diagnostiqués chez les élèves du secondaire : le trouble déficitaire de l’attention avec ou sans hyperactivité (ci-après « TDA/TDAH ») (25%), les troubles anxieux (20%), la dépression (7%), et les troubles du comportement alimentaire (ci-après « TCA ») (5%)¹⁶. Toutes proportions gardées, les filles sont plus nombreuses à avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux, dépression ou TCA que les garçons, qui eux sont plus nombreux à présenter un TDA/TDAH¹⁷. Le taux de diagnostic de ces quatre troubles est en hausse constante depuis 2010-2011¹⁸. Les filles de niveau secondaire sont

¹³ Yannis Gansel, *Vulnérables ou dangereux ? : Une anthropologie du souci des adolescents difficiles*, coll Sociétés, Espaces, Temps, Lyon, ENS Éditions, 2019 à la p 13.

¹⁴ J’ai fait le choix de féminiser le texte pour deux raisons. Premièrement, ma recherche s’inscrit dans une approche féministe. Cette approche se conçoit spécifiquement par l’intérêt porté aux expériences spécifiques des filles dans la judiciarisation de leur refus de soins psychiatriques et la réflexion faite sur les rapports de pouvoir qui s’exercent au sein de l’institution judiciaire, une préoccupation pratique féministe. Deuxièmement, les résultats mettent en lumière un traitement genré du refus de soins psychiatriques par la personne mineure de 14 ans et plus. Il y a en effet une surreprésentation des filles autant dans la jurisprudence collectée que dans les personnes qui ont participé aux entretiens. La féminisation du vocabulaire reflète ainsi mieux la réalité dévoilée par les résultats. Dans le cadre de cette recherche, le féminin l’emporte donc sur le masculin.

¹⁵ Issouf Traoré, Micha Simard et Dominic Julien, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. Résultats de la troisième édition – 2022-2023*, Québec : Institut de la statistique du Québec, 2024 à la p 541, en ligne : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-jeunes-secondaire-2022-2023.pdf>.

¹⁶ *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. Résultats de la troisième édition – 2022-2023*, par Issouf Traoré, Micha Simard et Dominic Julien, Québec, Institut de la statistique du Québec, décembre 2024 aux pp 541, 556 et 557, en ligne : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-jeunes-secondaire-2022-2023.pdf>.

¹⁷ *Ibid* à la p 558.

¹⁸ *Ibid* à la p 546.

proportionnellement plus nombreuses que les garçons du même âge à présenter une santé mentale qualifiée de « languissante » (15% pour les filles et 8% pour les garçons)¹⁹. D'autres caractéristiques socioéconomiques influencent négativement la santé mentale de ce groupe d'âge, soit la situation familiale, la scolarité des parents, la situation d'emploi des parents, l'aisance financière familiale et le statut d'emploi de la personne mineure²⁰.

Malgré ces statistiques, l'accès aux services de santé mentale pour cette population est encore trop difficile et nombreux sont les cris du cœur fait par les intervenants œuvrant auprès des jeunes et les jeunes eux-mêmes²¹. On observe toutefois une hausse des hospitalisations en pédopsychiatrie au Canada. Cela s'ajoute au Québec à un contexte de compressions budgétaires affectant notamment les services de santé mentale pour personnes mineures²². Alors qu'au moment de l'adolescence, les jeunes cherchent généralement à se libérer du joug parental, certains sont confrontés aux institutions hospitalières ou de protection de la jeunesse²³. En 2023-2024, la direction de la protection de la jeunesse a retenu 11 000 signalements concernant des adolescentes âgées entre 13 et 17 ans²⁴. 22% des adolescentes de 13 à 17 ans pris en charge par la protection de la jeunesse

¹⁹ *Ibid* à la p 549.

²⁰ Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, Québec, Les Publications du Québec, 2021 à la p 246.

²¹ Mouvement jeunes et santé mentale, *Le (non-)accès aux soins et services en santé mentale, Des barrières à déconstruire*, dans *Portrait Jeunes et santé mentale : Ensemble, pensons le changement*, 2025 à la p 2 et s. ; Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, *supra* note 20 à la p 246.

²² W Gary Smith, Angela Collings et Anabela Degraaf, « Young people admitted on a Form 1 to a general hospital: A worrisome trend » (2004) 9:4 *Paediatrics et Child Health* 228; Fanny Lévesque, « Compressions en santé: Québec suspend de nouveaux services aux adolescents », *La Presse canadienne* (20 février 2025) en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2025-02-20/compressions-en-sante/quebec-suspend-de-nouveaux-services-aux-adolescents.php>>.

²³ Arthur Vuattoux, *Adolescences sous contrôle : Genre, race, classe et âge au tribunal pour enfants*, Paris, Presses de Sciences Po, 2021 à la p 5.

²⁴ Les directrices et directeurs de la protection de la jeunesse / directrices et directeurs provinciaux, *Quand la violence conjugale est au cœur de la vie de l'enfant*, 2024 à la p 18.

étaient dans une situation où leur sécurité ou leur développement était compromis en raison de troubles de comportement sérieux²⁵. Le parcours des jeunes concernés est alors teinté de l'implication de l'État.

En 2019, à la suite du décès pour cause de maltraitance d'une fillette prise en charge par la DPJ, la *Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*²⁶ a été mandatée pour mettre en lumière les enjeux systémiques affectant le système de protection de la jeunesse. Suivant cette commission, nombreux ont été les articles dans les médias à soulever les failles à l'égard du respect des droits des enfants dans le traitement étatique qui leur est réservé²⁷. Les droits des personnes mineures sont souvent bafoués, voire complètement mis de côté dans les situations qui les concernent. C'est notamment pour répondre à cette problématique récurrente que la Commission Laurent a émis la recommandation de nommer une commissaire au bien-être et aux droits de l'enfant, en conformité avec la *Convention relative aux droits de l'enfant* (ci-après « CRDE »)²⁸. Le 12 mai 2025, la nouvelle commissaire au bien-être et aux droits de l'enfant est entrée en poste²⁹. Selon la *Loi sur la commissaire au bien-être et aux droits de l'enfant*, elle devra

²⁵ *Ibid* à la p 19.

²⁶ Ci-après « Commission Laurent ».

²⁷ Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, *supra* note 19 à la p 52 et s.; Nancy Audet, « Scandales à la DPJ: Et les jeunes, dans tout ça ? », *La Presse canadienne* (4 novembre 2024) en ligne: <<https://www.lapresse.ca/dialogue/opinions/2024-11-04/scandales-a-la-dpj/et-les-jeunes-dans-tout-ca.php>>; François Carabin, « Fréquenter la DPJ décuple les risques de troubles mentaux à l'âge adulte, selon une étude », *Le Devoir [de Montréal]* (27 novembre 2024) en ligne : <<https://www.ledevoir.com/societe/824516/frequenter-dpj-decuple-risques-troubles-mentaux-age-adulte-selon-etude>>; Valérie Costanzo, « Qui protège les jeunes de la DPJ? », *Le Devoir [de Montréal]* (28 décembre 2024) en ligne : <<https://www.ledevoir.com/opinion/idees/827953/protège-jeunes-dpj>>.

²⁸ *Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*, *supra* note 20 à la p 82; *Convention relative aux droits de l'enfant*, 20 novembre 1989, 1577 R.T.N.U. 3, R.T. Can. 1992 no 3 [CRDE].

²⁹ François Carabin, « Québec nomme la première commissaire aux droits des enfants », *Le Devoir [de Montréal]* (9 avril 2025) en ligne : <<https://www.ledevoir.com/politique/quebec/865702/quebec-nomme-premiere-commissaire-droits-enfants>>.

notamment veiller à la protection de l'intérêt de l'enfant en soutenant « les enfants dans l'exercice de leurs droits »³⁰. Dans le contexte actuel de la dégradation de l'état de santé mentale des adolescentes, des difficultés d'accès aux services et des manquements récurrents aux droits des enfants en protection de la jeunesse, se questionner sur le respect du droit de refuser un soin psychiatrique quand l'on est une personne mineure de 14 ans et plus est tout à fait d'actualité.

Une adolescente de 14 ans et plus peut consentir aux soins requis par son état de santé³¹. Elle peut consentir seule, sans intervention parentale, sauf en cas d'urgence, si sa vie est en danger ou son intégrité est menacée³². La loi ne fait pas de distinction entre consentement à des soins de santé mentale et des soins de santé physique³³. Pourtant, le consentement en santé mentale n'est pas sur un pied d'égalité avec celui en santé physique, que ce soit chez les personnes mineures ou majeures. Issue de pratiques médicales paternalistes, la présomption de vulnérabilité et d'inaptitude trop souvent associée aux personnes avec des enjeux de santé mentale impacte leur possibilité de consentir ou refuser réellement leurs soins. Plusieurs études établissent les difficultés de reconnaissance du droit de consentir/refuser des soins de santé mentale pour les adultes³⁴. En de telles circonstances, je suis à même de me questionner sur les difficultés que peuvent rencontrer les personnes mineures

³⁰ *Loi sur la commissaire au bien-être et aux droits de l'enfant*, RLRQ c C-32.101, art 5, al 2, par (5).

³¹ Art 14, al 2 C.c.Q..

³² Art.16, al.2 C.c.Q..

³³ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p.28.

³⁴ *Ibid* ; Richard L O'Reilly et al, « Principles Underlying Mental Health Legislation » (2010) 55:10 *Canadian Journal of Psychiatry* P1; George Szmukler et Paul S Appelbaum, « Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care » (2008) 17:3 *Journal of Mental Health* 233; Emmanuelle Bernheim, Guillaume Chalifour et Richard-Alexandre Laniel, « La santé mentale en justice - Invisibilité et déni de droits: Une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins » (2015) 9:2 *McGill Journal of Law and Health* 337.

qui souhaitent refuser des soins. En outre, les adolescentes se retrouvent dans un système juridique où il y a chevauchement de compétences entre deux tribunaux et conséquemment, des pratiques divergentes. En effet, contrairement aux autorisations de soins touchant les adultes qui sont du ressort exclusif de la Cour supérieure, il a été reconnu que pour les personnes mineures, la Ch.j. peut aussi être compétente pour rendre des ordonnances de soins si la sécurité ou le développement du jeune est compromis pour un motif prévu à la LPJ³⁵. Ce chevauchement de compétence floute les critères applicables dans l'évaluation de l'inaptitude et de la légalité du plan de soins. De plus, la présence des parents dans la vie de l'adolescente amène en soi certains mécanismes informels de détournement du droit de consentir aux soins.

La nécessité de l'implication des personnes dans la prise de décisions qui les concernent est bien reconnue³⁶. Malgré tout, en santé mentale, le droit à consentir aux soins est pris en tension entre la mise en œuvre des droits, notamment au consentement aux soins, et les intérêts cliniques des personnes³⁷. Si les recherches établissent la difficulté pour les personnes majeures issues de groupes socioéconomiquement défavorisés et racisés à exercer leur droit à refuser des soins en psychiatrie, tant en contexte québécois qu'international³⁸, les rares études en contexte pédopsychiatrique laissent entrevoir des

³⁵ Arts 38 et 91 LPJ.

³⁶ O'Reilly et al, *supra* note 34; Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, 2018.

³⁷ Maja Kolar et al, « Involuntary psychiatric treatment and the erosion of consent: A critical discourse analysis of mental health legislation in British Columbia, Canada » (2022) 27:6 *Health* 1.

³⁸ Bernheim, « Refus », *supra* note 2; Kolar et al, « Involuntary psychiatric treatment and the erosion of consent », *supra* note 37; James M Ogilvie et Steve Kisely, « Examining the health and criminal justice characteristics for young people on compulsory community treatment orders: An Australian birth cohort and data linkage study » (2022) 83 *International Journal of Law et Psychiatry* 1; Don Quang Tran, Andrew G

conditions troubles sur le respect du refus de soins³⁹. Pourtant, si l'on peut consentir, ne devrait-on pas de façon corollaire pouvoir refuser?

Dans ma pratique d'avocate, voir dans les banques de données des jugements d'autorisation de soins pour une personne mineure de 14 ans et plus est excessivement rare et l'interprétation doctrinale du C.c.Q. n'était pas logique à mes yeux : pourquoi donner à ce groupe d'âge le droit de refuser des soins si cela est impossible en pratique? Ne trouvant pas de réponse à mes questions à la lumière du droit positif, je me suis demandé comment le refus de soins psychiatriques d'une personne mineure de 14 ans et plus peut s'exprimer et comment il est traité par les institutions. L'analyse au cœur de cette thèse ne s'est donc pas limitée à une analyse du cadre juridique. Il s'agit plutôt de documenter l'expression du refus de soins pédopsychiatriques par les personnes mineures de 14 ans et plus et la réaction des institutions psychiatriques et judiciaires face à ce refus. Cette recherche n'est qu'une tentative de comprendre comment et pourquoi la réalité pratique du droit de refuser des soins requis par la personne mineure de 14 ans et plus n'est qu'un mirage juridique. L'approche féministe est mobilisée pour mettre en lumière comment le traitement du refus de soin diffère selon le genre de la personne mineure de 14 ans et plus. Ainsi, l'approche

Ryder et G Eric Jarvis, « Reported immigration and medical coercion among immigrants referred to a cultural consultation service » (2019) 56:5 *Transcult Psychiatry* 807.

³⁹ Cécile Manaouil et Agathe Berly, « Les soins sans consentement chez les mineurs » (2020) 1:6 *La Presse Médicale Formation* 582; Nicholas Léger-Riopel, « Le critère de la dangerosité et l'admission involontaire du patient mineur en matière de santé mentale : une impasse pour la pédopsychiatrie? » (2015) 46:1-2 *Revue l'Université de Moncton* 243; Jacinta Tan, Tony Hope et Anne Stewart, « Competence to refuse treatment in anorexia nervosa » (2003) 26:6 *International Journal of Law and Psychiatry (Anorexia Special Issue)* 697; Carolyn Johnston, « Overriding competent medical treatment refusal by adolescents: when “no” means “no” » (2009) 94:7 *Archives of Disease in Childhood* 487; Vicki Coppock, « ‘Mad’, ‘bad’ or misunderstood? » dans Harry Hendrick, dir, *Child Welfare and Social Policy: An Essential Reader*, Bristol, Policy Press, 2005 à la p 285; Brenda LeFrançois, « “It’s Like Mental Torture”: Participation and Mental Health Services » (2008) 16:2 *The International Journal of Children’s Rights* 211 [LeFrançois, « Mental Torture »].

féministe a influencé le choix d'une approche plus sociologique qui permet de « dévoiler ce que les acteurs eux-mêmes ne percevaient pas [à] savoir, un rôle parfois trouble où la régulation et la normalisation supplantaient souvent le seul soin des malades »⁴⁰.

Cette thèse de maîtrise se divise en trois chapitres. Le premier vise à établir le cadre juridique applicable au refus de soin de la personne mineure de 14 ans et plus et de faire un bref survol sociohistorique du droit de refuser des soins et de l'évolution de la pédopsychiatrie au Québec. Ce chapitre se conclura par l'état actuel des connaissances en sciences sociales. J'aborderai tout d'abord le refus de soins psychiatriques chez l'adulte pour ensuite mieux cerner le quasi-*vide* scientifique sur la question concernant les adolescentes. Ce quasi-*vide* s'explique notamment par la difficulté d'étudier les mécanismes informels qui existent dans la prise en charge hospitalière des adolescentes pour des enjeux de santé mentale et de l'absence récurrente d'espace pour exprimer un refus de soins, quand il n'est pas uniquement question du manque de connaissance de leurs droits. Le deuxième chapitre porte sur le cadre théorique du genre et de la normalisation, la question de recherche, l'approche méthodologique, les limites de la recherche et ma posture épistémologique. Le dernier chapitre se divise en deux parties. La première partie est consacrée à une présentation descriptive des résultats découlant des discours tenus dans 99 jugements de la Cour supérieure et de la Ch.j. et dans cinq entretiens tenus avec de jeunes adultes ayant vécu une expérience en pédopsychiatrie alors qu'elles étaient âgées entre 14 et 18 ans. Cette partie relève aussi les différentes formes de consentement que le discours révèle, le rôle tenu par les différentes professionnelles de la santé dans l'espace judiciaire et l'expérience

⁴⁰ Gansel, *supra* note 13 à la p 11.

des cinq participantes aux entretiens. Dans la deuxième partie de ce chapitre, je propose une analyse du rôle de normalisation des institutions comme obstacle à l'expression d'un refus de soins psychiatriques par la personne mineure de 14 ans et plus. Le discours des tribunaux crée une triade de la normalité qui m'amène à la conclusion qu'une adolescente « normale » ne refuse pas un soin psychiatrique. La conclusion de cette thèse sera l'occasion de discuter comment les résultats de cette recherche démontrent qu'il ne semble pas réellement possible de refuser un soin psychiatrique quand l'on est une personne mineure de 14 ans et plus et proposer une réflexion sur les pistes de solution envisageables pour assurer un meilleur accès et respect de ce droit.

CHAPITRE 1 – Fondements juridiques et contexte entourant le consentement et le refus de soins psychiatriques des personnes mineures de 14 ans et plus

Le refus de soins psychiatriques par la personne mineure de 14 ans et plus s'inscrit à la fois dans un cadre juridique étendu et dans une réalité sociale complexe. Ce chapitre a pour premier objet de définir le droit positif applicable en partant de la notion plus large du consentement aux soins pour ensuite préciser les règles applicables aux personnes mineures et le cadre procédural des autorisations de soins et des ordonnances de soins (1.1). Une fois le contexte législatif défini, l'état des connaissances en sciences sociales sera développé pour contextualiser le droit dans sa réalité pratique et constater les écueils déjà soulevés par la littérature dans l'exercice du droit de refuser des soins psychiatriques chez l'adulte et la personne mineure (1.2).

1.1 Cadre juridique

Le concept du refus de soins chez les adolescentes se pose bien au-delà des frontières québécoises⁴¹, mais la perspective juridique québécoise y apporte une réponse particulière. En effet, au Québec, les personnes mineures de 14 à 18 ans sont soumises à un cadre juridique singulier en matière de consentement aux soins et de refus de soins. Au contraire d'autres juridictions, le système québécois prévoit un âge fixe (14 ans), sans égard à une évaluation subjective de la maturité, pour consentir et refuser des soins. Cette balise légale offre un contexte d'étude du refus de soins psychiatriques chez ce groupe d'âge

⁴¹ Julien Brisson, Vardit Ravitsky et Bryn Williams-Jones, « “Fostering Autonomy” for Adolescents to Access Health Services: A Need for Clarifications » (2021) 68:6 *Journal of Adolescents Health* 1038; David C Day, « The Capable Minor’s Healthcare: Who Decides? » (2007) 86:3 *Canadian Bar Review* 379; Bernice Simone Elger, « Protectionnisme versus autonomie bien dosée: quel est le meilleur intérêt de l’adolescent? Controverse en éthique sur le thème de “La médecine prédictive et les enfants” » (1998) 56 *Médecine et hygiène* 490; Manaouil et Berly, *supra* note 39.

particulièrement intéressant pour constater l'influence de facteurs sociaux sur l'exercice de l'autonomie personnelle des jeunes.

Le consentement de la personne mineure de 14 ans et plus est encadré principalement par le C.c.Q., mais plusieurs autres règles procédurales, nationales et internationales trouvent aussi application. Les règles applicables au refus de soins et, plus précisément, d'un soin requis par l'état de santé, font notamment l'objet de règles spécifiques. L'interprétation de ces règles, présentes dans le corpus législatif depuis une trentaine d'années, est souvent mise en conflit avec la notion de l'intérêt de l'enfant dans la jurisprudence et dans la doctrine. Pour situer mon étude dans le cadre juridique applicable, il sera question des principes généraux entourant le droit à l'intégrité de la personne et le consentement aux soins dans sa définition normative globale, en abordant plus précisément le concept de meilleur intérêt de l'enfant (1.1.1). Je me concentrerai ensuite sur le cadre particulier du refus de soins et de sa prise en charge judiciaire pour les personnes mineures de 14 ans et plus (1.1.2). La dernière section abordera les compétences judiciaires permettant de soumettre une personne mineure de 14 ans et plus à des soins qu'elle refuse (1.1.3). Ce chapitre posera les bases normatives du consentement et du refus de soins requis chez les personnes mineures de 14 ans et plus, ce qui permettra ensuite d'en analyser l'effectivité, c'est-à-dire de comparer la réalité pratique (sur le terrain juridique, social et médical) et la réalité légale (ce que les lois édictent).

1.1.1 Le consentement aux soins : généralités et particularités pour les personnes mineures de 14 ans et plus

i. Fondements

Comme prémisses à ce contexte normatif, les fondations de la notion de consentement aux soins m'amènent à la *Charte canadienne des droits et libertés* (ci-après « Charte canadienne »)⁴² qui garantit les droits fondamentaux à l'inviolabilité et à l'intégrité de la personne :

7. Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne ; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

Même si l'article 7 réfère spécifiquement aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité, la Cour suprême interprète l'article 7 de la Charte canadienne comme englobant le droit à l'inviolabilité et à l'intégrité⁴³. Bien que l'on réfère au droit à l'inviolabilité et à l'intégrité souvent ensemble, il importe de faire la distinction entre droit à l'inviolabilité, qu'on peut définir comme le droit inébranlable contre toute atteinte illégitime au corps⁴⁴, et droit à l'intégrité, qu'on peut définir comme le droit à la protection contre des atteintes physique, psychologique ou morale⁴⁵. Selon les commentaires du ministre de la Justice à la suite des modifications apportées au C.c.Q. en 1991, le droit à l'inviolabilité protège contre l'action des tiers alors que le droit à l'intégrité protège contre son propre fait⁴⁶. Souvent utilisé

⁴² *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 [*Charte canadienne*].

⁴³ *R c Morgentaler*, [1988] 1 RCS 30.

⁴⁴ Audrey Ferron Parayre, *Donner un consentement éclairé à un soin : réalité ou fiction*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2020 à la p 20.

⁴⁵ *Québec (Curateur public) c Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, [1996] 3 RCS 211 au para 97.

⁴⁶ Ministère de la Justice, *Commentaires du ministre de la Justice — Le Code civil du Québec*, Québec, Les Publications du Québec, 1993 à la p 12.

comme des synonymes dans le domaine du consentement, le droit à l'intégrité vient surtout mettre l'accent sur la protection de la personne et le contrôle sur son état :

Le droit à l'intégrité illustre la valeur tantôt abstraite, tantôt subjective de la personne humaine. La protection de l'intégrité de la personne oscille, par conséquent, entre son inviolabilité et l'indisponibilité de son corps, d'une part, et l'autonomie de sa volonté ou le contrôle qu'elle exerce sur son corps, d'autre part. Droit à l'intégrité physique et droit à l'autodétermination, succédant à un paternalisme médical suranné, s'entrechoquent en cette matière⁴⁷.

Une violation à ces droits constitutionnels est d'ailleurs sanctionnée par le Code criminel, qui prévoit à l'article 265 que toute personne qui porte atteinte à une personne, de façon intentionnelle ou non, sans son consentement, commet des voies de fait⁴⁸. Ainsi hissés à titre de droits fondamentaux, les droits à l'invocabilité et à l'intégrité sont repris dans les législations provinciales. Au Québec, ils ont un statut quasi constitutionnel par leur intégration dans la *Charte des droits et libertés de la personne* (ci-après « Charte québécoise »)⁴⁹. Il est intéressant de noter que l'alinéa 1 de l'article 1 de la Charte québécoise parle du droit à l'intégrité dans sa version française, mais du droit à l'invocabilité dans sa version anglaise :

1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

1. Every human being has a right to life, and to personal security, inviolability and freedom.

[Nos soulignements]

Ce vocabulaire différent nous ramène à la distinction entre droit à l'intégrité et droit à l'invocabilité évoquée précédemment. Aux fins de cette étude, j'utiliserai de manière

⁴⁷ Marie-Ève Arbour et Mariève Lacroix, « Le statut juridique du corps humain ou l'oscillation entre l'objet et le sujet de droit » (2010) 40:1-2 *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke* 231 à la p 257.

⁴⁸ *Code criminel*, LRC 1985, c C-46, art 265.

⁴⁹ *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ c C-12 [*Charte québécoise*].

interchangeable les termes inviolabilité et intégrité, qui sont, la plupart du temps, utilisés comme un seul et même concept dans la doctrine et la jurisprudence québécoise.

Déoulant du droit à l’invioabilité et à l’intégrité, les principes juridiques du consentement aux soins sont prévus à l’article 10 et à l’alinéa 1 de l’article 11 C.c.Q. :

10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu’en soit la nature, qu’il s’agisse d’examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n’est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

L’alinéa 1 de l’article 10 C.c.Q. intègre donc le droit à l’invioabilité reconnu comme droit fondamental dans la Charte canadienne [article 7] et la Charte québécoise [article 1]. Le droit à l’intégrité est protégé dans les deux premières sections du premier chapitre du C.c.Q., soit les articles 11 à 31 C.c.Q. qui concernent les soins et les gardes en établissement :

Le droit à l’intégrité est donc intimement rattaché aux interventions de nature thérapeutique dans le cadre d’une relation entre professionnels de la santé et patients considérée inégale en raison du déséquilibre des statuts et des savoirs. Le cadre juridique vise à rééquilibrer ce rapport de pouvoir en favorisant l’expression de la volonté des patients, même lorsque celle-ci va à l’encontre des avis médicaux⁵⁰.

Ainsi, chaque individu est inviolable et son intégrité ne peut être atteinte qu’avec son consentement libre et éclairé, sauf exception⁵¹. La personne peut ainsi refuser des soins

⁵⁰ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 345.

⁵¹ Art 11 C.c.Q..

même au péril de sa vie quand elle est majeure et apte à consentir à ses soins⁵². Le consentement doit être contemporain, c'est-à-dire qu'il doit être donné et renouvelé au moment de prodiguer les soins⁵³. La prochaine sous-section vise à détailler ces caractéristiques légales d'un consentement aux soins valide.

ii. Principes légaux

En droit québécois, un consentement aux soins (tout comme un refus de soins) valide est composé de trois caractéristiques : la personne qui consent doit être apte, son consentement doit être libre et son consentement doit être éclairé⁵⁴. Un tel consentement permet de porter atteinte légitimement à l'intégrité d'une personne, sauf exception légale (par exemple, en cas d'urgence⁵⁵). Dans la situation des personnes mineures, nous pourrions ajouter une quatrième caractéristique : la capacité légale. En effet, en deçà de dix-huit ans, une personne est considérée comme mineure et n'a donc pas la pleine capacité légale, c'est-à-dire la capacité « d'exercer pleinement tous ses droits civils »⁵⁶. Il existe cependant des dispositions particulières qui dérogent à cette règle et qui octroient une certaine capacité légale à des personnes mineures. L'objet de cette recherche portant sur les personnes mineures de 14 ans et plus, j'aborderai plus spécifiquement ces exceptions les concernant dans la sous-section sur la capacité légale.

⁵² Robert P Kouri et Suzanne Philips-Nootens, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4e éd, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017 au para 382 [Kouri et Philips-Nooten, « Intégrité de la personne »].

⁵³ Suzanne Philips-Nootens, Robert P Kouri et Pauline Lesage-Jarjoura, *Éléments de responsabilité civile médicale: le droit dans le quotidien de la médecine*, 5e éd, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2021 au para 204.

⁵⁴ Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 4.

⁵⁵ Art 13 C.c.Q..

⁵⁶ Art 153 C.c.Q..

a) Qualités du consentement aux soins

1) L'aptitude

Contrairement à la capacité légale qui réfère à « la faculté d'être titulaire de droits et de les exercer soi-même »⁵⁷, l'aptitude à consentir est factuelle et temporelle. Tant l'aptitude à consentir que la capacité légale peuvent fluctuer dans le temps. L'aptitude peut être définie comme « une situation de fait »⁵⁸ ; « un état de fait, prévalant au moment où le patient doit donner son consentement »⁵⁹. *A contrario*, l'inaptitude se définit, en l'absence de définition normative, comme « l'incapacité juridique d'une personne » à exercer ses droits, tel que donner son consentement⁶⁰. Conséquemment, l'inaptitude à consentir n'est pas figée dans le temps et n'est pas corollaire de l'existence d'un régime de protection. Ainsi, une personne peut être inapte à consentir à ses soins, puis redevenir apte à y consentir; par exemple, une personne en psychose qui redevient lucide⁶¹. C'est cette fluctuation dans le temps de l'aptitude à consentir aux soins qui oblige le personnel médical à en faire l'évaluation avant de prodiguer chacun des traitements, à l'égard de tout patient, autant en cas de consentement qu'en cas de refus de soins.

Cela est d'autant plus important compte tenu de l'obligation systématique des médecins et des infirmières praticiennes spécialisées de s'enquérir des volontés du patient et de les respecter, si possible, même en cas d'inaptitude⁶². La Cour d'appel a d'ailleurs indiqué

⁵⁷ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 219.

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 22.

⁶⁰ Ministère de la Justice, *supra* note 46, art 15; Hubert Reid et Simon Reid, *supra* note 4 *sub verbo* « Inaptitude ».

⁶¹ Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 22; Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 219.

⁶² Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 28.

clairement qu'« aucune présomption d'inaptitude à donner un consentement aux soins médicaux ne découle du seul fait qu'une personne soit soumise à des traitements d'ordre psychologique ou psychiatrique ou assujettie à un régime de protection »⁶³.

L'aptitude à consentir se présume, sauf si la loi prévoit le consentement substitué par un représentant légal lorsqu'une personne n'est pas apte à consentir ou n'a pas la capacité légale⁶⁴. Toutes les autres situations juridiques, telles que « garde en établissement, régime de protection, déclaration de non-responsabilité pour cause de troubles mentaux, inaptitude à subir son procès », ne renversent pas la présomption d'aptitude à consentir aux soins⁶⁵. La juge Lebel a bien défini la fluctuation dont il faut tenir compte dans l'évaluation de l'aptitude à consentir : « 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 »⁶⁶. Pour déterminer si une patiente est inapte à consentir à ses soins, il faut se référer à l'arrêt *Pinel* de la Cour d'appel⁶⁷, qui a résumé sous forme de cinq questions les éléments à évaluer pour déterminer l'aptitude à consentir à des soins :

- (i) La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
- (ii) La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?
- (iii) La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit ?
- (iv) La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ?
- (v) La capacité de comprendre de la personne est-elle “affectée” par sa maladie ?⁶⁸

⁶³ *FD*, *supra* note 3 au para 52.

⁶⁴ Art 4 C.c.Q..

⁶⁵ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 346.

⁶⁶ *Institut Philippe-Pinel de Montréal c Blais*, [1991] RJQ 1969 au para 20 (CS) [*Blais*].

⁶⁷ *Institut Philippe Pinel de Montréal c AG*, [1994] RJQ 2523 (CA) [*Pinel*]. Requête pour autorisation de pourvoi à la Cour suprême rejetée (17 février 1995), no 24460.

⁶⁸ *Ibid* à la p 2524.

Ces questions sont tirées de la législation de la Nouvelle-Écosse et étaient prônées par l'Association des psychiatres du Canada dans le cadre du débat entourant cette instance⁶⁹. Si l'incapacité à consentir aux soins est avérée, l'article 15 C.c.Q. prévoit qui sont les personnes autorisées à donner un consentement substitué. La règle de l'article 15 C.c.Q. ne s'applique qu'à la personne majeure. Dans tous les cas, la personne qui consent aux soins ou les refuse pour autrui doit le faire dans le respect de l'article 12 C.c.Q. :

12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

Ainsi, les volontés de la personne inapte doivent être prises en considération et respectées dans la mesure du possible. C'est l'article 14 alinéa 2 C.c.Q. qui prévoit la possibilité pour la personne mineure de 14 ans et plus de consentir seule à ses soins. L'aptitude de la personne mineure de 14 ans et plus à consentir à ses soins est peu abordée dans la doctrine et la jurisprudence québécoise. Il semble, en effet, implicite qu'une personne mineure qui consent à ses soins est apte, conformément à l'article 4 C.c.Q.⁷⁰. Selon certains auteurs, une personne mineure inapte de 14 ans et plus serait nécessairement soumise aux règles applicables aux personnes mineures de 14 ans et moins. Dans cette situation, le consentement aux soins est donné par son parent⁷¹. Dans tous les cas, l'aptitude à consentir

⁶⁹ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 221.

⁷⁰ Hélène Guay, « Les droits de la personnalité » dans École du Barreau du Québec, *Personnes et successions*, Collection de droit 2022-2023, vol 3, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2022, 55 à la p 67.

⁷¹ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 476.

à des soins requis serait présumée, comme c'est le cas pour les personnes majeures⁷². Cela nous amène ainsi à la deuxième caractéristique d'un consentement aux soins valide.

2) Le consentement libre et éclairé

Le droit à l'intégrité de la personne, « [l]e “dogme de l'intangibilité” [...] ainsi posé comme principe général fondamental en droit québécois »⁷³, exige d'obtenir un consentement aux soins libre et éclairé :

Le rôle du consentement apparaît primordial, car il rend légitime l'atteinte à l'intégrité de la personne. Il requiert deux caractères : il doit être libre et éclairé. Cela signifie que la personne doit préalablement obtenir l'information nécessaire quant aux soins qui lui seront fournis afin de pouvoir former un consentement valable. Ces critères et le devoir corrélatif d'information qui les sous-tend ont été discutés dans deux arrêts de la Cour suprême du Canada, soit *Hopp c. Lepp* et *Reibl c. Hughes*⁷⁴.

Cet impératif est requis de toutes les interventions touchant la santé physique ou mentale⁷⁵. Loin d'être une simple formalité, le consentement libre et éclairé est un processus⁷⁶. La patiente ne doit pas avoir subi de pressions indues ni avoir été influencée au moment de consentir, car ce consentement doit seulement être l'expression de « la volonté de la personne, souveraine dans l'appréciation de son meilleur intérêt »⁷⁷. L'influence pourrait provenir autant du corps médical que des parents et proches, particulièrement envers les adolescentes que l'on considère souvent comme innocentes et vulnérables, devant être protégées d'elles-mêmes⁷⁸. La dynamique de pouvoir entre la médecin et la patiente est

⁷² Ferron Parayre, *supra* note 44 aux pp 22 et 24.

⁷³ Arbour et Lacroix, *supra* note 47 à la p 256.

⁷⁴ *Ibid* à la p 259; *Hopp c Lepp*, [1980] 2 RCS 192; *Reibl c Hughes*, [1980] 2 RCS 880.

⁷⁵ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 345.

⁷⁶ Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura, *supra* note 53 au para 181.

⁷⁷ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 233; Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 25.

⁷⁸ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 237; Day, *supra* note 41 à la p 380.

indéniable, ce qui nécessite une attention particulière de la médecin pour rétablir un certain équilibre :

Une littérature abondante fait état de la situation d'infériorité du malade face à son médecin, non seulement à cause de son état de moindre résistance, mais aussi du déséquilibre des connaissances entre un professionnel de la santé et un profane, déséquilibre qui est d'ailleurs la marque de toute relation de ce type. La relation de confiance entre le médecin et son patient, fondée sur la notion que la mission du médecin est de sauvegarder la santé, incite le patient à tenir pour acquis que les directives du praticien sont dans son meilleur intérêt⁷⁹.

Certains auteurs s'entendent toutefois pour dire que la médecin peut être « insistant[e] et persuasi[ve] » et faire preuve de « coercition subtile » s'il en va de l'intérêt de la patiente et qu'il ne s'agit pas d'une forme de contrainte⁸⁰. On parle de contrainte en référence à l'« acte ayant pour but d'obliger une personne à faire quelque chose »⁸¹. Il importe de noter qu'un manquement à la liberté de consentir vicie le consentement. La dynamique de pouvoir entre une titulaire de l'autorité parentale et son enfant peut aussi avoir un impact considérable, alors que le parent peut influencer l'enfant non pas dans l'intérêt de cette dernière, mais plutôt dans l'intérêt de la famille ou par affection⁸². Étant impossible de retirer une personne de son système social personnel et du contexte médical lors de la prise de décision, il faut reconnaître qu'un consentement libre est plus un idéal vers lequel on tend plutôt qu'une réelle possibilité⁸³.

⁷⁹ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 234.

⁸⁰ Dominique Goubau, *Le droit des personnes physiques*, 7e éd, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2022 au para 115; Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 235; Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 25.

⁸¹ Reid et Reid, *supra* note 4, *sub verbo* « Contrainte ».

⁸² Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 237.

⁸³ *Ibid* au para 233.

En plus de devoir être libre, le consentement doit être éclairé. Cela signifie qu'une personne doit prendre une décision après avoir reçu et compris toutes les informations nécessaires pour évaluer ce qui est dans son meilleur intérêt⁸⁴. En d'autres mots, la patiente doit prendre une décision en toute connaissance de cause⁸⁵. Les exigences légales du consentement éclairé imposent un devoir d'information aux professionnelles de la santé qui doivent « fournir une information suffisante pour permettre de prendre la meilleure décision possible, de promouvoir le respect de la personne, d'assurer que ses droits sont pris en considération et valorisés »⁸⁶. L'étendue de cette obligation d'information est l'objet d'une importante jurisprudence⁸⁷. En effet, s'il y a un consensus sur le contenu de l'obligation d'informer (à distinguer du conseil⁸⁸), ce qui est considéré comme suffisamment d'informations pour être considéré comme « informé » est plus mitigé⁸⁹. Ce débat découle principalement de l'application, en droit civil, de critères établis dans deux arrêts de la Cour suprême en *common law*, les arrêts *Hopp c. Lepp* et *Reibl c. Hugues*⁹⁰. Leur contenu plus controversé visait l'application des critères pour évaluer la responsabilité médicale⁹¹. Ces arrêts incontournables ont cependant défini l'étendue des risques à dévoiler à la patiente, qui vise un large spectre :

Le patient peut avoir exprimé des inquiétudes au médecin et ce dernier est tenu d'y répondre de façon raisonnable. Le devoir de divulgation du médecin s'applique aussi bien à ce qu'il sait ou devrait savoir qu'un certain patient considère pertinent

⁸⁴ Goubau, *supra* note 80 au para 115; Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 26.

⁸⁵ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 263.

⁸⁶ Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura, *supra* note 53 au para 181; Voir notamment: *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c M-9, r 17, art 29 [CDM] ; *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, c I-8, r 9, arts 40-41 et arts 40-41 [CDI].

⁸⁷ Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 26; Goubau, *supra* note 80 au para 115.

⁸⁸ Voir à cet effet : Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 aux para 264-265; *Parenteau c Drolet*, [1994] RJQ 689 (CA).

⁸⁹ Goubau, *supra* note 80 au para 115; Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 aux para 265, 269 et 270.

⁹⁰ *Hopp c Lepp*, *supra* note 73; *Reibl c Hughes*, *supra* note 73.

⁹¹ J'invite le lecteur à consulter l'ouvrage suivant pour plus de détails sur les questionnements soulevés par ces deux arrêts : Ferron Parayre, *supra* note 44.

à la décision de subir ou non le traitement prescrit, qu'aux risques importants que les connaissances médicales requises permettent d'identifier⁹².

Il existe quelques exceptions au devoir de renseignement des professionnelles de la santé. La patiente peut y renoncer et, ainsi, consentir à ne pas être éclairée comme son droit le lui garantit⁹³. On peut aussi penser aux présomptions légales de consentement (comme à l'article 59 de la *Loi sur les soins de fin de vie*), aux situations d'urgence (au sens de l'article 13 alinéa 1 C.c.Q.⁹⁴) et au privilège thérapeutique⁹⁵ (« si [la médecin] peut raisonnablement croire que l'information nuira au patient et que celui-ci n'ait pas réclamé de précisions supplémentaires au sujet du risque »⁹⁶). Dans tous les autres cas, le devoir d'information impose à la médecin de fournir une information adaptée à la patiente, portant principalement sur « le diagnostic posé, la nature et l'objectif du soin proposé, ses chances de réussite et d'échec, les risques encourus, les alternatives thérapeutiques [avec leurs chances de réussite et leurs risques propres] et conséquences de ne rien faire »⁹⁷. Succinctement, cela revient à informer la patiente sur ce à quoi elle consent ou refuse, et, surtout, les conséquences de chacun de ces choix :

Pour satisfaire aux exigences de la jurisprudence, le médecin aura donc intérêt à dévoiler les risques :

- probables et prévisibles ;
- rares, si graves et particuliers au patient ;
- connus de tous, si particuliers au patient ;
- importants, si graves et déterminants dans la décision ;
- accrus, lorsqu'un choix est possible ;

⁹² *Reibl c Hughes*, *supra* note 73 à la p 894.

⁹³ Certaines nuances doivent être apportées dépendamment si le soin est requis ou on pour que le médecin soit exempté d'offrir l'information suffisante. Voir Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 30.

⁹⁴ « En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. »

⁹⁵ Le privilège thérapeutique réfère à « l'appréciation du médecin de l'intérêt du patient à recevoir ou non des informations. » (Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 30).

⁹⁶ Goubau, *supra* note 80 au para 118.

⁹⁷ *Ibid* au para 115; Ferron Parayre, *supra* note 44 aux pp 27 et 29; Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura, *supra* note 53 au para 185; Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 118.

- ainsi que tout risque connu, dans le cas de la recherche ou d'un protocole expérimental⁹⁸.

Le tout doit se faire de façon vulgarisée pour optimiser la compréhension de la patiente, dans un langage « intelligible, adapté, simple et clair », adapté au niveau académique et de littératie du patient⁹⁹. Chaque divulgation doit être adaptée au cas particulier de la personne, en prenant en compte le « type de soins en cause, les circonstances, le niveau de connaissance et de compréhension du patient, les caractéristiques individuelles propres à chacun, en tenant compte du refus ou de la crainte de connaître »¹⁰⁰. Cela est d'autant plus important lorsqu'il est question de personnes mineures. Ce n'est que dans un contexte de divulgation complète, dans la mesure du possible, et de réelle assimilation de l'information par la patiente que l'on pourra parler d'un consentement éclairé. Le prochain point abordera la troisième caractéristique d'un consentement aux soins valide.

3) La capacité légale

Comme défini précédemment, la capacité juridique est la possibilité de jouir de ses droits civils et est « donc conditionnée par l'état de la personne »¹⁰¹. Le C.c.Q. prévoit deux types d'incapacité : « soit de défiance [...], soit de protection, en faveur de personnes qui, en raison de leur âge (les personnes mineures) ou de leur état physique ou mental (certains majeurs), ne peuvent exprimer la volonté éclairée indispensable à la genèse d'actes juridiques »¹⁰². Ainsi, l'âge d'une personne influence la capacité juridique, car le C.c.Q. prévoit que certains droits ne peuvent être exercés qu'à un certain âge¹⁰³. Autrement,

⁹⁸ Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura, *supra* note 53 au para 193.

⁹⁹ *Ibid* au para 199; Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 29.

¹⁰⁰ Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura, *supra* note 53 au para 198.

¹⁰¹ Goubau, *supra* note 80 au para 448.

¹⁰² Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 219.

¹⁰³ Goubau, *supra* note 80 au para 448.

l'article 154 C.c.Q. établit une présomption de capacité « qui participe du principe d'égalité civile entre les individus »¹⁰⁴.

La capacité d'une personne mineure âgée de 14 ans et plus à consentir seule à ses soins varie selon que ceux-ci soient requis ou non par son état de santé. Si la distinction entre ces deux types de soins et leur influence sur les modalités du consentement est manifestement imbriquée dans le texte législatif aux articles 14 à 22 C.c.Q., il n'en existe aucune définition législative ou réglementaire¹⁰⁵. Un soin est généralement défini comme « l'ensemble des interventions médicales sur la personne humaine, sans égard à leur finalité. »¹⁰⁶ Dans un document à l'intention des médecins, le Barreau du Québec et le Collège des médecins définissent de la façon affirmative suivante un soin requis :

On entend par soin requis par l'état de santé de la personne un soin prodigué dans l'intérêt objectif du patient, du moins quant à sa santé. Ainsi, un soin requis a une visée thérapeutique. Il vise donc à soulager (toujours), à contrer la maladie, à restaurer ou à maintenir les fonctions physiologiques et les capacités fonctionnelles, ou à assurer une fin de vie digne¹⁰⁷.

Selon l'interprétation la plus largement admise de la notion de soin requis¹⁰⁸, le législateur viserait de façon peu restrictive : « non seulement [les] situations où les soins sont absolument nécessaires pour la santé de la personne, mais également [celles] où ils sont simplement utiles et cherchent à procurer une amélioration de l'état de santé de l'individu, à éviter une détérioration ou encore à assurer son confort »¹⁰⁹. Ainsi, les soins préventifs,

¹⁰⁴ *Ibid*; Blais, *supra* note 66 au para 19.

¹⁰⁵ *Ibid*.

¹⁰⁶ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 303.

¹⁰⁷ Collège des médecins du Québec et Barreau du Québec, *Le médecin et le consentement aux soins*, 2018 à la p 14.

¹⁰⁸ Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 90.

¹⁰⁹ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 305.

tels que la psychothérapie, la contraception ou certaines médications, sont compris dans la catégorie des soins requis¹¹⁰.

Je tiens toutefois à souligner que cette définition est quelque peu problématique en matière d'autorisations de soins. En effet, si l'on comprend par « soins requis » tout ce qui peut améliorer l'état de la personne, cela pose un problème du côté de la preuve nécessaire pour obtenir l'autorisation de soins. Comment expliquer que, dans l'arrêt *FD*, la cour fait la différence entre des soins « effectivement requis » et « qui pourraient l'être » ? Quels seraient alors des soins qui « pourraient être requis » ? Ainsi, un soin pourrait être seulement facultatif, mais dans une autre situation, considéré comme important pour l'état de santé¹¹¹. Certains auteurs partent de la prémisse qu'un soin requis implique qu'il est nécessaire et essentiel¹¹². Si une définition libérale des soins requis est pertinente pour favoriser l'accès aux soins, elle est plus problématique quand il est question de la possibilité de refuser des soins ou de forcer une personne à recevoir des soins qu'elle ne veut pas.

A contrario, un soin non requis est « un soin altruiste (par exemple, le don d'organes entre vifs ou l'expérimentation strictement scientifique), ou personnel, comme une chirurgie esthétique par exemple »¹¹³. Cette catégorie de soin est plus complexe, car un soin peut être

¹¹⁰ *L. (J.) c B. (D.)*, [2001] RDF 929 au para 10 (CS); Robert P Kouri, « Le consentement aux soins: aperçu général et quelques questions controversées » (2011) 2 *Cours de perfectionnement du notariat* à la p 9; Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 139; Lucie Laflamme, « Le livre des personnes: dix ans après » (2003) 105:2 *Revue du notariat* 155 à la p 164.

¹¹¹ Goubau, *supra* note 80 au para 132.

¹¹² Jean-Pierre Ménard, « Mandat en prévision d'inaptitude et consentement aux soins », dans S.F.C.B.Q., *Être protégé malgré soi*, vol 165, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2002, 131 à la p 138. ; Monique Ouellette, *La Réforme du Code civil*, t 1 « Des personnes », Ste-Foy, Presses de l'Université Laval, 1993 à la p 27.

¹¹³ Ferron Parayre, *supra* note 44 aux pp 21-22.

facultatif, tout en étant considéré comme important pour la santé (ex. : une interruption volontaire de grossesse sans nécessité médicale)¹¹⁴. Lors des débats parlementaires sur le nouveau C.c.Q., la porte-parole de l'opposition, Mme Louise Harel, avait d'ailleurs soulevé cette difficulté d'interprétation de l'article 17 C.c.Q. :

Mme Harel : J'ajouterai, au nombre de ces questions, celles que soulève l'article 17 du projet de loi qui introduit la notion de soins qui ne sont pas exigés par l'état de santé du mineur pour exiger le consentement des parents dans le cas du mineur de 14 ans et plus qui requiert des soins de santé. Les services de contraception et d'avortement seront-ils considérés comme étant ou n'étant pas des soins exigés par l'état de santé du mineur et qui requerront [*sic*] le consentement des parents, dépendamment de la réponse apportée, contrairement à la pratique actuelle ?¹¹⁵

Suivant la distinction établie entre soins requis et non requis, il est nécessaire de constater la différence de capacité légale en fonction du type de soin auquel la personne mineure consent. Pour des soins non requis, l'article 17 C.c.Q. prévoit que la personne mineure de 14 ans et plus peut consentir seule aux soins non requis par son état de santé, s'ils ne présentent pas de risques sérieux pour sa santé ni d'effets graves et permanents¹¹⁶ :

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

La notion de gravité du soin nécessitant une autorisation du titulaire de l'autorité parentale est assez subjective et son interprétation peut s'avérer complexe¹¹⁷. En matière de soin non requis, le refus de soin de la personne mineure de 14 ans et plus est absolu (23 alinéa 2 C.c.Q.). Conséquemment, un tribunal ou les titulaires de l'autorité parentale ne pourraient

¹¹⁴ Goubau, *supra* note 80 au para 133.

¹¹⁵ Québec, Assemblée nationale, *Journal des débats*, 34-1, vol 31, no 133 (4 juin 1991) à la p 8779. Sur la contraception et l'avortement qui entrent dans la catégorie de soins requis et non requis selon l'indication thérapeutique, voir : Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 aux pp 477-480.

¹¹⁶ Goubau, *supra* note 80 au para 133.

¹¹⁷ *Ibid.*

pas « imposer au mineur âgé de 14 ans et plus des soins non requis par son état de santé qu'il refuse, peu importe la gravité, des risques et les effets secondaires qu'ils comportent »¹¹⁸. Par exemple, un tribunal ne pourrait pas forcer une adolescente à faire un don de moelle osseuse pour son petit frère.

Pour ce qui est des soins requis, plus de nuances et de précisions sont à faire. L'alinéa 2 de l'article 14 C.c.Q. édicte que cette personne mineure peut consentir seule aux soins requis par son état de santé :

14. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

Les titulaires de l'autorité parentale peuvent seulement être informés si une hospitalisation de plus de 12 h est nécessaire. Ils peuvent aussi être impliqués en situation d'urgence où la vie de la personne mineure ou son intégrité est menacée¹¹⁹. Le droit de la personne mineure de 14 ans et plus de consentir seule à ses soins découlerait de sa « capacité spéciale en matière médicale »¹²⁰. Par ce régime normatif, le législateur a reconnu à la personne mineure de 14 ans et plus une autonomie décisionnelle, mais dont il a régulé l'exercice¹²¹. Ainsi, le C.c.Q. leur donne une capacité légale de détenir des droits et des obligations et conséquemment, de pouvoir exercer ces droits :

¹¹⁸ Pierre Deschamps, « Intégrité de la personne - Règles juridiques applicables » au no 205, dans *JurisClasseur Québec, Droit civil, Personne et famille*, fasc.2, Montréal, LexisNexis Canada, 2017 (QL).

¹¹⁹ Arts 14 al.2 et 16 al.2 C.c.Q..

¹²⁰ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 469.

¹²¹ Goubau, *supra* note 80 au para 131. Cette capacité légale doit être vue comme une exception et non comme une « majorité médicale » Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 470.

[L]egal capacity usually signifies not only the capacity to be a holder of rights, but also the capacity to exercise these rights. Legal capacity thus includes also the capacity to act and signifies being able to exercise one's rights¹²².

À titre comparatif, sur le territoire canadien et dans les provinces de *common law*, c'est plutôt le concept du *mature minor* qui donne la capacité légale médicale et qui est parfois jumelé à un âge précis (ex. : 16 ans en Alberta et à Terre-Neuve et Labrador)¹²³. Le *mature minor* est défini comme :

a person under the common law age of majority who is capable of appreciating the nature and consequences of a particular operation or other treatment, whether recommended by the treating physician or chosen by the capable young person, can give an effective consent without anyone else's approval being required. Where the young person lacks that capacity, however, any apparent consent by her or him will be a nullity, in which event consent is required from the young person's personal guardian(s) or from the state¹²⁴.

Il faut remonter à la *Loi sur la protection de la santé publique*¹²⁵ (ci-après « LPSP ») pour trouver les origines législatives de l'âge de 14 ans. C'est l'article 36 alinéa 1 de la LPSP qui a fixé cet âge pour le consentement aux soins requis lors de son adoption en 1972 :

Un établissement ou un médecin peut fournir les soins ou traitements requis par l'état de santé d'un mineur âgé de quatorze ans ou plus, avec le consentement de celui-ci, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir le consentement du titulaire de l'autorité paternelle ; l'établissement ou le médecin doit toutefois avertir le titulaire de l'autorité paternelle en cas d'hébergement pendant plus de douze heures ou de traitements prolongés¹²⁶.

Les débats parlementaires sur l'adoption de l'article 36 LPSP à la Commission permanente des affaires sociales et la réflexion du ministre des Affaires sociales de l'époque, Claude Castonguay, ont démontré le côté arbitraire de cette restriction d'âge :

¹²² Mona Paré, « Of Minors and the Mentally Ill: Re-Positioning Perspectives on Consent to Health Care » (2011) 29:1 *Windsor Yearbook of Access to Justice* 107 à la p 109.

¹²³ Day, *supra* note 41 à la p 385.

¹²⁴ *Ibid* à la p 383.

¹²⁵ *Loi sur la protection de la santé publique*, LQ 2001, c 42 [LPSP].

¹²⁶ Art 36 LPSP.

[...] Je voudrais simplement dire qu'ici, si on jugeait que les limites que nous avons établies, soit qu'à compter de l'âge de 15, 16 ou 17 ans, seul le consentement du mineur est nécessaire et que l'obligation demeure pour l'établissement ou le médecin d'avertir les parents s'il y a une période de soins prolongée ou un hébergement pour plus d'un certain nombre d'heures, mais qu'en dessous de cette limite d'âge, soit 15 ans, il soit dorénavant nécessaire d'obtenir le consentement des parents à moins que ce soit un cas d'urgence... On a mis 14 ans. Ici, cette frontière, à savoir si ce doit être 14 ans ou 15 ans, je suis tout à fait prêt à en discuter.

Je pense bien que certains députés au cours de conversations m'ont fait ressortir le fait que, dans les milieux urbains, l'âge de 14 ans est plus approprié. Dans les milieux ruraux, on craint que, si on baisse un peu trop l'âge, cela peut [sic] diminuer l'autorité parentale. D'un autre côté, quant à moi, il me semble que, dans les milieux urbains, baisser l'âge à 14 ans est peut-être plus réaliste d'autant plus que dans les milieux ruraux, pour l'enfant qui accepte encore bien l'autorité parentale, ce n'est pas le fait que nous adoptons cette loi qui va faire en sorte que, subitement, ces enfants vont se sentir délogés vis-à-vis de leurs parents. Je veux souligner ce point. Ce n'est pas pour moi une question de principe, c'est une question d'essayer d'en arriver à l'équilibre le plus approprié possible, de telle sorte que les jeunes qui ont besoin de soins lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes de drogue, par exemple, ou les jeunes filles qui pourraient être enceintes et qui se demanderaient quoi faire, au lieu de se diriger un peu n'importe où, le fassent dans des endroits où ils pourront être traités et conseillés de façon adéquate¹²⁷.

En plus de clarifier la situation, l'objectif était avant tout de protéger et de « rassurer les médecins » qui prodiguent des soins à des personnes mineures afin d'éviter qu'ils soient exposés à des poursuites¹²⁸. Avant l'adoption de la LPSP, le consentement parental n'était déjà pas requis, tant que l'adolescente donnait son consentement, sans limites d'âge, ce que les médecins trouvaient difficile à appliquer¹²⁹. Certains députés n'ont pas manqué de souligner que, malgré cette explication, le côté arbitraire les laissait sceptiques :

M. GUAY : Dans sa réponse, le Dr Laberge pourrait-il en même temps m'indiquer de quelle façon on a choisi le chiffre 14 ?

¹²⁷ Québec, Assemblée nationale, *Journal des débats*, Commissions parlementaires, Commission permanente des Affaires sociales, 3e sess., 29e légis., « Projet de loi n° 30. Loi de la protection de la santé publique », no 123 (14 décembre 1972) à la p B-7925 (C. Castonguay).

¹²⁸ *Ibid* à la p B-7926-B-7928 (C. Castonguay, G. Fortier et L. Lessard).

¹²⁹ *Ibid* à la p B-7927 (C. Castonguay).

M. CASTONGUAY : Il y a des raisons physiologiques et il y a d'autres raisons. Il y a aussi une certaine concordance avec les lois pour le cinéma et il y a aussi un choix à faire à un certain moment qui peut être un peu arbitraire. Pourquoi 14 ans plutôt que 13 ou 15 ? J'avoue qu'à un moment donné il y a une ligne. Mais comme le Dr Boivin le dit...

M. BOIVIN : Cela va vous donner la chance de les couvrir à 14 ans et il ne doit pas en avoir beaucoup en bas.

M. CASTONGUAY : Il y a des problèmes de drogue dans les écoles secondaires¹³⁰.

Si l'article 36 LPSP est à l'origine de l'âge de 14 ans, c'est dans les débats lors de l'adoption du nouveau C.c.Q. en 1990, qu'il est possible de comprendre le contexte de l'adoption des articles 14 et 16 C.c.Q. Les débats en commission parlementaire sur l'article 14 furent très succincts, l'article ne reprenant que l'état du droit existant et modifiant « exigé » par « requis »¹³¹. L'article 16 est un ajout propre au nouveau C.c.Q., dont l'alinéa 2 prévoit que l'exigence d'une autorisation du tribunal en cas de refus de la personne mineure de 14 ans et plus est « nécessaire »¹³². L'échange entre le ministre de la Justice et la députée de l'opposition lors de la commission parlementaire sur l'alinéa 2 de l'article 16 C.c.Q. permet de relever comment le législateur souhaitait soumettre les personnes mineures de 14 ans et plus au même régime que les personnes majeures inaptes pour lesquelles l'autorisation judiciaire n'est nécessaire qu'en cas de refus :

Mme Harel : On me fait valoir que le mineur, à ce moment-là, peut consentir seul, mais il ne peut pas refuser seul.

¹³⁰ *Ibid* à la p B-7928 (F. Guay, C. Castonguay, R. Boivin).

¹³¹ Jean-Pierre Ménard, « Les nouvelles règles relatives au consentement aux soins médicaux » dans *SFPBQ, Congrès annuel du Barreau du Québec (1991)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais 667 à la p 682 [Ménard, « Règles relatives au consentement »]; Québec, Assemblée nationale, *Journal des débats*, Commissions parlementaires, Sous-commission des institutions, 1re sess., 34e légis., « Étude détaillée du projet de loi no 125, Code civil du Québec » vol 31, no 3 (27 août 1991) à la p SCI-76 [Québec, projet no 125].

¹³² Québec, projet no 125, *supra* note 131 à la p SCI-77 (G. Rémillard).

M. Rémillard : S'il refuse, il faut bien dire... Excusez-moi, allez-y. Simplement vous dire qu'à moins qu'il y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée... C'est dans des conditions...

Mme Harel : C'est ça. C'est à l'inverse, c'est parce que, s'il y a urgence, si la vie du mineur âgé de 14 ans et plus est en danger ou son intégrité menacée, là il n'y a pas besoin de l'autorisation du tribunal. L'autorisation du tribunal est requise lorsque l'on veut imposer des soins à un mineur âgé de 14 ans et plus qui le refuse.

M. Rémillard : Exactement. Lorsque le mineur le refuse et qu'on juge qu'il devrait l'avoir quand même, on doit s'adresser au tribunal pour aller à la rencontre de sa volonté. Ça ne veut pas dire que sa vie soit en danger, mais s'il y a urgence et que sa vie soit en danger ou son intégrité menacée, à ce moment-là, on n'a pas besoin d'aller au tribunal évidemment parce que là ça veut dire qu'il a le temps de mourir plusieurs fois avant qu'on ait le consentement. Alors, c'est une mesure d'urgence.

Mme Harel : Par exemple, dans les cas d'anorexie qui surviennent souvent à l'adolescence, dans la mesure où il y aurait la vie, par exemple, d'une anorexique qui serait en danger, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur pourrait soumettre ce mineur de 14 ans et plus à des soins...

M. Rémillard : ... si sa vie est en danger...

Mme Harel : ... ou s'il y a urgence.

M. Rémillard : ... sinon, il faut passer au tribunal¹³³.

[mes soulignements]

Cette obligation de recourir à l'autorisation du tribunal en cas de refus, comme pour la personne majeure inapte, va dans le sens inverse de l'interprétation qui est faite de ces articles par les professeurs Robert P. Kouri et Suzanne Philips-Nootens. Soulevant la question de la conciliation de la pleine capacité médicale de la personne mineure de 14 ans et plus avec les droits et les devoirs d'un parent (articles 598-599 C.c.Q.), ces auteurs sont d'avis que « l'article 16 alinéa 2 C.c.Q. participe du même effort [que l'article 14 C.c.Q.], celui de vouloir laisser aux parents certains pouvoirs dans le consentement aux soins »¹³⁴.

¹³³ *Ibid* à la p SCI-78 (L. Harel et G. Rémillard).

¹³⁴ On réfère d'ailleurs à l'intervention d'un psychiatre (C. Laurin) dans les débats parlementaires pour justifier le fait que les personnes mineures de quatorze ans et plus, apte ou non, ne devraient pas être donné une pleine capacité en matière de soins : « Comment ne pas être sensible à l'intervention d'un membre de

Sans complètement indiquer qu'il faut recourir systématiquement au consentement parental plutôt qu'à l'autorisation du tribunal, ces auteurs soutiennent que le régime applicable à la personne mineure de 14 ans et plus ne peut pas être interprété de la même façon que celui applicable à la personne majeure inapte en raison des devoirs parentaux. De façon concomitante, le refus de la personne mineure de 14 ans et plus est considéré comme bien relatif aux yeux de la jurisprudence, au nom de la protection des adolescentes :

[32] [...] L'autonomie en matière de consentement aux soins est relative. Il existe en effet une asymétrie importante ; l'autonomie du mineur n'est réelle que dans la situation où il consent aux soins proposés, mais en cas de refus de soins requis, c'est le Tribunal qui tranche.

[33] En effet, l'expression de l'autonomie d'un mineur de 14 ans et plus par un refus de soins est presque illusoire. Selon l'article 16 (2) du C.c.Q., lorsque le mineur refuse des soins requis par son état de santé, il sera possible de passer outre ce refus en obtenant l'autorisation du tribunal. Cette autorisation sera généralement accordée lorsque le refus du mineur va à l'encontre de son intérêt¹³⁵.

Ce débat met de l'avant le fait que la capacité des personnes mineures de 14 ans et plus à consentir à des soins n'est pas considérée égale à leur capacité à refuser. Avant d'entrer plus en détails dans le refus de soins, j'aborderai d'autres dispositions législatives qui trouvent application en contexte de consentement aux soins.

iii. Autres dispositions légales applicables

En plus des règles fondamentales du C.c.Q., d'autres dispositions législatives s'appliquent en matière de soins. On peut penser notamment à la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* [ci-après « LGSSSS »]¹³⁶ qui prévoit :

l'Assemblée nationale qui, fort de sa formation en psychiatrie, avait manifesté de nettes réticences à imputer une certaine capacité en matière médicale aux personnes mineures, disant qu'il fallait tenir compte des facteurs spécifiques à la condition infantile » (Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 aux para 472 et 476).

¹³⁵ *Centre universitaire de santé McGill (CUSM - Hôpital général de Montréal) c X*, 2017 QCCS 3946 aux para 32-33.

¹³⁶ *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, RLRQ c G-1.021 [LGSSSS].

12. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.

13. L'utilisateur a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 389 et 390.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans¹³⁷.

L'exigence du consentement aux soins et le droit de participation s'appliquent conjointement aux adolescentes de 14 ans et plus. L'article 8 LGSSSS prévoit que l'accès aux services de santé et services sociaux doit être égal pour toutes les personnes usagères du système de santé et de services sociaux et ces services doivent être « adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire »¹³⁸. De plus, la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* prévoit des dispositions spécifiques concernant l'accès au dossier d'une personne mineure de 14 ans et plus¹³⁹. Des obligations spécifiques¹⁴⁰ sont aussi imposées plus directement dans les codes de déontologie aux professionnelles de la santé qui doivent obtenir le consentement avant de prodiguer des soins et des traitements, tels que les médecins [CDM]¹⁴¹ et les infirmières [CDI]¹⁴².

¹³⁷ Arts 12-13 LGSSSS.

¹³⁸ Art 8 LGSSSS.

¹³⁹ *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*, RLRQ c R-22.1, arts 16 et 24.

¹⁴⁰ Pour connaître plus spécifiquement les obligations en question, nous référons le lecteur aux ouvrages suivants : Ferron Parayre, *supra* note 44; Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura, *supra* note 53.

¹⁴¹ Arts 28-29 CDM. L'article 94 al 3 CDM prévoit spécifiquement que « Le médecin doit obtenir le consentement du mineur âgé de 14 ans et plus avant de communiquer à son parent ou tuteur un renseignement de santé visant des soins auxquels il peut consentir seul. »

¹⁴² Arts 40-41 CDI.

C'est notamment en cas de manquement au droit à l'intégrité, soit quand le consentement n'est pas demandé, renouvelé, valide ou que le refus n'est pas respecté, que la question de la responsabilité médicale se pose. En effet, les personnes dont les droits ont été bafoués peuvent se prévaloir des recours en responsabilité civile¹⁴³. L'objectif de ces recours étant non pas de sanctionner les médecins, mais d'indemniser la patiente victime de la faute de la professionnelle¹⁴⁴. Dans un objectif de protection du public, un recours en responsabilité déontologique par le biais d'une plainte à l'ordre professionnel concerné par le manquement d'une de ses membres à une obligation prévue à son code de déontologie serait aussi possible¹⁴⁵. Finalement, une usagère dont les droits prévus à LGSSSS ont été brimés peut déposer une plainte auprès de la commissaire aux plaintes de l'établissement de santé où œuvre la professionnelle¹⁴⁶.

En plus du cadre législatif québécois, il importe de mentionner l'obligation ratifiée par le Canada concernant le droit à la santé des enfants (un enfant étant une personne de moins de 18 ans ou non-majeur). L'article 24, alinéa 1 de la CRDE prévoit :

1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

Étant impossible de garantir qu'une personne soit en santé, les États parties se sont engagés à plutôt assurer l'accès aux soins de santé et à offrir le standard le plus élevé en matière de

¹⁴³ Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 21.

¹⁴⁴ Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura, *supra* note 53 à la p 5.

¹⁴⁵ Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 36.

¹⁴⁶ Arts 671-672 LGSSSS. Dans l'éventualité où la patiente voudrait porter appel de cette décision, un recours auprès du Protecteur du citoyen est possible.

santé physique et mentale, sans discrimination, pour les enfants et adolescentes¹⁴⁷. Ce droit à la santé exige de prendre en considération l'intérêt supérieur de l'enfant et de l'adolescente dans tous les programmes et politiques touchant à ce droit¹⁴⁸.

En droit interne, ce droit d'accès à la santé se retrouve notamment à l'article 8 LGSSSS et à l'article 8 de la LPJ¹⁴⁹ qui prévoit un droit de recevoir les services sociaux et de santé :

8. L'enfant et ses parents ont le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité, de façon personnalisée et avec l'intensité requise, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement qui dispense ces services ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

Ce droit aux services est encadré encore plus précisément concernant les conditions d'hébergement de l'enfant (articles 9 à 11.1 LPJ). En effet, les personnes mineures hébergées dans un établissement et soumises à des mesures disciplinaires doivent l'être en respect de leur intérêt et de façon conforme aux règles internes de l'établissement¹⁵⁰. L'article 10 alinéa 3 LPJ prévoit que l'hébergement en unité d'encadrement intensif ou l'isolement ne peuvent être imposés à titre de mesures disciplinaires¹⁵¹. Le recours à ces mesures est soumis aux conditions d'ouverture cumulatives suivantes :

1. L'hébergement a été ordonné par le tribunal (donc n'est pas par le biais d'une entente provisoire ou de mesures volontaires);

¹⁴⁷ Committee on the Rights of the Child, *General comment no. 4, Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*, UN Doc CRC/GC/2003/4, 2003 au para 35.

¹⁴⁸ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale no 14 (2000) : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*, UN Doc E/C.12/2000/4, 22e sess, 2000 au para 24.

¹⁴⁹ LPJ.

¹⁵⁰ Mario Provost, *Droit de la protection de la jeunesse*, Montréal, LexisNexis Canada, 2017 au para ¶53-242, à la p 27.

¹⁵¹ Un avis doit d'ailleurs être envoyé à Commission des droits de la personne et droits de la jeunesse dès qu'un enfant est hébergé en unité d'encadrement intensif (art 63 LPJ).

2. L'enfant constitue un risque sérieux pour lui-même ou pour les autres¹⁵².

Au niveau international, dans le cas particulier de la santé des adolescentes, le Comité des droits de l'enfant s'est penché sur les spécificités chez ce groupe du droit à la santé en matière de santé mentale dans son *Observation générale #4* :

En application de l'article 24 de la Convention, le Comité demande instamment aux États parties d'assurer aux adolescents atteints de troubles mentaux un traitement médical et des services de rééducation adaptés à leur handicap [...] et de protéger les adolescents de toutes pressions excessives, y compris du stress psychosocial. [...]. Tous les adolescents atteints de troubles mentaux ont le droit de bénéficier d'un traitement et de soins, dans la mesure du possible dans leur environnement familial. Si l'hospitalisation ou le séjour dans un établissement psychiatrique est jugé nécessaire, cette décision doit être prise dans le respect du principe de l'intérêt supérieur de l'enfant. En cas d'hospitalisation ou de placement en établissement psychiatrique, il convient d'accorder aux patients, dans la mesure du possible, l'exercice de tous les droits qui sont reconnus dans la Convention, et notamment du droit à l'éducation et à des activités récréatives. [...] Conformément à l'article 25 de la Convention, il incombe aux États parties de procéder à un examen périodique de la situation des adolescents hospitalisés ou placés dans des établissements psychiatriques¹⁵³.

Le Comité des droits de l'enfant a ainsi envoyé des directives claires quant à la protection des adolescentes, que ce soit en considérant les hospitalisations et les centres de réadaptation comme un moyen de dernier recours, mais aussi en exigeant des États des rapports périodiques sur la situation de ces jeunes. Le tout, dans l'objectif que les adolescentes puissent évoluer dans :

un environnement sain et favorable leur donnant la possibilité de participer à la prise des décisions concernant leur santé, d'acquérir des connaissances élémentaires, de se procurer des informations appropriées, de recevoir des conseils et de négocier les choix qu'ils opèrent en matière de comportement dans l'optique de la santé¹⁵⁴.

¹⁵² Provost, *supra* note 150 au para ¶53-242, à la p 28.

¹⁵³ Committee on the Rights of the Child, *supra* note 147 au para 29.

¹⁵⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *supra* note 148 aux para 22-23.

Selon leur interprétation de la CRDE, le consentement et l'opinion du jeune doivent être mis en priorité, avant celle des parents :

Avant de solliciter l'autorisation des parents, il faut permettre aux adolescents d'exprimer librement leurs opinions et celles-ci doivent être dûment prises en considération, conformément à l'article 12 de la Convention. Toutefois, en fonction du degré de maturité de l'adolescent, on peut s'adresser directement à lui pour obtenir son consentement en connaissance de cause et informer ensuite les parents, si cela paraît plus conforme à "l'intérêt supérieur de l'enfant" [article 3]¹⁵⁵.

Un principe législatif important sous-tendant les interventions du Comité des droits de l'enfant est le meilleur intérêt de l'enfant. La prochaine sous-section vise à définir brièvement les contours de ce principe vu son importance dans toute décision concernant une personne mineure et dans l'application de la LPJ.

iv. Le meilleur intérêt de l'enfant, l'intérêt supérieur de l'enfant et autres synonymes

Le meilleur intérêt de l'enfant est un concept qui ressort inévitablement dès qu'il est question de décisions à prendre à l'égard d'une adolescente et des droits de l'enfant en général. Ce principe est pourtant difficile à définir, délimiter et appliquer. Régulièrement, les gouvernements, les médias et les intervenants du milieu de la jeunesse réduisent les débats sociétaux concernant les droits des enfants à ce qui constitue leur meilleur intérêt. C'est d'ailleurs encore plus vrai au Québec depuis l'annonce de la réforme du droit de la famille en 2019, car le législateur a mis à l'avant plan le meilleur intérêt de l'enfant dans la législation¹⁵⁶. Son polymorphisme et sa variabilité ont mené certains à juger que ce

¹⁵⁵ Committee on the Rights of the Child, *supra* note 147 au para 32.

¹⁵⁶ Ministère de la Justice, Gouvernement du Canada, *Groupes de réflexion sur des questions de droit de la famille reliées à la garde et au droit de visite des enfants*, Ottawa, 2022; Isabelle Ducas, « Une définition plus juste du "meilleur intérêt de l'enfant" réclamée », *La Presse canadienne* (9 mai 2019) en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2019-05-09/une-definition-plus-juste-du-meilleur-interet-de-l-enfant-reclamee>>; François Bibeau, « L'intérêt de l'enfant est un fondement de notre société », *Le Devoir [de Montréal]* (31 août 2019) en ligne : <<https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/561732/l-interet-de-l-enfant-est-un-fondement-de-notre-societe>>.

principe devait être considéré inconstitutionnel en droit, ce qui a été refusé par la Cour suprême à deux reprises¹⁵⁷.

La Charte québécoise, une loi quasi constitutionnelle, édicte à l'article 39 les principes de protection de l'enfant.

39. Tout enfant a droit à la protection, à la sécurité et à l'attention que ses parents ou les personnes qui en tiennent lieu peuvent lui donner.

Cet article est le résultat de l'intégration d'une norme internationale en droit québécois, suivant la ratification du Québec à la CRDE. L'article 3 (1) CRDE établit le fondement international du principe de l'intérêt supérieur de l'enfant :

3 (1). Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

La CRDE a révolutionné la vision juridique de l'enfant en lui reconnaissant un ensemble de droits fondamentaux¹⁵⁸. Suivant la Charte québécoise et la CRDE, l'article 33 C.c.Q. est l'article de référence en matière de prise de décision dans l'intérêt de l'enfant et des éléments qui doivent être pris en considération dans l'interprétation de ce principe :

33. Les décisions concernant l'enfant doivent être prises dans son intérêt et dans le respect de ses droits.

Sont pris en considération, outre les besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques de l'enfant, son âge, sa santé, son caractère, son milieu familial, incluant la présence de violence familiale, y compris conjugale, ou de violence sexuelle, ainsi que les autres aspects de sa situation.

¹⁵⁷ Malacket, *supra* note 7 à la p 12 ; *Young c Young*, [1993] 4 RCS 3; *P (D) c S (C)*, [1993] 4 RCS 141.

¹⁵⁸ Philippe Malaurie et Hugues Fulchiron, *La famille*, 4e éd, Droit civil, Paris, Lextenso éditions, 2011 au para 1526.

Au-delà des articles de base, on retrouve le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant intégré dans plusieurs lois et règlements spécifiques. C'est notamment le cas de la LPJ, dont le deuxième paragraphe du préambule rappelle le principe du C.c.Q. à l'effet « que l'intérêt de l'enfant est la considération primordiale dans toute décision prise à son sujet ».

L'article 3 LPJ reprend d'ailleurs l'essentiel de l'article 33 C.c.Q. :

3. L'intérêt de l'enfant est la considération primordiale dans l'application de la présente loi. Les décisions prises en vertu de celle-ci doivent l'être dans l'intérêt de l'enfant et dans le respect de ses droits.

Sont pris en considération, outre les besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques de l'enfant, son âge, sa santé, son caractère, son milieu familial incluant les conditions socioéconomiques dans lesquelles il vit, et les autres aspects de sa situation.

La *Loi sur le divorce*¹⁵⁹ fait aussi écho, au niveau fédéral, à la CRDE et prévoit qu'en matière de temps parental, le seul critère d'évaluation par le tribunal est l'intérêt de l'enfant, énumérant conséquemment la série d'éléments à prendre en considération pour déterminer ce qui constitue ce meilleur intérêt dans la situation présentée :

16 (1) Le tribunal tient uniquement compte de l'intérêt de l'enfant à charge lorsqu'il rend une ordonnance parentale ou une ordonnance de contact.

(2) Lorsqu'il tient compte des facteurs prévus au paragraphe (3), le tribunal accorde une attention particulière au bien-être et à la sécurité physiques, psychologiques et affectifs de l'enfant.

(3) Pour déterminer l'intérêt de l'enfant, le tribunal tient compte de tout facteur lié à la situation de ce dernier, notamment : [...]

L'interprétation du principe de « l'intérêt supérieur de l'enfant » n'est pas simple et suscite un important débat, autant en droit international qu'en droit interne¹⁶⁰. Même si les tenants

¹⁵⁹ *Loi sur le divorce*, LRC 1995, c 3 (2e suppl).

¹⁶⁰ Karl Hanson, « Schools of thought in children's rights » dans Manfred Liebel, dir, *Children's Rights from Below Cross-Cultural Perspectives*, New York, Palgrave Macmillan, 2012 63; Nigel Cantwell, « Words that Speak Volumes » dans Institut international des droits de l'enfant et Office of the UN High Commissioner for Human Rights, dir, *18 Candles: The Convention on the Rights of the Child Reaches Majority*, Sion,

et aboutissants de ce débat ne sont pas abordés dans cette thèse, il importe de garder en tête que l'évaluation de ce principe de droit par les tribunaux reste sujette à évolution et à discussion. Conséquemment, il reste très difficile de circonscrire ce principe, car son interprétation demeure intimement reliée aux faits de chaque instance. Récemment, la Cour suprême réitérait l'importance d'individualiser l'analyse de l'intérêt de l'enfant :

Chaque enfant étant unique, cette prise en considération s'exerce au cas par cas. Il s'agit d'une analyse intrinsèquement contextuelle, qui doit tenir compte, « outre les besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques de l'enfant, [de] son âge, sa santé, son caractère, son milieu familial et [d]es autres aspects de sa situation¹⁶¹.

Dans l'arrêt *Nouveau-Brunswick (Ministère de la santé et des services communautaires) c. C.(G.C.)*, la Cour suprême a considéré que suivant la CRDE, les législatures et tribunaux devaient tenir compte de l'intérêt supérieur de l'enfant « du point de vue de ce dernier, plutôt que du point de vue des parents »¹⁶². L'intérêt de l'enfant ne doit pas non plus être utilisé pour « rendre une décision de complaisance »¹⁶³. Alors même qu'il a souvent été [et il est encore] considéré que les adultes sont plus à même de décider pour les enfants, la reconnaissance de la capacité juridique de la personne mineure de 14 ans et plus et sa jouissance de droits fondamentaux impliquent l'impossibilité de « faire n'importe quoi en invoquant simplement son “meilleur intérêt” »¹⁶⁴. Cela dit, le meilleur intérêt de l'enfant étant un élément central dans le cadre législatif autant international que québécois, il sera

Institut international des droits de l'enfant, 2007 21; Michael Freeman, « Children's rights as human rights: Reading the UNCRC » dans Jens Qvortrup, William A Corsaro et Michael-Sebastian Honig, dirs. *The Palgrave handbook of childhood studies*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2009 377.

¹⁶¹ *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c Directrice de la protection de la jeunesse du CISSS A*, 2024 CSC 43.

¹⁶² *Protection de la jeunesse - 086*, 2008 QCCQ 1876; *Nouveau-Brunswick (Ministre de la santé et des services communautaires) c C(G.C.)*, [1988] 1 RCS 1073; Provost, *supra* note 150 au para ¶53-635, à la p 44.

¹⁶³ *Protection de la jeunesse — 0857*, 2008 QCCQ 5743 au para 16.

¹⁶⁴ Provost, *supra* note 150 au para ¶53-925, à la p 111; Edith Deleury, Louise Langevin et Christelle Landheer-Cieslak, *La personne humaine, entre autonomie et vulnérabilité: mélanges en l'honneur d'Édith Deleury*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2015.

le fil conducteur de cette thèse. En effet, pour être en mesure de comprendre et d'analyser le refus de soins des 14 à 18 ans, la perspective du meilleur intérêt de l'enfant sera à la fois utilisée comme concept et outil d'interprétation dans le cadre de la thèse. Cela nous amène donc à préciser le cadre légal applicable au refus de soins.

1.1.2 Le refus de soins de la personne mineure de 14 ans et plus

Corollaire au consentement, le droit de la personne majeure apte à refuser des soins a été consacré dans le jugement Nancy B¹⁶⁵. Comme expliqué précédemment, à quelques exceptions près, le refus de soins s'exerce selon les mêmes caractéristiques qu'un consentement aux soins : la personne doit avoir été valablement informée, être libre de son choix, avoir la capacité légale de refuser un soin et être apte à refuser¹⁶⁶. Preuve de l'importance du droit de refuser des soins en droit québécois, l'article 16 C.c.Q. prévoit que, dans certaines situations, l'autorisation du tribunal est nécessaire pour imposer des soins aux personnes majeures inaptes ou aux personnes mineures qui les refusent :

16. L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement ; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

L'autorisation de soins est édictée comme un mécanisme de régulation exceptionnel par rapport aux principes généraux du consentement aux soins et concerne autant les soins

¹⁶⁵ *Nancy B c Hotel-Dieu de Quebec*, [1992] RDF 125 (CS).

¹⁶⁶ Arts 11, 14 et 16 C.c.Q.

physiques que de santé mentale¹⁶⁷. La demande en autorisation de soins est déposée au nom de la médecin traitante ou de l'établissement de santé qui souhaite prodiguer des soins contre le gré de la personne ou de sa représentante qui refuse de façon injustifiée. Le tribunal ayant la compétence pour rendre des autorisations de soins est la Cour supérieure (article 33 alinéa 1 et 38 du *Code de procédure civile* (ci-après « Cpc »). L'établissement doit prouver l'inaptitude de la personne (rappelons que l'aptitude est présumée), au moyen d'une « preuve médicale et factuelle » répondant aux cinq éléments de l'arrêt *Pinel* de la Cour d'appel, puis démontrer la nécessité des soins¹⁶⁸. Le Tribunal sera alors appelé à appliquer la grille d'analyse en deux étapes de l'arrêt *FD*¹⁶⁹ :

À la première [étape], il y a lieu d'établir l'inaptitude de la personne selon les critères [de l'arrêt *Pinel*] mentionnés ci-haut. Lorsque l'inaptitude de la personne est constatée [...], nous passons à la deuxième étape : toute ordonnance doit alors être conforme aux exigences de l'article 12 C.c.Q. et il faut, selon la Cour d'appel, a) que les soins soient effectivement requis et décrits avec suffisamment de précision, b) que les effets bénéfiques soient supérieurs aux effets néfastes, et c) que la durée de l'ordonnance soit spécifiée¹⁷⁰.

En cas de refus d'une personne mineure de 14 ans et plus, l'autorisation du tribunal doit aussi être obtenue par l'établissement de santé pour prodiguer les soins refusés (article 16 alinéa 2 C.c.Q.). Les détails de la procédure judiciaire d'autorisation de soins se retrouve à la section 1.1.3.

À la différence de la personne majeure inapte où il y a une demande en autorisation de soins en cas de refus de soins catégorique ou d'un refus de la représentante de la personne

¹⁶⁷ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 29.

¹⁶⁸ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 346; Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 29; art.242 Cpc; *Pinel*, *supra* note 67.

¹⁶⁹ *FD*, *supra* note 3 au para 54.

¹⁷⁰ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 224.

majeure inapte qui oppose un refus injustifié (article 16 alinéa 1 C.c.Q.), l'autorisation du tribunal est nécessaire dès le refus de la personne mineure, selon l'article 16 alinéa 2 C.c.Q.¹⁷¹. Ce refus n'a pas à être « injustifié ou déraisonnable par rapport à son meilleur intérêt. Il n'est pas nécessaire que la vie de la personne mineure soit en danger ou son intégrité menacée »¹⁷². Tel que soulevé précédemment, il existe un débat doctrinal sur la capacité légale des personnes mineures de 14 ans et plus à refuser des soins. Ce débat s'étend aussi au recours à l'autorisation de soins. Les auteurs Kouri et Philips-Nootens soutiennent qu'à la suite de l'évaluation par un médecin de l'aptitude à consentir de la personne mineure de 14 ans et plus selon les cinq critères de *Pinel*, si on conclut qu'il y a un enjeu au plan de l'aptitude à consentir, l'établissement de santé doit la considérer comme une personne mineure de moins de 14 ans plutôt que d'introduire un recours au tribunal¹⁷³. Or, ceci est contraire à l'art 16 alinéa 2 C.c.Q. et à l'essence des débats parlementaires cités plus haut, qui ne font aucune distinction sur la base de l'aptitude pour qu'une telle autorisation soit nécessaire. Me Ménard semble d'avis contraire à Kouri et Philips-Nootens en considérant que l'intervention judiciaire en cas de refus de traitement est élargie à la personne mineure de 14 ans et plus, à certaines conditions :

Ainsi, l'ordonnance judiciaire serait nécessaire pour traiter un mineur de quatorze ans et plus lorsque la condition de ce dernier n'est pas urgente et qu'il refuse un traitement. Cette ordonnance s'obtiendrait de la même manière que celle prévue pour le majeur inapte [...]. La loi actuelle [référence au *Code civil du Bas-Canada*] ne contient aucune disposition de cette nature.¹⁷⁴

Cela concorde avec une interprétation restrictive des dispositions du C.c.Q. permettant des atteintes au droit à l'intégrité de la personne devrait être appliquée en tout point :

¹⁷¹ Ferron Parayre, *supra* note 44 à la p 24.

¹⁷² Deschamps, *supra* note 118, n° 188.

¹⁷³ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 483.

¹⁷⁴ Ménard, « Règles relatives au consentement », *supra* note 131 à la p 683.

« La centralité du droit à l'intégrité dans le droit civil québécois, la spécificité du cadre procédural et les principes qui sous-tendent les théories d'interprétation des lois lorsqu'il s'agit de droits de la personne imposent une interprétation restrictive des dispositions et justifient le rôle fondamental dévolu aux tribunaux en matière d'autorisation de soins »¹⁷⁵.

Cela est d'autant plus nécessaire à la suite de recherches dans le district judiciaire de Montréal qui ont démontré que les principales parties défenderesses dans ce type de recours sont en majorité des personnes souffrant de troubles mentaux, « sans emploi, isolés socialement et défavorisés économiquement »¹⁷⁶.

Par ailleurs, certains auteurs considèrent qu'un refus de soins par une personne mineure devrait entraîner un signalement à la DPJ si les parents soutiennent ce refus. Pour Kouri et Philips-Nootens, en cas de refus de soins, l'établissement de santé peut faire un signalement à la DPJ en vertu de l'article 46 LPJ qui permet à la DPJ de prendre des mesures de protection immédiates¹⁷⁷. Un avocat suggère d'ailleurs aux professionnelles de la santé de faire un signalement lorsqu'ils font face à un « refus médicalement déraisonnable » que les parents appuient¹⁷⁸. Dans un cas de double refus, le tribunal peut pourtant outrepasser le double refus par le jeu des articles 16 alinéa 2 C.c.Q. et 23 alinéa 2 C.c.Q. Ces auteurs posent le critère de l'intérêt de l'enfant pour signaler une telle situation à la DPJ:

Dans tous les cas, les établissements de santé et les professionnels qui y exercent devront guider leur intervention en se fondant sur le critère de l'intérêt de l'enfant. Dans l'état actuel du droit québécois, le droit à la vie et à la santé du mineur âgé de

¹⁷⁵ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 348.

¹⁷⁶ *Ibid* à la p 344.

¹⁷⁷ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 481.

¹⁷⁸ Éric Séguin, « Le refus de soins injustifié d'un mineur âgé de 14 ans et plus: quand l'établissement de santé doit-il intervenir pour le protéger? » dans *Pouvoirs publics et protection 2003*, S.F.B.Q., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2003, 149 à la p 163 [Séguin, « Refus de soins injustifié »]. Voir aussi : Marie-Nancy Paquet, « Prendre les moyens légaux de soigner : choix ou obligation? » dans *Obligations et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défaillant (2008)*, S.F.B.Q., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 163.

quatorze ans et plus semble prévaloir sur le droit à son intégrité physique ou sur sa liberté de religion¹⁷⁹.

Tous ne sont toutefois pas de cet avis. Les auteures Knoppers et Le Bris sont claires à l'effet qu'un double refus doit être respecté : « Si les parents respectent la décision de la personne mineure et refusent également les soins, le médecin doit respecter ce double refus »¹⁸⁰. Conséquemment, pour soumettre la personne mineure à des soins en de telles circonstances, le litige devrait être porté devant le tribunal. Tel qu'expliqué précédemment, le tribunal ayant la compétence pour rendre des autorisations de soins est la Cour supérieure, mais il existe un chevauchement de compétence entre la Cour supérieure et la Ch.j. lorsqu'il est question de soins visant une personne mineure¹⁸¹. C'est cette double compétence qui sera explicitée dans la prochaine section.

1.1.3 Compétence judiciaire pour outrepasser le refus de soins d'une personne mineure de 14 ans et plus

Dans l'arrêt *Kredl*¹⁸², la Cour suprême a indiqué que la LPJ établit « un régime spécial ou une voie distincte en faveur de la DPJ seulement »¹⁸³. Il faut se rappeler que la LPJ a été adoptée par le législateur comme une « loi d'application exceptionnelle » nécessitant une interprétation large et libérale en raison de sa visée réparatrice¹⁸⁴.

¹⁷⁹ Séguin, « Refus de soins injustifié », *supra* note 178 à la p 164.

¹⁸⁰ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 à la p 482, au para 482, ndbp 2037 citant Bartha Knoppers et Sonia Le Bris, « L'inviolabilité de la personne et responsabilité hospitalière à la lumière du nouveau Code civil du Québec : Quand le prisme législatif sclérose la pratique médicale ? » dans *La responsabilité hospitalière, maximiser la protection, minimiser l'exposition*, Toronto, L'Institut Canadien, 1994, 1 à la p 33.

¹⁸¹ *Protection de la jeunesse - 073274*, 2007 QCCQ 14576 au para 44; *Protection de la jeunesse — 211449*, 2021 QCCS 1399 au para 102.

¹⁸² *Kredl c Attorney General of Quebec*, [1966] RCS 320.

¹⁸³ *Protection de la jeunesse - 073274*, *supra* note 181 au para 38.

¹⁸⁴ Provost, *supra* note 150 aux para 53-505; *Protection de la jeunesse — 123979*, 2012 QCCA 1483 au para 21.

Conséquemment, le pouvoir du tribunal est circonscrit pour éviter une immission de l'État dans la sphère familiale¹⁸⁵. La Ch.j. a donc juridiction pour les demandes concernant un enfant domicilié au Québec et dont la sécurité et/ou le développement sont compromis¹⁸⁶. La Ch.j. peut donc rendre des ordonnances en une diversité de matière, y compris en matière de soins de santé. Conséquemment, malgré une compétence concurrente, la Cour supérieure conserve ses pleins pouvoirs en matière de soins et doit être le tribunal mobilisé dans la majorité des cas, sauf dans les cas où le régime spécial de la LPJ s'applique¹⁸⁷. Plus précisément, c'est lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis au sens de l'article 38 LPJ que la Ch.j. a compétence pour rendre une ordonnance de soins¹⁸⁸.

Les motifs de compromission sont prévus à l'article 38 LPJ :

38. Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'exposition à la violence conjugale, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.

On entend par :

a) abandon : lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne ;

b) négligence :

1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux :

i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources ;

ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale ;

¹⁸⁵ Provost, *supra* note 150 aux para 53-605.

¹⁸⁶ Art 73 al. 2 LPJ; Provost, *supra* note 150 au para ¶53-550, à la p 33.

¹⁸⁷ *Kredl c. Attorney General of Quebec*, *supra* note 182.

¹⁸⁸ Art 91 (i) LPJ.

iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que l'enfant reçoive une instruction adéquate et, le cas échéant, pour qu'il remplisse son obligation de fréquentation scolaire prévue par la Loi sur l'instruction publique (chapitre I-13.3) ou par toute autre loi applicable ;

2° lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1° ;

c) mauvais traitements psychologiques : lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, du contrôle excessif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à effectuer un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence familiale ;

c.1) exposition à la violence conjugale : lorsque l'enfant est exposé, directement ou indirectement, à de la violence entre ses parents ou entre l'un de ses parents et une personne avec qui il a une relation intime, incluant en contexte post-séparation, notamment lorsque l'enfant en est témoin ou lorsqu'il évolue dans un climat de peur ou de tension, et que cette exposition est de nature à lui causer un préjudice ;

d) abus sexuels :

1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant toute forme d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant un risque sérieux d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ;

e) abus physiques :

1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ;

f) troubles de comportement sérieux : lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose.

Cette liste de circonstances prévues par la LPJ, permettant la possibilité ou l'obligation d'intervention par la DPJ ou la Ch.j., est « limitative et exhaustive »¹⁸⁹. Si l'une de ces circonstances est prouvée, il y a présomption que l'enfant est dans une situation de compromission, au sens de l'article 38 LPJ¹⁹⁰. Une fois le motif établi, le tribunal se réfère à l'article 91 LPJ qui prévoit les différentes ordonnances que peut rendre la Ch.j. en lien avec des soins :

91. Si le tribunal en vient à la conclusion que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, il peut, pour la période qu'il détermine, ordonner l'exécution de l'une ou de plusieurs des mesures suivantes :

[...]

g) que l'enfant soit confié à un établissement qui exploite un centre hospitalier ou un centre local de services communautaires ou à un organisme afin qu'il y reçoive les soins et l'aide dont il a besoin ;

[...]

i) que l'enfant reçoive certains soins et services de santé ;

j) que l'enfant soit confié à un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou à une famille d'accueil, choisi par l'établissement qui exploite le centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ;

[...]

Bien que la compétence de la Cour supérieure et de la Ch.j. en matière de soins des personnes mineures se chevauche et qu'il n'y ait pas une différence notable entre leurs pouvoirs respectifs pour outrepasser le refus, ils ne sont pas mobilisés dans le même contexte et visent des objectifs distincts. Globalement, dans le cas d'une instance civile, l'autorisation de soins est une autorisation donnée par le tribunal à un établissement de

¹⁸⁹ Provost, *supra* note 150 au para ¶53-575, à la p 40.

¹⁹⁰ *Ibid* au para ¶53-575, à la p 41.

santé pour outrepasser le refus de la personne mineure de 14 ans et plus¹⁹¹. Dans le cas d'une instance en protection de la jeunesse, l'ordonnance de soins n'est pas une fin en soi, mais une mesure (souvent parmi d'autres) pour mettre fin à la situation de compromission dans laquelle se retrouve l'enfant¹⁹². Ainsi, la Ch.j. ne se penchera pas sur l'aptitude à consentir aux soins. Autrement dit, des ordonnances de soins rendues dans le même contexte que des autorisations de soins ne sont pas soumises aux mêmes critères et exigences. Les deux prochaines sous-sections serviront à mieux expliciter et détailler le régime juridique propre à chacun de ces deux tribunaux et leurs impacts sur l'instance.

i. Particularités procédurales à la Cour supérieure

Selon l'article 16 alinéa 2 C.c.Q. et le Cpc, la Cour supérieure a compétence dans le cas d'un refus de soins par une personne mineure de 14 ans et plus, sans égard à son inaptitude, tel qu'expliqué à la section précédente. On parle alors d'autorisation de soins, car le tribunal donne à l'établissement de santé et aux professionnelles demandereses l'autorisation de poser des actes autrement interdits et susceptibles d'engager leur responsabilité civile. Ces audiences se tiennent à huis clos¹⁹³.

L'établissement de santé institue la procédure d'autorisation judiciaire de soins par une demande écrite qui est signifiée en mains propres à la personne mineure de 14 ans et plus et aux titulaires de l'autorité parentale (qui sont conséquemment mis en cause) au minimum cinq jours avant que le tribunal ne l'entende (sauf en cas d'urgence)¹⁹⁴. Cette demande doit

¹⁹¹ Art 16 al 2 C.c.Q..

¹⁹² Arts 1, 38, 52 et 91 LPJ; *Protection de la jeunesse - 073274*, supra note 181 aux para 42 et 44; *Protection de la jeunesse — 211449*, supra note 181 au para 104.

¹⁹³ Art.15 Cpc

¹⁹⁴ Arts 121, 393 al 1 et 395 Cpc. Il est à noter que selon l'art 123 al.1 Cpc, le tribunal peut autoriser une notification autrement qu'en mains propres.

être accompagnée d'un avis l'informant de ses droits et obligations¹⁹⁵. Selon l'article 23 alinéa 2 C.c.Q. et 391 alinéa 1 Cpc, la Cour supérieure est tenue, dans tous les cas, de considérer les volontés de la partie défenderesse et respecter son refus en cas de soins non requis. Sauf exceptions, le tribunal a l'obligation d'entendre personnellement la partie défenderesse pour recueillir ses observations, son avis ou l'interroger avant qu'une décision ne soit rendue¹⁹⁶. La Cour d'appel a d'ailleurs rappelé en 2021 et 2022 l'importance du respect de l'équité procédurale en matière d'autorisation de soins et le rôle du tribunal de s'assurer « que la personne visée par une demande de soins puisse véritablement être entendue et [faire] valoir ses droits »¹⁹⁷.

Les critères décisionnels sont l'évaluation de l'inaptitude (même si l'autorisation est nécessaire en cas d'aptitude chez la personne mineure) et de la légalité du plan de soins¹⁹⁸, selon les éléments et la grille d'analyse de l'arrêt *FD* explicités dans la section précédente. Cette preuve est entièrement à la charge de la partie demanderesse suivant l'application des règles de la procédure non contentieuse (303 alinéa 1 paragraphe 1 Cpc). Dans le cadre des autorisations de soins devant la Cour supérieure, la médecin qui soumet un rapport est aussi la médecin traitante de la patiente défenderesse et, conséquemment, n'est pas indépendante vis-à-vis du litige : « En raison de son implication à titre de demandeur, le

¹⁹⁵ Art 393 al 3 Cpc.

¹⁹⁶ Art 391 Cpc. Les exceptions sont les suivantes : 1) impossibilité de procéder à l'interrogatoire; 2) il est manifestement inutile d'exiger les observations ou l'avis de la personne ou l'interroger en raison d'une situation d'urgence ou de son état de santé; 3) il est démontré au tribunal que cela pourrait être nuisible à sa santé ou sa sécurité ou celle d'autrui.

¹⁹⁷ *A.N. c Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2022 QCCA 1167 aux para 26-31; *A.F. c Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides*, 2021 QCCA 928 au para 29.

¹⁹⁸ *Protection de la jeunesse — 211449*, *supra* note 181 au para 107.

psychiatre agit alors plutôt à titre de conseiller du tribunal que d'expert »¹⁹⁹. La psychiatre est ainsi en demande et initiatrice de la demande, en plus d'être celle qui exécutera la décision. Elle agit à la fois comme partie et comme témoin. Le tribunal ne la reconnaît conséquemment pas comme experte au sens du Cpc. De façon plus exceptionnelle, une contre-expertise est déposée²⁰⁰. Les expertes, dont la présence est rare en matière d'autorisations de soins, doivent être indépendantes au sens de l'article 235 Cpc et leurs rapports doivent répondre aux caractéristiques prévues à l'article 231 Cpc :

231. L'expertise a pour but d'éclairer le tribunal et de l'aider dans l'appréciation d'une preuve en faisant appel à une personne compétente dans la discipline ou la matière concernée.

L'expertise consiste, en tenant compte des faits relatifs au litige, à donner un avis sur des éléments liés à l'intégrité, l'état, la capacité ou l'adaptation d'une personne à certaines situations de fait, ou sur des éléments factuels ou matériels liés à la preuve. [...].

Règle générale en matière de procédures civiles, en cas d'expertises contradictoires par les parties opposées, le tribunal doit retenir « celle qui lui semble la plus appropriée au cas soumis. Il ne peut écarter indûment l'opinion d'un médecin ou d'une autre experte pour y substituer la sienne »²⁰¹. Cela dépend toutefois des procédures. En matière de garde, l'article 30, alinéa 2 C.c.Q., permet au tribunal d'écarter une expertise ou un avis médical « s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire ». En matière de soins, le C.c.Q. ne prévoit pas aussi explicitement la

¹⁹⁹ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 346.

²⁰⁰ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 223; Annie Rainville et Doris Provencher, « Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques » dans *La protection des personnes vulnérables* (2010), S.F.C.B.Q., Cowansville, Édition Yvon Blais, 2010, 143 à la p 161.

²⁰¹ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 223.

possibilité d'écarter les expertises et l'avis médical²⁰². Par ailleurs, il n'est pas rare que seuls les rapports de l'établissement de santé soient déposés :

Dans 62 % des décisions, la preuve présentée par le demandeur n'est constituée que de rapports (témoignage par écrit), une tendance qui semble aller en augmentant (en 2009, cette proportion grimpe à 71 %). Alors que l'établissement demandeur produit la preuve sous forme de témoignage en personne, il s'agit le plus souvent d'un seul expert (28 % des décisions étudiés), parfois de deux experts ou plus. Ce sont majoritairement des psychiatres, mais des travailleuses sociales, des médecins généralistes et des infirmières peuvent également être appelés à témoigner²⁰³.

Si l'autorisation de soins est accordée, elle doit être appliquée par l'établissement de santé dans les 3 mois du jugement, sauf avis contraire du tribunal²⁰⁴. Le délai d'appel est de 5 jours à compter du moment où le jugement est rendu et il s'agit d'un appel de plein droit²⁰⁵. Il arrive que l'autorisation de soins vise une personne mineure de 14 ans et plus, qui est aussi pris en charge par la DPJ. Dans ces situations, la DPJ est mise en cause et l'intervenante au dossier est régulièrement appelée à témoigner. Dans les cas touchant les personnes mineures, le tribunal doit prendre sa décision dans l'intérêt de l'enfant et le respect de ses droits²⁰⁶. Un critère décisionnel supplémentaire qui rejoint ce que l'article 3 LPJ prévoit.

ii. Particularités procédurales et décisionnelles à la Cour du Québec (chambre de la jeunesse)

Après avoir détaillé la procédure civile en matière d'autorisation de soins, il importe de situer le régime créé par la LPJ. La compétence de la Ch.j. n'est pas reliée à l'article 16 alinéa 2 C.c.Q., et ce tribunal rend plutôt une ordonnance de soins basée sur l'article 91 LPJ

²⁰² Ministère de la Justice, « Article 23 » dans *Commentaires du ministre de la Justice - Le Code civil du Québec*, Québec, Les Publications du Québec, 1993.

²⁰³ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 351.

²⁰⁴ Art 330 Cpc.

²⁰⁵ Arts 30 et 361 al 2 Cpc.

²⁰⁶ Art.33 C.c.Q..

dû « à la conclusion de compromission et non à l'inaptitude de l'enfant »²⁰⁷. Comme expliqué dans de nombreux rapports faits sur le système de protection de la jeunesse et réitérés par la Commission Laurent, « la LPJ n'a pas un objectif de prévention comme la [LGSSSS]. Elle a plutôt un objectif curatif, soit de mettre fin à une situation qui compromet la sécurité ou le développement d'un enfant »²⁰⁸. Historiquement, la LPJ, adoptée à l'unanimité en 1977 et entrée en vigueur en 1979, vise à remédier à des situations exceptionnelles où les parents n'assurent pas la protection de leur enfant, qui, lui, voit conséquemment sa sécurité ou son développement compromis. La première version affirmait « la primauté de l'intervention sociale sur l'intervention judiciaire »²⁰⁹. La LPJ a donc créé la DPJ comme filet de sécurité sociale, un système de dernier recours²¹⁰. Adopté en 1984, le principe cardinal de la LPJ demeure l'intérêt de l'enfant²¹¹. Elle doit être interprétée conformément à la Charte québécoise²¹².

C'est la notion de « respect de ses droits » qui impose au tribunal chargé de juger l'instance certaines obligations situées hors du cadre légal de la LPJ²¹³. De nombreux rapports issus de commissions, de groupes de travail ou de comités d'experts ont scruté en détail la LPJ et son application pratique, rappelant toujours son caractère exceptionnel²¹⁴. C'est

²⁰⁷ *Protection de la jeunesse* — 211449, *supra* note 181 au para 104.

²⁰⁸ Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, *supra* note 20, à la p.46.

²⁰⁹ *Ibid* à la p 38.

²¹⁰ *Ibid* à la p 47.

²¹¹ Art.3 al.1 *LPJ*.

²¹² *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Directrice de la protection de la jeunesse du CISSS A*, *supra* note 161 au para 25.

²¹³ *Protection de la jeunesse* — 211449, *supra* note 181 au para 108.

²¹⁴ Voir notamment : *Comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en centre d'accueil* (« Rapport Batshaw »), 1975 ; *Commission parlementaire spéciale sur la protection de la jeunesse*, (« Rapport Charbonneau »), 1982 ; *Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (« Rapport Rochon »), 1988 ; *Groupe de travail sur l'évaluation de la Loi sur la protection de la jeunesse* (« Rapport Jasmin »), 1992 ; *Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse* (« Rapports Lebon »), 1998-1999) ; *Comité de coordination des chantiers jeunesse*, 2001 ; *Comité d'experts sur la*

uniquement en 1994 qu'est adoptée la version de l'article 91 LPJ qui mentionne la possibilité d'ordonner certains services de santé²¹⁵. C'est en 2007 qu'il a été question de soins et de services de santé²¹⁶. Lors des débats parlementaires, plus particulièrement sur la question de l'ordonnance de soins, la ministre de la Santé et des Services sociaux (Lucienne Robillard) rappelait que l'ordonnance de soins visait avant tout à assurer la fin d'une situation de compromission qui pourrait être réglée par l'obtention de services de santé :

Mme Robillard : En conclusion, je dirais qu'il faut être très prudent avec la Loi sur la protection de la jeunesse, dans le sens que ce n'est quand même pas une loi d'accès à des services. Il ne faudrait pas non plus que le directeur de la protection de la jeunesse devienne la porte d'entrée pour avoir accès aux services de santé et aux services sociaux dans tout le réseau. C'est une loi qui doit favoriser l'accès aux services pour les enfants qui ont à être protégés. Mais c'est très différent de tomber dans d'autres éléments, et le pouvoir de contrainte, dont parle le député de l'Opposition, nous amènerait, d'après moi, à faire de la Loi sur la protection de la jeunesse une loi d'accès aux services²¹⁷.

[mes soulignements]

L'ajout de « soins » à 91i) LPJ n'a pas été l'objet de débats et l'amendement apporté en 2007 a été accepté tel quel²¹⁸. Bref, la Ch.j. a compétence pour prononcer une ordonnance de soins et de services de santé si elle déclare la sécurité ou le développement d'un enfant compromis. Il n'en reste pas moins que « les droits fondamentaux garantis par la Charte [canadienne] s'appliquent en matière de protection de la jeunesse en y faisant les

révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (« Rapport Dumais »), 2004 ; *Équipe de travail sur la modernisation des processus judiciaires en matière d'administration de la justice* (« Rapport Turmel »), 2004 ; *Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse* (« Rapport Laurent »), 2021.

²¹⁵ *Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse*, LQ c 35, art 55.

²¹⁶ *Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives*, LQ c 34, art 62.

²¹⁷ Québec, Assemblée nationale, *Étude détaillée du projet de loi no 31, Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse*, 1re sess., 34e légis., 1994 (Mme Lucienne Robillard).

²¹⁸ Québec, Assemblée nationale, *Étude détaillée du projet de loi no 125 — Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives*, 2e sess., 37e légis., 2006.

adaptations nécessaires »²¹⁹. La Cour suprême a souligné que, malgré la difficulté d'arrimer l'autonomie des adolescentes avec le devoir de protection de l'État, le critère de « l'intérêt supérieur » de l'enfant exige « d'accorder à l'opinion de l'enfant un poids »²²⁰.

Pour que la Ch.j ait compétence, plusieurs étapes doivent avoir été accomplies antérieurement par la DPJ²²¹. Le tableau suivant résume globalement ce processus, incluant l'implication du tribunal :

Tableau 1 - Intervention de la DPJ à la suite d'un signalement

Étapes	Explications
1. Signalement (chapitre IV, section I LPJ)	La DPJ intervient uniquement à la suite d'un signalement à l'effet que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 LPJ (ce qu'on appelle une situation de compromission) ²²²
2. Traitement du signalement par la DPJ (chapitre IV, sections I et II LPJ)	À la suite d'une analyse sommaire de la situation, la DPJ détermine si le signalement est retenu ou non. Les facteurs suivants sont évalués pour déterminer si le signalement est retenu ou s'il y a un motif de compromission : (article 38.2 LPJ) a) la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés ; b) l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant ; c) la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant ; d) les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents.

²¹⁹ Provost, *supra* note 150 au para ¶53-650, à la p51.

²²⁰ *AC c Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, [2009] 2 RCS 181 aux para 82-83, 88 [AC].

²²¹ Gouvernement du Québec, « Intervention du DPJ à la suite d'un signalement », en ligne: <<https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/services-jeunes-difficulte-famille/protection-de-la-jeunesse/intervention-du-dpj-a-la-suite-d-un-signalement>>.

²²² L'article 39 LPJ prévoit l'obligation de signalement.

	<p>D'autres facteurs peuvent aussi être applicables selon les circonstances particulières (voir les articles 38.2.1 et suivants LPJ)</p> <p>Si le signalement est non retenu, l'intervention de la DPJ finit à cette étape. Si le signalement est retenu, les étapes suivantes sont réalisées :</p>
3. Évaluation de la situation de l'enfant (chapitre IV, sections II et III LPJ)	L'évaluation se fait selon les mêmes facteurs de l'article 38.2 LPJ. À l'issue de cette évaluation, la DPJ décide si l'enfant est dans une situation de compromission. Si c'est le cas, l'intervention de la DPJ est poursuivie.
4. Mise en place de mesures de protection (chapitre IV, sections II.1 et III et chapitre V, section I LPJ)	<p><u>Mesures de protection immédiates</u> : La DPJ peut appliquer des mesures de protection d'une durée maximale de 48 h, si les circonstances le justifient. Si, à l'issue de ce 48 h, des mesures sont toujours nécessaires et qu'une entente provisoire n'est pas possible avec les parents, la Ch.j. est alors saisie.</p> <p><u>Ordonnance de prolongation des mesures de protection immédiate</u> : la Ch.j. peut ordonner une prolongation, si elle l'estime nécessaire, des mesures pour une période maximale de 5 jours ouvrables, même en cas d'opposition de la personne mineure âgé de 14 ans ou plus ou de ses parents.</p> <p><u>Mesures de protection</u> : S'il n'est pas possible de convenir d'une entente d'intervention de courte durée ou sur des mesures volontaires avec les parents et la personne mineure de 14 ans et plus, la Ch.j. est saisie. Le Tribunal décide alors si l'enfant est en situation de compromission. Le cas échéant, le tribunal prononce une ordonnance détaillant les mesures nécessaires pour mettre fin à la situation.</p>
5. Révision (chapitre IV, section III. 1 LPJ et <i>Règlement sur la révision de la situation d'un enfant</i> ²²³)	La DPJ a l'obligation de réviser la situation de l'enfant qui fait l'objet de mesures, dans les délais prévus au <i>Règlement sur la révision de la situation d'un enfant</i>

²²³ *Règlement sur la révision de la situation d'un enfant*, RLRQ c P-341, r 8.

6. Fin de l'intervention	La DPJ se retire du dossier lors de la survenance d'une des situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • La sécurité ou le développement de l'enfant n'est plus compromis ; • L'enfant est adopté ; • Un tuteur est nommé ; • L'enfant devient majeur.
--------------------------	---

Il importe de garder en tête que, si le ou les parents ainsi que la personne mineure de 14 ans et plus collaborent et acceptent les soins recommandés, le tribunal n'a pas à intervenir²²⁴. Les parties dans le cadre d'une instance en protection de la jeunesse ne sont pas les mêmes. Il y a trois parties à l'instance : la DPJ (c'est habituellement elle qui est en demande²²⁵), l'enfant et ses parents. Plutôt que d'être désignés comme les parties défenderesses, elles sont plutôt désignées sous le nom d'« enfant », de « mère » et de « père »²²⁶. Contrairement à la Cour supérieure, la Ch.j. se base sur la LPJ et aucun article de cette loi concernant l'ordonnance de soins ne prévoit la prise en compte par ce tribunal de la capacité à consentir aux soins de la personne mineure de 14 ans et plus et de ses volontés. De plus, il n'y a pas l'équivalent de l'article 23 alinéa 2 C.c.Q. et la participation de l'enfant dans la prise de décision est seulement à privilégier²²⁷. L'enfant a toutefois le droit d'être entendue²²⁸. Dans tous les cas, ce n'est ni la DPJ ni les établissements de santé qui peuvent, par le biais de la LPJ, prendre les décisions de soins pour les personnes mineures de 14 ans et plus, aptes ou inaptes :

[118] Dans *F. D.*, la Cour d'appel a rappelé qu'au terme de l'article 16 C.c.Q., le législateur a confié au tribunal et non au personnel médical la responsabilité d'exercer un choix à la place du majeur inapte. La même conclusion s'impose à

²²⁴ *X (Dans la situation de)*, 2006 QCCQ 10098.

²²⁵ L'art. 74.2 LPJ prévoit des circonstances dans lesquelles un enfant ou un parent peut saisir le tribunal).

²²⁶ Art 81 LPJ.

²²⁷ Préambule LPJ.

²²⁸ Arts 4.3 et 6 LPJ.

l'égard de la Cour du Québec lorsqu'elle rend des ordonnances de protection en application de l'article 91 de la LPJ²²⁹.

Dans cette décision de révision, la Cour supérieure a fixé les critères décisionnels applicables à la Ch.j. dans le cadre d'une ordonnance de soins et a établi que le cadre d'analyse prévu dans l'arrêt *FD* de la Cour d'appel ne s'appliquait pas dans son ensemble en Ch.j. :

[106] Comme l'inaptitude et le refus de recevoir les soins ne sont pas des critères attributifs de compétence pour la Cour du Québec dans un contexte de protection de la jeunesse, on ne peut pas transposer intégralement l'ensemble de la grille d'analyse élaborée dans *F. D.* comme le suggère l'adolescente²³⁰.

En d'autres mots, l'inaptitude n'est ni nécessaire ni évaluée par la Ch.j. Seule la deuxième étape de la grille d'analyse développée dans l'arrêt *FD* (autoriser ou refuser les soins recommandés, selon les critères de l'article 12 C.c.Q.) doit être appliquée. Selon la Cour supérieure, la Ch.j. qui souhaite autoriser ou refuser les soins recommandés doit tenir « compte des critères prévus à l'article 12 C.c.Q., selon la grille d'analyse prescrite²³¹ ». Le plan de soins doit donc être évalué. Le fait que l'ordonnance de soins constitue une mesure de protection visant à mettre fin à une situation de compromission ne justifie pas un assouplissement des droits des personnes mineures prévus par la loi et du cadre d'analyse à appliquer en cas d'inaptitude à consentir²³². En raison du fait que l'ordonnance de soins porte clairement atteinte aux droits à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne mineure de 14 ans et plus, la Cour supérieure, siégeant en appel, insiste sur l'importance de faire l'exercice prescrit par l'arrêt *FD* :

Le Tribunal considère que dans un tel contexte, le plan de soins proposé doit faire l'objet d'une analyse aussi rigoureuse et poussée que celle requise dans le contexte

²²⁹ *Protection de la jeunesse — 211449*, *supra* note 181 au para 118.

²³⁰ *Ibid* au para 106.

²³¹ *Ibid* au para 111.

²³² *Ibid* au para 120.

d'un majeur inapte ou d'un mineur de plus de 14 ans qui refuse des soins et qui n'est pas dans un contexte de protection de la jeunesse. Dès lors, il est indiqué que la Cour du Québec apprécie la légalité du plan de soins en analysant les critères de l'article 12 C.c.Q. à la lumière de la deuxième étape de la grille d'analyse élaborée dans F.D.²³³.

La Ch.j. n'échappe pas à la nécessité de rendre une ordonnance de soins précise et détaillée, tel qu'exigé par la Cour d'appel dans l'arrêt *FD*²³⁴. Cette exigence est réitérée par la Cour d'appel dans l'arrêt *CIUSSS Capitale-Nationale c. D.M.* pour éviter une « ordonnance de type “carte blanche” »²³⁵. L'application de cet arrêt à la Ch.j. a été reconnue par la Cour supérieure, siégeant en appel, et il a été jugé qu'une conclusion se résumant à ordonner tous les soins requis par l'état de santé de la personne mineure ne rencontrait pas le degré de précision requis :

Le Tribunal considère également que la conclusion suivante du juge d'instance est trop générale et a comme conséquence de déléguer au médecin, la responsabilité qui lui incombe :

d) Que l'adolescente reçoive les soins de santé requis par son état, plus spécifiquement les traitements et la médication en lien avec ses diagnostics en santé mentale incluant la schizophrénie, tant que jugé nécessaire par le psychiatre traitant ;

Le juge n'indique pas le type de médicament envisagé et laisse à la psychiatre le soin de déterminer la durée du traitement²³⁶.

Au-delà des distinctions avec la Cour supérieure sur le plan des critères décisionnels, il existe aussi plusieurs distinctions quant à l'aspect procédural. La Ch.j. est un tribunal inquisitoire²³⁷, mais dont la procédure est assouplie comparativement aux autres tribunaux civilistes. Sa procédure est prévue aux articles 73 et suivants LPJ plutôt qu'au Cpc. Malgré

²³³ *Ibid* para 116

²³⁴ *Id.*, para 121.

²³⁵ *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c DM*, 2017 QCCA 1333 aux para 21 et 28 [DM].

²³⁶ *Protection de la jeunesse — 211449*, *supra* note 181 aux para 121, 125-126.

²³⁷ « Se dit d'un système de procédure en vertu duquel le juge dirige le procès et exerce un rôle prépondérant dans la recherche des faits et des éléments de preuve. » Reid et Reid, *supra* note 4, *sub verbo* « inquisitoire ».

la règle générale de tenir une audience publique, les instances en chambre de la jeunesse se tiennent à huis clos²³⁸, dans un souci de préserver au maximum la vie privée de l'enfant. Le fardeau de preuve est sur la DPJ, qui doit avant tout faire la preuve qu'il existe un motif de compromission qui met en jeu la sécurité ou le développement de l'enfant. Une fois les motifs de compromission déclarés et les mesures pour y mettre fin ordonnées, c'est la DPJ qui doit s'assurer de leur exécution en vertu de l'article 92 LPJ :

92. Lorsque le tribunal ordonne l'exécution d'une mesure à l'égard d'un enfant, il confie la situation de l'enfant au directeur qui voit alors à l'exécution de la mesure.

Tout établissement et tout organisme du milieu scolaire sont tenus de prendre tous les moyens à leur disposition pour fournir les services requis pour l'exécution des mesures ordonnées. Il en est de même des personnes et des autres organismes qui consentent à appliquer de telles mesures.

L'exécution en matière de soins pourrait donc aussi impliquer un établissement de santé même s'il n'est pas une partie à l'instance. La procédure assouplie s'applique aussi à la notion d'« expert ». En effet, la DPJ doit systématiquement produire un rapport psychosocial établissant le ou les motifs de compromission soumis et le tribunal est dans l'obligation d'en prendre connaissance²³⁹. Il n'est toutefois pas lié par son contenu ou les recommandations faites par la DPJ. De façon similaire à la Cour supérieure, le rapport est souvent produit par une intervenante employée de la DPJ, demanderesse, et il n'y aura donc pas de réel « expert » au sens du Cpc, vu l'absence d'indépendance de l'intervenante. L'article 87 alinéa 1 LPJ prévoit que le tribunal peut toutefois requérir en supplément une évaluation psychologique ou médicale ou toute autre expertise pertinente. La personne mineure âgée de 14 ans ou plus peut refuser de se soumettre à de telles expertises, selon le motif de la compromission. Elle peut notamment le faire lorsqu'il s'agit de troubles de

²³⁸ Art 82 al 1 LPJ.

²³⁹ Art 86 LPJ.

comportements sérieux²⁴⁰. Ces expertises visent à appuyer les faits au soutien du motif de compromission. La preuve est souvent principalement basée sur le rapport psychosocial à la Ch.j.

Bien que le Québec ait un cadre juridique qui lui soit propre pour régir le droit au refus de soins des personnes mineures de 14 ans et plus, des questions transversales se posent à l'égard des pratiques institutionnelles dans le système judiciaire, social et médical. Le sujet est intrinsèquement relié au contexte social dans lequel il s'insère. Ainsi, s'intéresser à la littérature issue des sciences sociales permet d'apporter un éclairage plus riche, mais surtout un angle d'analyse des enjeux qui peuvent teinter les discours de ces institutions. Cela permet de faire une réflexion sur le rapport de ces institutions avec les personnes mineures, « lorsqu'ils et elles vivent une adolescence qui ne se conforme pas aux attentes sociales dominantes, ou que leurs familles et leurs conditions de vie les mènent à des situations que l'État ne parvient plus tout à fait à corriger, si tant est qu'il s'en soit un jour donné les moyens »²⁴¹. La prochaine section vise à brosser le portrait des pratiques institutionnelles en matière de refus de soins afin de contextualiser la présente recherche et les résultats qui en résultent.

1.2 – Contexte sociohistorique et état des connaissances

Il existe peu de littérature concernant le consentement et le refus aux soins des personnes mineures, encore moins lorsqu'il est question de l'âge précis de 14 ans et plus, qui est spécifique au Québec. Étant donné cette lacune, il est pertinent de s'intéresser à la littérature sur le refus de soins psychiatriques chez l'adulte, car elle permet de comprendre

²⁴⁰ Art 87 al 2 *LPJ*.

²⁴¹ Vuattoux, *supra* note 23 à la p 9.

le contexte de la prise en charge du refus de soins psychiatriques par les institutions et l'arrimage difficile entre le respect des volontés de la personne et l'intérêt clinique tel que défini par les professionnelles traitantes. Cela est d'autant plus vrai dans la situation où le cadre juridique québécois présente des particularités en matière de refus de soins des personnes mineures que les rares études internationales ne permettent pas de traduire. Dans ce contexte, cette section fera d'abord un survol de la littérature sur le consentement et le refus de soins psychiatriques chez l'adulte (1.2.1) pour ensuite situer la réflexion à l'égard des adolescentes qui refusent des soins (1.2.2).

1.2.1 Refus de soins psychiatriques au Québec et ailleurs : état des pratiques

Au début des années 1990, le gouvernement du Québec a adopté le nouveau C.c.Q., ce qui a débouché sur l'adoption de règles spécifiques sur le consentement aux soins et l'instauration de l'autorisation de soins. Cette réforme s'inscrit dans le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie qui avait commencé au Québec au début des années 1960²⁴². À l'époque, les patientes sont admises dans des asiles psychiatriques systématiquement contre leur gré²⁴³. Ce n'est qu'à partir des années 1970, à l'instar d'un mouvement international et national pour les droits des personnes psychiatisées, que des droits reconnaissant l'égalité des personnes avec un trouble de santé mentale avec les autres citoyens sont adoptés. Des cadres procéduraux plus rigides sont mis en place « comme des moyens de rééquilibrer les rapports de pouvoir entre psychiatres et patients

²⁴² Emmanuelle Bernheim, « The Triumph of the “Therapeutic” in Quebec Courts: Mental Health, Behavioural Reform and the Decline of Rights » (2022) 38 *The Windsor Yearbook of Access to Justice* 125 à la p 127 [Bernheim, « Triumph »].

²⁴³ *Ibid.*

psychiatriques »²⁴⁴. Le droit au consentement aux soins est reconnu à partir de 1971, bien que la jurisprudence québécoise en ait traité beaucoup plus tôt²⁴⁵. À l'époque, les tribunaux québécois autorisaient des traitements psychiatriques malgré un refus de soins en contexte d'hospitalisation involontaire²⁴⁶. C'est dans le cadre de la réforme du *Code civil* que des dispositions sont adoptées en matière de soins et mettent en place la procédure judiciaire d'autorisations de soins. Les réformes législatives qui ont abouti au C.c.Q. tel qu'on le connaît, crée un cadre juridique beaucoup plus contraignant pour la pratique médicale. Le tout s'est traduit par un objectif consacré de protection des patientes alors que le système de santé garde comme objectif le traitement²⁴⁷.

Que la personne ait un enjeu de santé physique ou mentale, les droits prévus dans le corpus juridique explicité dans la précédente partie restent les mêmes : « aucune condition médicale ou statut juridique n'ont de conséquence relativement à l'obligation d'obtenir le consentement »²⁴⁸. La nécessité de l'implication de la patiente dans la prise de décision concernant ses soins est bien reconnue²⁴⁹. Au-delà de la question de l'inaptitude à consentir, les patientes ont le droit d'être informées sur les soins et de participer à

²⁴⁴ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 342; Caroline Gendreau avec la collaboration du Centre de recherche en droit public, *Le droit du patient psychiatrique de consentir à un traitement: élaboration d'une norme internationale*, Montréal, Les Éditions Thémis, 1996 à la p 13.

²⁴⁵ Art 19 CcBC ; Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 aux para 209 ss.

²⁴⁶ Margaret A Somerville, « Refusal of Medical Treatment in Captive Circumstances » (1985) 63:1 *The Canadian Bar Review* 59 à la p 60; Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 343.

²⁴⁷ Katherine Brown et Erin Murphy, « Falling through the Cracks: The Quebec Mental Health System Note » (2000) 45:4 *McGill Law Journal* 1037 aux pp 1069-1070; Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 29.

²⁴⁸ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 28.

²⁴⁹ O'Reilly et al, *supra* note 34 à la p 3; Mosidi B Serobatse, Plessis Emmerentia Du et Magdalena P Koen, « Interventions to promote psychiatric patients' compliance to mental health treatment : a systematic review : original research » (2014) 19:1 *Health SA Gesondheid* 1 à la p 7.

l'élaboration de leurs plans de soins. Cela constitue une obligation déontologique pour les médecins, dans les limites du possible²⁵⁰.

Ainsi, même s'il est reconnu que les patientes en psychiatrie ne devraient pas être exclues des décisions les concernant, les recherches démontrent que les enjeux de santé physique et de santé mentale font l'objet d'un traitement différent dans le milieu de la santé et des services sociaux. En psychiatrie, le droit de consentir aux soins de la personne et, de façon corollaire, son droit de refuser les soins est mis en tension avec ses intérêts cliniques prédéterminés et son besoin de protection présumé²⁵¹. Selon Kolar, Varcoe, Brown et Einboden, le traitement psychiatrique contre le gré de la personne est souvent jugé comme essentiel pour mitiger le risque que les personnes avec un enjeu de santé mentale présentent envers elle-même ou autrui et est mobilisé comme un outil de contrôle²⁵². Szmukler explique que la hausse des hospitalisations involontaires en santé mentale est majoritairement justifiée par le régime légal en place et la culture sociétale face au risque que représente les personnes avec des enjeux de santé mentale :

[...] the use of involuntary treatment is not predominantly, perhaps not even significantly, determined by the nature of mental illness itself, nor by the absolute level of associated risk. The structure of mental health services and the details of relevant legislation account for some of the differences. But so do cultural attitudes to the mentally ill, as well as what might be termed local "custom and convention." In a society increasingly preoccupied with "risk," more attempts to control troubling people, as many mentally disordered persons are perceived to be, are not surprising²⁵³.

²⁵⁰ O'Reilly et al, *supra* note 34 à la p 3.

²⁵¹ Kolar et al, *supra* note 37 aux pp 9-10.

²⁵² *Ibid* à la p 2; Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 32.

²⁵³ George Szmukler, « Treatment pressures, coercion and compulsion in mental health care » (2008) 17:3 *Journal of Mental Health* 229 à la p 229.

Cela rejoint l'idée de la coercition informelle dont peuvent être l'objet les patientes qui refusent des soins psychiatriques²⁵⁴. La coercition informelle correspond à une diversité de situations ou de comportements ayant pour effet de dissuader une personne de refuser un soin en raison de conséquences désavantageuses²⁵⁵. Il s'agit en quelque sorte d'une forme de menace morale, qui peut être intentionnelle ou non²⁵⁶. Szmukler et Appelbaum ont d'ailleurs établi une hiérarchie de la pression au traitement psychiatrique, allant de la persuasion à la contrainte en passant par les incitatifs et la coercition²⁵⁷. La coercition informelle est communément justifiée par deux explications : le traitement est dans le meilleur intérêt de la patiente (forme de paternalisme) ou le traitement est nécessaire pour protéger les autres²⁵⁸. Le diagnostic psychiatrique est ainsi utilisé pour justifier le non-respect des droits des patientes et outrepasser le refus de soins²⁵⁹.

La question des droits des patientes se pose dans un contexte où les diagnostics psychiatriques sont considérés par plusieurs comme faisant porter la responsabilité des problèmes sociaux à des individus²⁶⁰. L'accent du modèle biomédical se porte sur les individus plutôt que les institutions. Cela amène une exacerbation de la marginalisation des personnes et échoue à répondre aux problèmes sociaux et aux iniquités inhérentes au système²⁶¹. À cet effet, Mills soulève plusieurs arguments en critique au diagnostic psychiatrique :

²⁵⁴ Szmukler et Appelbaum, *supra* note 34 à la p 240.

²⁵⁵ *Ibid* à la p 236.

²⁵⁶ *Ibid*

²⁵⁷ *Ibid* aux pp 235-239.

²⁵⁸ *Ibid* à la p 240.

²⁵⁹ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 29.

²⁶⁰ Kolar et al, *supra* note 37 à la p 9.

²⁶¹ *Ibid*.

what are currently called “mental disorders” a) have not always been seen as such, b) are not understood as such worldwide because they are the products of specific social, cultural, economic and historical trajectories, and c) are not monolithic, meaning different experiences and manifestations of distress may have different status in relation to poverty and forms of oppression, and d) many mental health diagnoses, and the medications that dominate treatment options, are highly disputed and critiqued²⁶².

Le diagnostic est ainsi vu comme un enjeu de médicalisation des problèmes psychosociaux menant à l’individualisation de la détresse et sa décontextualisation sociale, plutôt que le résultat d’une qualification scientifique objective²⁶³. En plus d’être individualisant, le diagnostic psychiatrique est stigmatisant. Bien plus que toute autre maladie, les troubles de santé mentale sont associés à des stéréotypes et l’objet fréquent de jugements négatifs²⁶⁴. Cela est d’ailleurs le cas venant des professionnelles de la psychiatrie. Rössler explique que des études tendent à démontrer que les psychiatres auraient des croyances et attitudes négatives à l’égard des personnes avec un enjeu de santé mentale équivalentes ou encore plus fortes que la population générale²⁶⁵. Le refus de soins, soulevé plus fréquemment par les patientes psychiatisées que par les patientes en soins physiques, serait possiblement une des causes de la stigmatisation des patientes par les professionnelles²⁶⁶.

²⁶² China Mills, « The Psychiatrization of Poverty: Rethinking the Mental Health–Poverty Nexus » (2015) 9:5 *Social and Personality Psychology Compass* 213 à la p 5.

²⁶³ La médicalisation se définit notamment comme une « forme de contrôle social qui peut être comprise comme un processus par lequel " on en vient à définir et à traiter des problèmes principalement sociaux comme des problèmes médicaux ou encore pathologiques " ou encore, par lequel " de plus en plus d’aspects de la vie quotidienne sont passés sous l’emprise, l’influence et la supervision de la médecine ". » Voir Delphine Gauthier-Boiteau, « *Si la mère aspire à reprendre pleinement la responsabilité de l’enfant, elle doit se concentrer sur sa réhabilitation, prendre soin de sa santé mentale et devenir stable* »: *du contrôle thérapeutique des mères judiciairisées à la chambre de la jeunesse*, mémoire de maîtrise en droit, Université du Québec à Montréal, 2023 [non publié] à la p 46; Mills, *supra* note 262 aux pp 5-6; Kolar et al, *supra* note 37 à la p 9; Peter Kinderman, Kate Allsopp et Anne Cooke, « Responses to the Publication of the American Psychiatric Association’s DSM-5 » (2017) 57:6 *Journal of Humanistic Psychology* 625 aux pp 626 et 634.

²⁶⁴ Wulf Rössler, « The stigma of mental disorders » (2016) 17:9 *EMBO reports* 1250 à la p 1250.

²⁶⁵ *Ibid* à la p 1252.

²⁶⁶ *Ibid*.

Si cette stigmatisation s'exerce au regard du diagnostic, différents facteurs sociaux ont aussi une influence sur l'exercice des droits en matière de soins. Autant en contexte québécois qu'en contexte international, les recherches établissent la difficulté pour les personnes issues de groupes socioéconomiquement défavorisés et racisés à exercer leur droit de refuser des soins en psychiatrie²⁶⁷. Les personnes judiciairisées à la suite d'un refus de soins sont aussi majoritairement moins scolarisées, ont une situation locative plus précaire et sont plus isolées socialement²⁶⁸. Les hommes sont aussi légèrement surreprésentés dans les demandes d'autorisations de soins, une proportion qui serait en hausse depuis 2008²⁶⁹. Les jeunes hommes (moins de 40 ans) sont toutefois beaucoup plus nombreux à être l'objet d'une autorisation de soins que les jeunes femmes²⁷⁰.

Le droit de refuser des soins est pris en tension entre le point de vue juridique et médical ; entre le respect des volontés de la personne et ce qui est jugé le mieux cliniquement ²⁷¹ : « Courts' bias for psychiatric assessments that favour decisions which seem rational or in the best interests of the patient, indicate that paternalistic attitudes have not completely given way to a guarantee of rights »²⁷². La plupart du temps, la question de l'aptitude sera uniquement évaluée à la suite du refus d'une personne, « lorsque le patient fait des choix

²⁶⁷ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 38; Kolar et al, *supra* note 37 à la p 9; Tran, Ryder et Jarvis, *supra* note 38 aux pp 816-817; Marcelo Otero, « Traiter les intraitables : l'univers des autorisations judiciaires de soins à Montréal » (2016) 28:2 *Nouvelles pratiques sociales* 203 aux pp 215-216; Mills, *supra* note 262 aux pp 8-10; Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 344; Phoebe Barnett et al, « Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data » (2019) 6:4 *The Lancet Psychiatry* 305 aux pp 312-313.

²⁶⁸ Emmanuelle Bernheim, « Profilage et violence judiciaire : la multijudiciarisation civile et administrative en santé mentale à l'intersection de la classe sociale, du genre et de la race » (2024) 57:1 *Criminologie* 45 à la p 47 [Bernheim, « Profilage »]; Ida Sibylle Haussleiter et al, « Homelessness among psychiatric inpatients in North Rhine-Westphalia: a retrospective routine data analysis » (2022) 22:1 *BMC Psychiatry* 1 à la p 3.

²⁶⁹ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 358; Otero, *supra* note 267 aux pp 213-214.

²⁷⁰ Otero, *supra* note 268 à la p 214.

²⁷¹ Brown et Murphy, *supra* note 247 à la p 1061.

²⁷² Paré, *supra* note 122 à la p 114.

allant à l'encontre de ses propres intérêts, des choix jugés déraisonnables ou irrationnels »²⁷³. La personne expérimentant un enjeu de santé mentale est souvent jugée moins apte ou capable à prendre des décisions dans son meilleur intérêt²⁷⁴. Ces patientes sont plus souvent l'objet d'une « présomption d'inaptitude » et le refus de soins est interprété comme une preuve de leur inaptitude²⁷⁵. Pourtant, l'inaptitude n'est pas quelque chose de fixe et « il faut se garder d'inférer trop facilement son existence en présence de certaines maladies, particulièrement la maladie mentale »²⁷⁶. Le fait d'associer le refus de soins à une preuve d'inaptitude est une forme de paternalisme judiciaire, compromettant le droit de refuser un soin²⁷⁷.

Le droit à l'autodétermination est parfois mis de côté au nom du meilleur intérêt de la patiente, trop « malade » pour savoir ce qui est le mieux pour elle²⁷⁸. Bien que le droit québécois mette l'accent sur la protection des droits individuels, leur mise en œuvre est sujette à l'évaluation psychiatrique de l'aptitude à consentir aux soins et du fait que les soins requis présentent plus de bénéfices que de risques²⁷⁹. La jurisprudence québécoise a posé des critères d'évaluation pour évaluer l'inaptitude et le plan de soins dans les arrêts de la Cour d'appel *Pinel et FD*²⁸⁰. Il importe de noter que les psychiatres ont joué un rôle

²⁷³ Emmanuelle Bernheim, *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire: une étude du pluralisme normatif appliqué*, thèse de doctorat, Université de Montréal, 2011 [non publiée] à la p 140 [Bernheim, « Décision d'hospitalisation »].

²⁷⁴ Kolar et al, *supra* note 37 à la p 9; Claire Gamache et Frédéric Millaud, « Le psychiatre face au refus de traitement : une démarche clinique et juridique » (1999) 24:1 *Santé mentale au Québec* 154 à la p 155.

²⁷⁵ Kolar et al, *supra* note 37 à la p 10; Brown et Murphy, *supra* note 247 à la p 1068; Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 29.

²⁷⁶ Robert P Kouri et Suzanne Philips-Nootens, « Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé : un concept pour le moins ambigu » (2003) 63 R du B 1 à la p 7.

²⁷⁷ Brown et Murphy, *supra* note 247 à la p 1068.

²⁷⁸ *Ibid* à la p 1061; Kolar et al, *supra* note 37 à la p 10.

²⁷⁹ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 224.

²⁸⁰ *Blais*, *supra* note 66; *FD*, *supra* note 3.

central dans l'adoption du test établi dans l'arrêt *Pinel* ; test ayant été « approuvé par l'Association des psychiatres du Canada en 1987 et figurant dans la législation néo-écossaise depuis 1967 »²⁸¹. Des recherches ont constaté que les tests des arrêts *Pinel* et *FD* sont souvent mal appliqués, appliqués partiellement ou ne sont pas du tout appliqués²⁸². Cela a pour conséquence que les patientes qui refusent un soin psychiatrique sont plus facilement déclarées inaptes par le tribunal, principalement sur la base de deux facteurs (le déni et la nature de la maladie), critères d'analyse sur lesquels il n'existe pas de consensus scientifique²⁸³. Ainsi, selon Bernheim, Chalifour et Laniel :

Dès lors que la capacité d'autocritique et le contact avec la réalité font partie des symptômes de plusieurs troubles mentaux, et plus particulièrement des troubles du spectre de la schizophrénie et d'autres désordres psychotiques, l'inaptitude peut presque se déduire du diagnostic. La question de l'autocritique est pourtant controversée. Parce qu'elle a comme fondement l'interprétation des psychiatres de la crise psychotique, elle ne permet pas de tenir compte de la signification que les patients lui attribuent en lien avec le milieu culturel, les expériences antérieures, la stigmatisation vécue ou anticipée, etc. L'importance de ces facteurs subjectifs est pourtant démontrée²⁸⁴.

En plus d'être peu appliqués, ces critères font aussi l'objet d'un débat au sein de la communauté juridique et scientifique²⁸⁵. L'étude des autorisations de soins appliquant ces critères a permis de documenter qu'elles concernent de façon prédominante des personnes atteintes d'une maladie sur le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques et

²⁸¹ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 363.

²⁸² Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 36; Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 362.

²⁸³ « Le déni et la nature de la maladie sont alors les facteurs déterminants considérés par le tribunal. Il n'existe pourtant pas de consensus dans la littérature scientifique sur une éventuelle corrélation entre le déni et l'inaptitude à consentir aux soins. La controverse vient notamment du fait que pour parler de déni ou d'absence d'autocritique, il faut accepter le fait que le paradigme psychiatrique est le seul qui soit valable. Les dimensions culturelles, sociales et affectives du consentement aux soins sont alors complètement évacuées malgré leur importance. » (Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 36; Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 362).

²⁸⁴ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 362.

²⁸⁵ *Ibid* aux pp 362-364; Goubau, *supra* note 80 aux para 139 et 141; Brown et Murphy, *supra* note 247 aux pp 1067-1068.

les autorisations portent majoritairement sur le refus de la patiente de prendre la médication²⁸⁶. Cela est notamment attribuable au test jurisprudentiel pour évaluer l'(in)aptitude et la manière de l'appliquer qui « déterminent le profil des personnes considérées inaptées à consentir aux soins »²⁸⁷. L'application de tels critères peut aussi tendre à négliger les raisons sous-jacentes à un refus de soins, tel que le désir d'éviter des effets secondaires ou des convictions personnelles²⁸⁸.

Dans une analyse statistique de l'ensemble des jugements d'autorisations de soins au Québec entre 1989 et 2012 publiées sur les banques de données, il est relevé que la majorité des jugements ne comportent pas de développement sur l'inaptitude de la partie défenderesse et encore moins d'analyse étayée²⁸⁹. Un peu moins de 20 % des jugements étudiés réfèrent aux cinq critères du test de l'arrêt *Pinel*²⁹⁰. De plus, dans le cadre de l'application des critères, il est constaté que le tribunal se base presque exclusivement sur le témoignage de la psychiatre traitante qui reçoit une importante visibilité dans les jugements²⁹¹. La plupart du temps, il est relevé que la psychiatre évalue la rationalité de la décision de la patiente plutôt que d'évaluer ses capacités cognitives afin de juger son aptitude à consentir²⁹² :

By focussing on the effect of the decision and not on the patient's ability to make such a decision, the patient is more likely to be found to have capacity when he or she is agreeing to the proposed treatment than when he or she has chosen to go against the plan proposed by the psychiatrist. Such an approach tends to deny the

²⁸⁶ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 aux para 455-456; Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 aux pp 360 et 362; Haussleiter et al, *supra* note 268 aux pp 3 et 5.

²⁸⁷ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 aux pp 362-363.

²⁸⁸ Brown et Murphy, *supra* note 247 à la p 1068; Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 364.

²⁸⁹ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 362.

²⁹⁰ *Ibid* à la p 362.

²⁹¹ Brown et Murphy, *supra* note 247 à la p 1068; Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 aux pp 364-365.

²⁹² Brown et Murphy, *supra* note 247 à la p 1068.

right to refuse treatment to those who are competent to make treatment decisions and find competent those who may not be capable of giving consent. In neither case has free and enlightened consent been obtained²⁹³.

Même son de cloche au plan de l'évaluation du plan de soins. À cette étape, l'opinion de la professionnelle se réfère tout autant à son interprétation du meilleur intérêt clinique de la patiente. Cela amène un « examen judiciaire souvent sommaire des conditions de refus, d'aptitude à consentir et de nécessité des soins » et une tendance générale des tribunaux à outrepasser le refus de la patiente de prendre des médicaments antipsychotiques²⁹⁴. Les inconvénients dus aux effets secondaires sont ainsi rarement jugés comme dépassant les effets bénéfiques du traitement²⁹⁵.

Il faut noter que la patiente est souvent absente des procédures judiciaires en autorisation de soins. Dans l'étude de Bernheim, Chalifour et Laniel sur les autorisations de soins, seulement la moitié des parties défenderesses étaient présentes à la cour lors de l'audience ; un taux d'absentéisme qui s'accroît de façon importante depuis 1998²⁹⁶. Ces constats quant aux choix des critères et à leur application par les tribunaux se reflètent aussi dans le contenu des autorisations, selon Bernheim :

le traitement est considéré *a priori* comme étant positif ou nécessaire dans le meilleur intérêt du patient, ce qui rejoint le concept de *welfare* standard [...]. Cette position épistémique pose deux problèmes majeurs. Le premier concerne l'antagonisme entre cet *a priori* et la finalité admise de la législation, qui est la protection des droits des patients, en dépit de leur intérêt clinique objectif²⁹⁷.

²⁹³ *Ibid* à la p 1068.

²⁹⁴ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 aux pp 364-365; Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 457.

²⁹⁵ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 au para 457; Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 34; Kolar et al, *supra* note 37 à la p 11.

²⁹⁶ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 aux pp 352-353.

²⁹⁷ Bernheim, « Décision d'hospitalisation », *supra* note 273 à la p 141.

Les autorisations de soins répertoriées par les auteurs sont majoritairement imprécises et « constituent une sorte de chèque en blanc que donne le tribunal à l'équipe soignante », allant conséquemment à l'encontre des prescriptions de la Cour d'appel²⁹⁸. Les juges s'éloignent souvent des considérations juridiques pour tenir compte des « conditions de vie déplorables des défendeurs et défenderesses, traitées comme des choix »²⁹⁹. Plusieurs éléments du mode de vie des personnes refusant un soin sont d'ailleurs discutés systématiquement durant les audiences : leur situation financière, locative et d'emploi, leurs habitudes de consommation et leurs liens sociaux³⁰⁰. Le tout s'inscrit dans une « association erronée entre maladie mentale et inaptitude, ou du moins incapacité à fonctionner en société et à prendre des décisions pour soi » qui confirme qu'il est dans le meilleur intérêt des parties défenderesses que les décisions soient prises à leur place³⁰¹.

Pour Brown et Murphy, le refus de soins est interprété en clinique et par les tribunaux comme l'opposé du bien-être (« *welfare* ») de la patiente³⁰². Bernheim répond d'ailleurs par la négative à savoir si le refus de soins psychiatriques est possible au Québec pour les personnes qui sont l'objet d'une procédure judiciaire³⁰³. Les recherches viennent pourtant démontrer que le droit de refuser des soins donne un choix au patient et conséquemment, une impression d'autodétermination. Le respect de l'autonomie de la personne et son implication dans la détermination du plan de soins tendent à renforcer la relation médecin-patient et à amener la patiente à suivre volontairement son traitement. Inversement, le

²⁹⁸ Goubau, *supra* note 80 au para 146; Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 aux pp 365-366; *JR c Centre hospitalier de l'Université de Montréal*, 2009 QCCA 480 au para 14.

²⁹⁹ Bernheim, « Profilage », *supra* note 268 à la p 50.

³⁰⁰ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 aux pp 33-34.

³⁰¹ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 372.

³⁰² Brown et Murphy, *supra* note 247 à la p 1069.

³⁰³ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 38.

traitement coercitif amène plusieurs difficultés du côté de la relation de confiance avec l'équipe médicale et des enjeux d'observance du traitement une fois la contrainte terminée³⁰⁴.

Plusieurs auteurs critiquent l'approche thérapeutique de la justice qui réfère à l'utilisation du système judiciaire pour « soigner » les enjeux de santé mentale et contrôler les personnes ciblées³⁰⁵. Pour Bernheim, en santé mentale, les ordonnances civiles (en matière d'autorisations de soins à la Cour supérieure) « permettent de détenir, d'imposer un lieu de résidence, des examens médicaux et des traitements pharmacologiques, et ce, durant plusieurs années »³⁰⁶. Le droit, le système de justice et ses actrices (juge, avocate) sont utilisées comme des « agents thérapeutiques » qui produisent des effets thérapeutiques et non seulement juridiques³⁰⁷. Les tribunaux civils sont ainsi mobilisés pour « régler les problèmes sociaux par le soin »³⁰⁸. Kolar, Varcoe, Brown et Einboden qualifient de contraire à l'éthique (*unethical*) cette utilisation des tribunaux pour compenser les échecs systémiques du filet social et le manque d'investissement dans les ressources de santé mentale et la prévention³⁰⁹. Freekelton explique qu'une des principales critiques de la mobilisation des tribunaux à des fins thérapeutiques est l'immixtion du paternalisme dans

³⁰⁴ Brown et Murphy, *supra* note 247 à la p 1069; Serobatse, Du et Koen, *supra* note 249 aux pp 6-7; P Hum et al, « Le refus de soin : forces et faiblesses du consentement » (2015) 12:1 *Éthique et Santé* 56 à la p 58; Gamache et Millaud, *supra* note 274 aux pp 169-171.

³⁰⁵ Somerville, *supra* note 246 aux pp 70 et 74; Bernheim, « Refus », *supra* note 2 aux pp 37-38; Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 aux pp 374-376; Kolar et al, *supra* note 37 à la p 13.

³⁰⁶ Bernheim, « Profilage », *supra* note 268 à la p 48.

³⁰⁷ Ian Freekelton, « Therapeutic Jurisprudence Misunderstood and Misrepresented Price and Risks of Influence Therapeutic Jurisprudence at the Conference of the International Association of Law et Mental Health in Padua, Italy » (2007) 30:2 *Thomas Jefferson Law Review* 575 aux pp 576 et 582; Bernheim, « Triumph », *supra* note 242 à la p 131; Gauthier-Boiteau, *supra* note 263 à la p 48.

³⁰⁸ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 38.

³⁰⁹ Kolar et al, *supra* note 37 à la p 13.

la prise de décision des tribunaux. Cela se révèle notamment par l'utilisation de concepts non juridiques issus du vocabulaire médical dans l'analyse du tribunal, tels que la non-observance (*non-compliant*), la désorganisation ou l'absence de discernement³¹⁰.

Sous le couvert d'une intervention thérapeutique bienveillante, certains craignent que l'autorisation de soins vienne légitimer l'autorité médicale et l'usage de la coercition en violation des libertés individuelles³¹¹. Ces différents enjeux entourant le refus de soins psychiatriques et sa prise en charge par les tribunaux sont à garder en tête pour mieux comprendre dans quel contexte s'inscrit le refus de soins lorsqu'il provient d'une personne mineure de 14 ans et plus.

1.2.2 La personne mineure de 14 ans et plus qui refuse un soin psychiatrique : constat du quasi-*vide scientifique*

Les racines de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescente au Québec sont beaucoup plus récentes que pour la psychiatrie adulte. En 1956, alors que le Québec amorçait son mouvement de désinstitutionalisation en santé mentale, l'ancêtre des unités de pédopsychiatrie au Québec, l'hôpital du Mont-Providence (aujourd'hui l'hôpital Rivière-des-Prairies), était créé. On y accueillait notamment les « enfants infirmes, épileptiques, idiots, déments »³¹². Les Sœurs de la Providence y utilisaient des « méthodes thérapeutiques d'enseignement destinées aux enfants présentant des troubles de santé mentale » dans l'objectif de désinstitutionnaliser les enfants³¹³. Malgré cette vocation

³¹⁰ Freekelton, *supra* note 307 à la p 585.

³¹¹ *Ibid* à la p 586; Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 375.

³¹² Hubert Wallot, « De l'École Gamelin à Rivière-des-Prairies : de la cassure du château à sa restauration ? » (2015) 40:2 *Santé mentale au Québec* 79, à la p 81.

³¹³ Martin Gignac et al, « La croisée des chemins, 50 ans de soins aux enfants » (2015) 40:2 *Santé mentale au Québec* 191 aux pp 192-194.

exprimée, des auteurs de l'époque considéraient dans les années 1970 ce lieu comme un asile et un lieu d'exclusion³¹⁴.

En 1985, la Commission d'enquête sur l'administration et le fonctionnement de l'hôpital de Rivière-des-Prairies (Commission Shadley) a été mise en place à la suite de nombreuses plaintes sur les droits des personnes, notamment de l'Association des parents des patients de l'institution³¹⁵. Le rapport fait état de lacunes importantes dans l'obtention du consentement des titulaires de l'autorité parentale ou tutrices et de nombreux manquements dans le traitement fait aux personnes qui y sont institutionnalisées, dont 104 sont des personnes mineures³¹⁶. À la suite de ce rapport et d'enquêtes subséquentes du Curateur public et du Collège des médecins, des mesures seront prises pour séparer les enfants des adultes dans les institutions et améliorer les pratiques³¹⁷. C'est en 1959 qu'une unité de pédopsychiatrie est officiellement ouverte à l'hôpital Ste-Justine ; département spécialisé qui sera suivi de plusieurs autres au travers du Québec à partir des années 1960³¹⁸. Tel qu'expliqué dans le cadre juridique, l'exigence d'obtenir le consentement de la personne mineure de 14 ans et plus remonte aux années 1970, mais tout comme pour les adultes, ce n'est qu'avec l'adoption du C.c.Q. dans les années 1990 que la nécessité d'obtenir une autorisation judiciaire de soins à la suite d'un refus par la personne mineure de 14 ans et plus sera mise en place.

³¹⁴ Wallot, *supra* note 312 à la p 84.

³¹⁵ *Ibid* à la p 85.

³¹⁶ Richard Shadley, *Rapport de la Commission d'enquête sur l'administration et le fonctionnement de l'hôpital de Rivière-des-Prairies*, Québec, Gouvernement du Québec, 1986, aux pp 30, 74-75; Wallot, *supra* note 312 aux pp 86-87.

³¹⁷ Wallot, *supra* note 312 à la p 87.

³¹⁸ Claude C Roy et Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, *La petite histoire de Sainte-Justine, 1907-2007: pour l'amour des enfants*, Montréal, Éditions du CHU Saint-Justine, 2007, à la p 90; Gignac et al, *supra* note 313 à la p 193.

Le refus de soins et les hospitalisations forcées des personnes mineures sont peu documentés, que ce soit au Québec ou au niveau international. Si certains considèrent que cela serait causé par le fait que les soins forcés sont seulement moins présents chez les enfants que chez les adultes, des chercheuses avancent que leur nombre serait plutôt en augmentation³¹⁹. En effet, ce phénomène serait peu étudié et compilé, d'autant plus que sa compilation est compliquée par l'implication des titulaires de l'autorité parentale qui peuvent autoriser un soin malgré le refus de la personne mineure³²⁰. Cela s'inscrit aussi dans une problématique plus large du manque de littérature sur les droits des enfants avec des enjeux de santé mentale³²¹. LeFrançois et Coppock expliquent que bien qu'il existe de la littérature sur les besoins des enfants marginalisés dans les études sur l'enfance (*childhood studies*), « the rights of children diagnosed with psychiatric disorders are a neglected area in the field of childhood studies and the sociology of childhood »³²².

Si de nombreuses études ont été faites sur les hospitalisations forcées dans des unités psychiatriques adultes, peu ont été réalisées sur des unités pédopsychiatriques et celles en contexte canadien sont quasi inexistantes³²³. Dans le cadre d'une revue systématique internationale sur les hospitalisations forcées d'enfants et d'adolescentes pour des raisons

³¹⁹ Susan Walker et al, « Clinical and social factors associated with involuntary psychiatric hospitalisation in children and adolescents: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis » (2021) 5:7 *The Lancet Child et Adolescent Health* 501 à la p 502.

³²⁰ *Ibid*

³²¹ Brenda A LeFrançois et Vicki Coppock, « Psychiatrised Children and their Rights: Starting the Conversation » (2014) 28:3 *Children et Society* 165 à la p 165; Carole Tranchant et al, « Expériences de la stigmatisation en lien avec la santé mentale chez des jeunes de trois communautés au Nouveau-Brunswick » (2019) 25:2 *Reflets* 36 aux pp 39-40.

³²² LeFrançois et Coppock, *supra* note 321 à la p 165.

³²³ Joe Persi, Brian M Bird et Christina DeRoche, « A Comparison of Voluntary and Involuntary Child and Adolescent Inpatient Psychiatry Admissions » (2016) *Residential Treatment for Children et Youth* à la p 70.

de santé mentale, seulement quatre études canadiennes publiées dans des journaux révisés par les pairs avant 2022 ont été répertoriées³²⁴. Par rapport aux autres études documentées dans cette recherche, le Canada était le pays avec la proportion la plus élevée d'hospitalisations forcées par rapport à l'ensemble des hospitalisations des personnes mineures³²⁵. Plusieurs recherches dénoncent d'ailleurs le manque de critères justifiant les hospitalisations forcées des personnes mineures³²⁶. Des auteurs mentionnent que des facteurs tels que la perception par l'équipe médicale du risque de l'absence de traitement et la coercition informelle auraient un impact sur le taux d'hospitalisations forcées³²⁷. Il existe aussi un manque marqué de recherches tenant compte de l'expérience des adolescentes et de leur perspective sur la question³²⁸.

Les quelques études portant sur le droit de refuser de soins psychiatriques des adolescentes tel qu'il s'exprime en pratique semblent arriver unanimement à la conclusion que de refuser les soins n'est pas réellement possible³²⁹. La majorité de ces études sont basées sur

³²⁴ Lisa Schölin et al, « Detention of children and adolescents under mental health legislation: a scoping review of prevalence, risk factors, and legal frameworks » (2024) 24:1 *BMC Pediatrics* 12 aux pp 5-10; Stephanie L Greenham et Joseph Persi, « The State of Inpatient Psychiatry for Youth in Ontario: Results of the ONCAIPS Benchmarking Survey » (2014) 23:1 *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent* 31; Persi, Bird et DeRoche, *supra* note 323; Smith, Collings et Degraaf, « Young people admitted on a Form 1 to a general hospital », *supra* note 22; BA Stein et L Tanzer, « Morbidity and Mortality of Certified Adolescent Psychiatric Patients » (1988) 33:6 *The Canadian Journal of Psychiatry* 488.

³²⁵ « The proportion of detentions in relation to overall inpatient admissions, where relevant, could be calculated for 30 studies and ranged from 7% in a nation-wide sample in Finland to 80% among discharges of 225 minors in Canada ». (Schölin et al, *supra* note 324 à la p 4).

³²⁶ *Ibid* à la p 13; Nicola Evans, Deborah Edwards et Judith Carrier, « Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care: a scoping review » (2020) 18:2 *JBI Evidence Synthesis* 275 à la p 296.

³²⁷ Schölin et al, *supra* note 324 à la p 13.

³²⁸ Evans, Edwards et Carrier, *supra* note 326 à la p 296; Brenda A LeFrancois, « Children's Participation Rights: Voicing Opinions in Inpatient Care » (2007) 12:2 *Child and Adolescent Mental Health* 94 aux pp 94-95; Schölin et al, *supra* note 324 à la p 12.

³²⁹ Manaouil et Berly, *supra* note 39; Paré, *supra* note 122 aux pp 114 et 125; Léger-Riopel, *supra* note 39 aux pp 245-247; Tan, Hope et Stewart, *supra* note 39 à la p 705; Johnston, *supra* note 39 à la p 490; Coppock, *supra* note 39; LeFrancois, « Mental Torture », *supra* note 39 aux pp 212-213.

l'expérience vécue par les adolescentes ayant refusé un soin, les équipes cliniques ou les parents de ces adolescentes. Aucune n'est basée sur la jurisprudence québécoise. En France, Manaouil et Berly constatent que les droits des mineures hospitalisées en psychiatrie sont limités et que le droit est « plus difficile à cerner — quand il s'agit d'hospitaliser l'enfant souffrant de troubles mentaux »³³⁰. Elles relèvent d'ailleurs l'enjeu de l'hospitalisation autorisée par les titulaires de l'autorité parentale qui est alors considérée comme volontaire, même si la personne mineure s'oppose à cette hospitalisation. Ce constat d'admission « volontaire » sans consentement de la personne mineure est aussi fait par Léger-Riopel dans son étude de la législation canadienne³³¹ :

Quoiqu'il soit légitime de présumer que les parents agissent dans le meilleur intérêt de leur enfant mineur souffrant de détresse psychiatrique, il n'en demeure que plusieurs études ont démontré une augmentation statistique significative des admissions dites volontaires d'enfants et d'adolescents lorsque les contextes juridiques permettaient qu'une telle admission fasse suite à un jugement clinique favorable à l'admission, à la suite d'une demande des titulaires de l'autorité parentale³³².

Cela a pour effet qu'aucune mesure de contrôle du respect des droits de l'enfant n'est effectuée ou ne peut être effectuée, car les parents sont présumés agir dans l'intérêt de l'enfant³³³. La patiente mineure est alors soustraite « de la variété de protections juridiques qui seraient autrement applicables aux patients qui sont admis involontairement pour soins psychiatriques »³³⁴. Dans le cadre de ces études sur le refus de soins psychiatriques, les auteurs soulèvent leurs préoccupations en matière du respect de l'exercice de ses droits par la personne mineure ayant la capacité légale de refuser³³⁵. Par exemple, Tan, Hope et

³³⁰ Manaouil et Berly, *supra* note 39 aux pp 583 et 588.

³³¹ Léger-Riopel, *supra* note 39 aux pp 245-246.

³³² *Ibid* aux pp 244-245.

³³³ Manaouil et Berly, *supra* note 39 à la p 586.

³³⁴ Léger-Riopel, *supra* note 39 à la p 246.

³³⁵ Paré, *supra* note 122 à la p 125; Léger-Riopel, *supra* note 39 aux pp 244-245; Tan, Hope et Stewart, *supra* note 39 à la p 705.

Stewart expliquent que face à des patientes qui pourraient prendre des décisions qui leur sont préjudiciables, l'équipe clinique et les tribunaux peuvent avoir tendance à agir de manière paternaliste pour sauvegarder le meilleur intérêt de ces dernières³³⁶.

Certaines études relèvent que le refus de soins de l'adolescente est souvent moins un enjeu que sa non-observance thérapeutique³³⁷ (*non-compliance*) et son désengagement dans son plan de soins, voire que le refus de soins est un facteur relié à la non-observance thérapeutique³³⁸. Des auteurs notent toutefois que la non-observance thérapeutique est plutôt le résultat de pratiques niant le droit des personnes mineures de participer à leurs soins³³⁹. Dans le cadre d'une recherche ethnographique de quatre mois menée dans des services d'hospitalisation et de clinique externe pédopsychiatriques, LeFrançois a constaté que la participation des personnes mineures dans leurs soins en est venue à signifier pour elles une « participation forcée », car leur non-participation est suivie de conséquences. Leur équipe traitante définit d'ailleurs la participation des enfants comme étant l'observance thérapeutique³⁴⁰.

³³⁶ Tan, Hope et Stewart, *supra* note 39 à la p 705.

³³⁷ Le terme *compliance* est un anglicisme que l'on retrouve souvent en matière médicale pour désigner le fait pour un patient de suivre adéquatement son traitement (Académie nationale de médecine, *Dictionnaire médical de l'Académie nationale de médecine*, 2020, *sub verbo* « Compliance ».) Nous le remplaçons ici par observance thérapeutique.

³³⁸ Johnston, *supra* note 39 à la p 490; LeFrançois, « Mental Torture », *supra* note 39 à la p 225; Craig D Burns, Ranon Cortell et Barry M Wagner, « Treatment Compliance in Adolescents After Attempted Suicide: A 2-Year Follow-up Study » (2008) 47:8 *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry* 948 à la p 949; Sébastien Rouget, « « C'est pour ton bien. ». Face au refus de soin de l'enfant » (2017) 73:1 *Enfances et Psy* 146 à la p 151.

³³⁹ LeFrançois et Coppock, *supra* note 321 à la p 167; Lauren Polvere, « Agency in Institutionalised Youth: A Critical Inquiry » (2014) 28:3 *Children et Society* 182 aux pp 187 et 190.

³⁴⁰ LeFrançois, « Mental Torture », *supra* note 39 aux pp 220-221.

Le droit de refuser des soins de la personne mineure s'inscrit dans un débat plus large sur sa réelle capacité légale³⁴¹. L'adolescente est perçue comme une personne vulnérable ayant besoin de la protection de la société face à ses possibles mauvaises décisions, manquant de maturité, ou soumise à de mauvaises influences³⁴² : « Adolescence is a vulnerable time during which the young person struggles to attain autonomy, fluctuating between reliance on others and the boldness of self-assertion »³⁴³. En plus de la vulnérabilité associée à l'âge, l'ajout du diagnostic de santé mentale place l'enfant dans une situation où sa capacité d'agir (*agency*) est considérée comme absente ou indésirable³⁴⁴. Il est reproché que la vulnérabilité attribuée systématiquement à l'adolescente est trop souvent utilisée pour justifier le non-respect des droits des personnes mineures ou exiger des mesures paternalistes³⁴⁵. Pour Paré, la reconnaissance de la capacité légale de la personne mineure à refuser des soins reste encore aujourd'hui ancrée dans ce paradigme de la protection opposant l'autonomie et le meilleur intérêt :

Conclusions about capacity and the right to make certain decisions are too often really backdoor assessments about the reasonableness of the decision rather than the capacity of the person to make it in the first place. Refusal of treatment can be equated with incapacity by some psychiatrists and this approach may be approved in courts³⁴⁶.

³⁴¹ LeFrançois et Coppock, *supra* note 321 à la p 166; Khaleel Rajwani, « Should Adolescents be Included in Emerging Psychedelic Research? » (2022) 5:2 *Canadian Journal of Bioethics* 36 à la p 40; Day, *supra* note 41; Tan, Hope et Stewart, *supra* note 39 aux pp 628 et 642; Paré, *supra* note 122 aux pp 114-115; Caroline Bridge, « Adolescents and Mental Disorder: Who Consents to Treatment? » (1997) 3:1 *Medical Law International* 51; Richard C Boldt, « Adolescent Decision Making: Legal Issues with Respect to Treatment for Substance Misuse and Mental Illness Roundtable on Adolescent Decision Making » (2012) 15:1 *Journal of health care law & policy* 75 aux pp 90-91.

³⁴² AC, *supra* note 220 au para 73; Paré, *supra* note 122 à la p 111; Johnston, *supra* note 39 aux pp 489-490.

³⁴³ Bridge, *supra* note 341 à la p 56.

³⁴⁴ LeFrançois, « Mental Torture », *supra* note 39 à la p 213.

³⁴⁵ Paré, *supra* note 122 à la p 125; LeFrançois et Coppock, *supra* note 321 à la p 167; LeFrançois, « Mental Torture », *supra* note 39 à la p 213.

³⁴⁶ Paré, *supra* note 122 à la p 114.

Ce point de vue semble partagé par LeFrançois qui constate que le principe du meilleur intérêt de l'enfant sert non seulement de « veto adulte » sur les décisions prises par une personne mineure au nom de la protection des plus vulnérables, mais permet aussi de présenter la décision comme celle que l'enfant appréciera et dont elle bénéficiera nécessairement le plus³⁴⁷. D'après des auteurs, la présomption d'incompétence des personnes mineures a un impact sur celles-ci en niant leur droit de consentir et de participer à leurs soins (ou toute forme d'autonomie dans leurs soins). Des conséquences qui sont occultées par la rhétorique médico-judiciaire qui insiste que les décisions prises à leur place le sont nécessairement dans leur meilleur intérêt, malgré des études à l'effet contraire³⁴⁸.

Plusieurs facteurs sociaux influencent la prise en charge d'un refus de soins pédopsychiatriques par le système de santé et de services sociaux. Une méta-analyse évaluant les facteurs sociaux des hospitalisations forcées en pédopsychiatrie a révélé que, comme chez les adultes, les diagnostics de troubles psychotiques étaient associés à un risque plus élevé d'hospitalisation forcée. Les autres facteurs identifiés sont la toxicomanie, la déficience intellectuelle, la présence d'un risque perçu d'être un danger pour soi-même ou pour autrui et le fait d'être âgé de plus de 12 ans³⁴⁹. Le fait d'être une personne noire est aussi un facteur social associé à une probabilité accrue d'hospitalisation psychiatrique involontaire chez les adolescentes, bien qu'il manque d'études sur les impacts du racisme systémique dans la prise en charge de la santé mentale des personnes mineures³⁵⁰. Une

³⁴⁷ LeFrançois, « Mental Torture », *supra* note 39 à la p 213.

³⁴⁸ *Ibid*; Coppock, *supra* note 39.

³⁴⁹ Walker et al, *supra* note 319 à la p 508; Schölin et al, *supra* note 324 à la p 2.

³⁵⁰ Les auteurs de cette revue systématique note qu'il existe toutefois peu de recherches sur les hospitalisations en pédopsychiatrie qui évaluent l'ethnicité des adolescents : « The over-representation of adults from Black and minority ethnic groups in hospital involuntarily in the UK and globally has long been recognised and is associated with structural and institutional factors that lead to the systematic disadvantage

étude a constaté des différences statistiquement significatives dans le taux de prévalence des admissions en psychiatrie qui sont plus élevées chez les personnes autochtones³⁵¹. Cependant, dans plusieurs études, l'ethnicité n'est tout simplement pas incluse comme variable³⁵². L'unique étude explorant les facteurs socioéconomiques tend à laisser penser qu'il existe une relation entre les environnements socioéconomiquement défavorisés et un plus haut taux d'hospitalisation forcée en pédopsychiatrie³⁵³.

Sur le plan de l'impact du genre, la littérature est disparate. En effet, certaines études constatent que du côté des hospitalisations contre le gré de la personne mineure, une plus grande proportion de garçons est concernée alors que d'autres concluent à une prédominance de filles³⁵⁴. Alors qu'en ce qui concerne des hospitalisations forcées, aucun constat clair ne peut être fait concernant le genre, une importante littérature existe sur le traitement différentiel dans la prise en charge judiciaire québécoise des personnes mineures. Lanctôt et Desai ont étudié ces différences genrées. Au moment de leur enquête (1992-1993), ils ont constaté que 82 % des filles sont judiciarisées par le système de la protection de la jeunesse (via la LPJ), 13 % par le système pénal (via la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* [ci-après « LSJPA »]) et 5 % sous les deux régimes. Chez les garçons, une plus grande proportion d'entre eux est judiciarisée sous la

of people from minority ethnic groups. However, little attention has been given to the role that structural racism plays in the mental health care of children and adolescents, and the effect on health outcomes of early experiences of discrimination. We were only able to identify seven studies that mentioned the ethnicity of the children and adolescents who were involuntarily detained, compared with 71 studies included in a recent international meta-analysis of ethnic variations in involuntary hospitalisation among adults. ». (Walker et al, *supra* note 319 à la p 507).

³⁵¹ Ogilvie et Kisely, *supra* note 38 à la p 3.

³⁵² Schölin et al, *supra* note 324 à la p 11.

³⁵³ *Ibid* à la p 11.

³⁵⁴ *Ibid* à la p 11.

LSJPA : 31 % sont judiciairisés en application de la LSJPA, 59 % en vertu de la LPJ et 10 % sous les deux régimes³⁵⁵. Les adolescentes qui sont judiciairisées en vertu de LPJ présentent une plus grande variété de formes de TCS comparativement aux adolescentes et même par rapport aux adolescentes uniquement sous la LSJPA³⁵⁶. Les auteurs concluent qu'il y a présence d'attitudes paternalistes par les actrices du système de justice qui « font en sorte que les adolescentes sont surtout amenées devant la justice *pour leur propre bien* »³⁵⁷. La régulation des supposés comportements déviants des adolescentes se fait d'ailleurs plus souvent par les lois civiles que pénales³⁵⁸. À cet effet, dans une étude sur la justice genrée des personnes mineures en France, Vuattoux constate que des adolescentes judiciairisées initialement par le système pénal sont ensuite prises en charge par des professionnelles de la santé, qui sont pourtant rarement impliquées dans les dossiers des garçons³⁵⁹. Cela l'amène à conclure à une tendance à la médicalisation et la psychologisation des déviations des filles³⁶⁰. Léger-Riopel réfère au phénomène de *transinstitutionnalisation*, dégagé dans plusieurs études, pour décrire comment les adolescentes avec un enjeu de santé mentale sont institutionnalisées en établissement de santé divers par le truchement du système de justice pénale ou de protection de la jeunesse :

[...] des décisions concernant le traitement des enfants et des jeunes par des professionnels de la santé relèveraient pour une part insoupçonnée à des considérations autres que médicales, mais plutôt de pressions liées à l'administration des ressources de santé : le système de santé mentale prenant dans certain cas le relais du système de justice pour adolescents (et vice-versa)³⁶¹.

³⁵⁵ Nadine Lanctôt et Benjamin Desaiève, « La nature de la prise en charge des adolescentes par la justice : jonction des attitudes paternalistes et du profil comportemental des adolescentes » (2002) 26:4 *Déviante et Société* 463 à la p 469.

³⁵⁶ *Ibid* aux pp 471-472.

³⁵⁷ *Ibid* à la p 474.

³⁵⁸ Véronique Blanchard, *Vagabondes, voleuses, vicieuses: adolescentes sous contrôle, de la Libération à la libération sexuelle*, Genre!, Paris, Éditions François Bourin, 2019 à la p 300.

³⁵⁹ Vuattoux, *supra* note 23 à la p 22.

³⁶⁰ *Ibid* à la p 20.

³⁶¹ Léger-Riopel, *supra* note 39 à la p 256.

Une étude en contexte québécois a d'ailleurs relevé l'existence de la prise en charge par la DPJ d'adolescentes pour un refus de soins de santé mentale³⁶². Ces quelques études laissent donc entendre l'existence de mécanismes informels de traitement du refus de soins de la personne mineure. Il y a donc un lien à faire avec la position de certains auteurs explicitée à la sous-section 1.1.2 qui suggéraient de faire un signalement à la protection de la jeunesse en cas de refus de soins. Plusieurs études ont aussi identifié que l'application de ces mécanismes est influencée par l'ethnie de la personne mineure : « young people from Black and minority ethnic groups are more likely than young people from White ethnic groups to be referred to mental health services via the criminal justice system or social care, rather than through less coercive routes »³⁶³.

En conclusion, il existe peu de connaissances sur l'exercice du refus de soins psychiatriques par les personnes mineures de 14 ans et plus en contexte québécois et international. La littérature sur le refus de soins psychiatriques par une personne majeure traduit l'existence de mécanismes de coercition informelle fondés sur une logique paternaliste et une évaluation du risque qui met de côté le droit de la patiente à l'autodétermination. Les tribunaux, par le biais des autorisations de soins, reproduisent et adoptent une approche thérapeutique de la justice. Le système judiciaire est alors mobilisé pour « soigner » et reproduire le contrôle social des personnes avec des enjeux de santé mentale. Les rares études en contexte pédopsychiatrique laissent entendre des conditions tout aussi troubles du respect du consentement aux soins. Or, dans un contexte où la santé

³⁶² Danielle Nadeau et al, « Comportements suicidaires d'un jeune ou refus de recevoir des soins en santé mentale : quand la situation est signalée à la DPJ... » (2014) 60:2 *Service social* 1 à la p 4.

³⁶³ Walker et al, *supra* note 319 à la p 508.

mentale des adolescentes a été particulièrement affectée par la pandémie et face à la surreprésentation des filles dans les procédures en protection de la jeunesse, il apparaît particulièrement pertinent de s'intéresser aux conditions d'exercice de leur refus de soins. Alors que les connaissances actuelles sur le consentement aux soins psychiatriques sont essentiellement issues de recherches médicales et juridiques concernant des personnes majeures, cette recherche cherchera à combler ces lacunes en s'intéressant aux obstacles à l'expression d'un refus de soins psychiatriques par la personne mineure de 14 ans et plus. Dans le but d'atteindre cet objectif, le prochain chapitre traitera du cadre théorique du genre et de la normalisation et l'approche méthodologique mobilisée dans cette recherche.

CHAPITRE 2 - Cadres théorique et méthodologique - Aux racines de la normalisation vécue par les personnes mineures

Dans ce chapitre, j'aborderai tout d'abord le cadre théorique de la recherche. L'élément théorique au cœur de ma recherche est la normalisation, mobilisée dans une approche féministe et analysée sous la perspective du genre (2.1). Le cadre théorique permettra de poser les questions de recherche (2.2). Par la suite, ce chapitre abordera le cadre méthodologique (2.3). Le chapitre 2 se conclura sur les limites de la recherche (2.4) ainsi que ma posture épistémologique (2.5).

2.1 Pourtours théorique du genre et de la normalisation

Ce cadre théorique est l'occasion de positionner la présente recherche comme s'inscrivant dans une approche féministe, sans pour autant mobiliser les concepts théoriques du féminisme de façon explicite ou développer une analyse théorique féministe à proprement parler. Cette approche de recherche découle principalement de la nature de mes données. Elles concernent ainsi principalement des filles et rendent visible la surreprésentation des adolescentes dans le contexte judiciaire des autorisations et ordonnances de soins. Or, la majorité de la doctrine sur le consentement et le refus de soins des personnes mineures a été écrite par des hommes, et même lorsqu'elle a été écrite ou co-écrite par des femmes, elle ne tient pas compte de l'impact du genre dans l'exercice du droit de consentir aux soins pour ce groupe d'âge³⁶⁴. L'absence d'une approche féministe dans les écrits doctrinaux sur le consentement aux soins des personnes mineures s'inscrit

³⁶⁴ Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne », *supra* note 52 ; Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura, *supra* note 53 ; Ménard, « Règles relatives au consentement », *supra* note 131 ; Goubau, *supra* note 80 ; Éric Séguin, *L'inévitable judiciarisation du refus injustifié de l'adolescent à des soins requis par son état de santé*, mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 2009 [non publié].

dans une problématique plus large de « rareté des écrits féministes francophones sur le droit »³⁶⁵.

Par conséquent, ma recherche a notamment comme objectif de mettre en exergue les inégalités genrées dans la possibilité d'expression d'un refus de soins psychiatriques par la personne mineure de 14 ans et plus. L'approche féministe permet de conceptualiser le droit au travers du prisme des inégalités de genre et des dynamiques de pouvoir qui peuvent être produites ou reproduites par le système judiciaire, en portant une attention particulière aux personnes marginalisées et à leur vécu des relations de pouvoir³⁶⁶. Elle remet en question la neutralité du droit, étudie le rôle du droit dans la reproduction des rapports de genre et met l'accent sur l'utilisation de méthodes qualitatives³⁶⁷. Ma recherche s'efforce donc de comprendre les rapports de pouvoir qui existent dans le système judiciaire et met en lumière les expériences féminines³⁶⁸.

La théorie féministe a forgé des concepts qui permettent l'analyse spécifique de situations que vivent les femmes³⁶⁹. La mobilisation d'une approche féministe se traduit ainsi dans l'utilisation du genre comme élément d'analyse (2.1.1) : « So, feminist research is distinctive [des autres recherches scientifiques] in its focus on gender as a variable and an analytic category, and in its critical stance toward gender »³⁷⁰. Ainsi, c'est par la lunette du

³⁶⁵ Anne Revillard et al, « À la recherche d'une analyse féministe du droit dans les écrits francophones » (2009) 28:2 *Nouvelles Questions Féministes* 4 à la p 4.

³⁶⁶ Nancy A Naples, « Feminist Studies as a Site of Critical Knowledge Production and Praxis » dans Nancy A. Naples, éd, *Companion to Feminist Studies*, Hoboken, Wiley Blackwell, 2020 1, à la p 7.

³⁶⁷ Revillard et al, *supra* note 365 à la p 5.

³⁶⁸ Naples, *supra* note 366 à la p 7.

³⁶⁹ Andrée Michel, *Le féminisme*, 9e éd, Que sais-je ? 1782, Paris, Presses universitaires de France, 2007 à la p 5.

³⁷⁰ Sandra Harding, « The Method Question » (1987) 2:3 *Hypatia* 19 à la p 29.

genre que sera analysé le concept théorique de la normalisation qui fonde l'analyse des résultats de cette recherche (2.1.2).

2.1.1 Genre

Il existe plus d'une façon d'interpréter la notion de genre et de nombreux écrits s'intéressent à sa définition. Ma recherche ne s'inscrit toutefois pas dans les études du genre. Ainsi, sans avoir pour objectif de définir cette notion, il importe de poser les assises du genre dans le contexte précis de la présente recherche. La philosophe américaine Judith Butler base sa théorie de l'identité sur l'idée que le genre est une construction sociale ancrée dans la répétition d'actes et que c'est l'expérience vécue par la personne qui construit le sujet³⁷¹. Butler reprend la théorie de Foucault quant à l'idée que les systèmes de pouvoir judiciaires produisent les sujets qu'ils représentent subséquentment³⁷². Ainsi, le sujet « femme » n'est pas inné, mais plutôt une catégorie, tout comme le sexe et le désir, qui est un effet des dynamiques de pouvoir³⁷³. Selon cette conceptualisation, le genre féminin et le genre masculin sont des constructions sociales engagées dans un rapport de pouvoir relevant de l'asymétrie entre les genres³⁷⁴. Le droit serait un facteur de ces constructions, s'éloignant de la prétendue neutralité du droit, comme l'explique Frug :

legal rules—like other cultural mechanisms—encode the female body with meanings. Legal discourse then explains and rationalizes these meanings by an appeal to the “natural” differences between the sexes, differences that the rules themselves help to produce. The formal norm of legal neutrality conceals the way in which legal rules participate in the construction of those meanings³⁷⁵.

³⁷¹ Martine Fournier, « Le féminisme dans les sciences humaines » dans Maud Navarre, dir, *La grande histoire du féminisme*, Barbara, Auxerre, Éditions Sciences humaines, 2022 à la p 304.

³⁷² Judith Butler, *Gender trouble : feminism and the subversion of identity*, Thinking gender, New York, Routledge, 1990 à la p 2.

³⁷³ *Ibid*; Irène Jami, « Judith Butler, théoricienne du genre » (2008) 44:1 *Cahiers du Genre* 205 à la p 208.

³⁷⁴ Butler, *supra* note 372 à la p 16.

³⁷⁵ Mary Joe Frug, « A Postmodern Feminist Legal Manifesto (An Unfinished Draft) » (1992) 105:5 *Harvard Law Review* 1045 à la p 1049.

La théorie de l'intersectionnalité³⁷⁶ ajoute à cette définition du genre en conceptualisant les rapports de pouvoir à l'interaction des systèmes d'oppression³⁷⁷. L'objectif de cette approche, développée notamment par Crenshaw dans les années 1990, est de relever « les points d'intersection du racisme et du patriarcat » qui n'étaient alors pas perceptibles dans les discours féministes et antiracistes³⁷⁸. L'intersectionnalité admet l'interinfluence entre les structures politiques, institutionnelles et sociales, telles que l'institution psychiatrique, et la protection de la jeunesse d'une part, et les facteurs sociaux individuels — pauvreté, niveau de scolarité, genre, race, âge, etc. — d'autre part³⁷⁹. Plutôt que de concevoir les oppressions sous l'angle d'un seul système ou en cumulant les effets, cette théorie permet de comprendre et d'éclairer l'imbrication des systèmes d'oppression et son effet combiné³⁸⁰. L'approche intersectionnelle est pertinente dans un contexte de refus de soins psychiatriques, car elle permet d'ajouter une dimension supplémentaire en prenant en compte non seulement les rapports de pouvoir liés au genre, mais aussi à des facteurs socio-économiques, raciaux ou culturels.

³⁷⁶ Il existe tout un débat à savoir si l'intersectionnalité est une théorie ou une méthodologie. Voir notamment : Patricia Hill Collins, « Intersectionality as Critical Inquiry » dans Nancy A. Naples, éd., *Companion to Feminist Studies*, Hoboken, Wiley Blackwell, 2020.

³⁷⁷ Geneviève Pagé, « Sur l'indivisibilité de la justice sociale ou Pourquoi le mouvement féministe québécois ne peut faire l'économie d'une analyse intersectionnelle » (2014) 26:2 *Nouvelles pratiques sociales* 200 à la p 202 ; Catharine Alice Mackinnon, « "Sexuality" » traduit par Béatrice de Gasquet, (2012) 46:2 *Raisons Politiques* 101 à la p 101.

³⁷⁸ L'intersectionnalité fut initialement développée et réfléchie pour et par les *blacks feminist* aux États-Unis afin de rendre compte de la spécificité de leur vécu (et du cumul des oppressions les concernant) et fut nommé par la juriste Kimberlé Crenshaw au début des années 1990. (Kimberlé W Crenshaw, « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur » (2005) 39:2 *Cahiers du Genre* 51 à la p 51 ; Patricia Hill Collins avec la collaboration de Sirma Bilge, *Intersectionality*, 2e éd, Key concepts, Cambridge, Polity Press, 2020 à la p 107 ; Pagé, *supra* note 377 à la p 203).

³⁷⁹ Crenshaw, *supra* note 378 ; Hill Collins, *supra* note 378.

³⁸⁰ Pagé, *supra* note 377 à la p 203.

Cette définition du genre a donc toute sa pertinence pour analyser les inégalités influençant la manière dont les individus, selon leur genre, interagissent avec le système de santé et de services sociaux et le système de justice. Par exemple, Lanctôt et Desai, dans leur étude sur les trajectoires de judiciarisation selon le genre des personnes mineures, se questionnent à savoir si des attitudes comportementales propres à un genre pourraient justifier la distinction sexuée dans les trajectoires judiciaires ou si elles sont le propre du paternalisme institutionnel³⁸¹. Le genre, en tant que construction sociale, façonne ainsi les attentes, normes et rôles des personnes, mais aussi comment elles sont perçues par les professionnelles de la santé et les actrices du système judiciaire. Le genre féminin est associé à la vulnérabilité et au besoin de protection (« approche compassionnelle ») alors que le genre masculin est associé au risque et au besoin de réformer son comportement (« approche répressive »)³⁸². Le droit est d'ailleurs considéré comme un facteur qui construit cette différenciation genrée :

These groups of legal rules and discourse constitute a system that “constructs” or engenders the female body. The feminine figures the rules pose are naturalized within legal discourse by declaration—“women are (choose one) weak, nurturing, sexy”—and by a host of linguistic strategies that link women to particular images of the female body. By deploying these images, legal discourse rationalizes, explains, and renders authoritative the female body rule network. The impact of the rule network on women’s reality in turn reacts back on the discourse, reinforcing the “truth” of these images³⁸³.

L'historienne Blanchard a démontré comment, pendant la Libération sexuelle française, les adolescentes étaient judiciarisées si elles ne se conformaient au modèle de la « bonne fille » et conséquemment, aux normes de genre³⁸⁴. Bien que le système judiciaire ait évolué, des

³⁸¹ Lanctôt et Desai, *supra* note 355 à la p 464.

³⁸² Vuattoux, *supra* note 23 à la p 61.

³⁸³ Frug, *supra* note 375 à la p 1050.

³⁸⁴ Blanchard, *supra* note 358 à la p 301.

mécanismes de contrôle genrés se perpétuent dans cette institution qui contrôle les adolescentes « déviantes », « c'est-à-dire qui ne respectent pas les attitudes attendues d'elles. »³⁸⁵. Vuattoux a fait la démonstration que le genre est un des facteurs utilisés comme « principe de division des parcours institutionnels des jeunes »³⁸⁶. Il a ainsi confirmé son hypothèse selon laquelle « les rapports de genre constituent l'un des aspects fondamentaux de différenciation au sein des procédures judiciaires », mais en nuancant qu'une approche intersectionnelle était nécessaire pour tenir compte des rapports de pouvoir qui sont aussi fondés sur la classe sociale, la race et l'âge³⁸⁷. Il est alors question de production institutionnelle des normes de genre : « si le contrôle social diffère selon le genre, cela s'explique par une pensée institutionnelle attribuant au genre féminin et masculin des attentes différenciées et contribuant ainsi à la différenciation des carrières institutionnelles des justiciables »³⁸⁸.

Les normes de genre influencent les pratiques judiciaires, mais aussi les pratiques psychiatriques. Le genre est aussi un concept relevé dans la littérature lorsqu'il est question de la psychiatrie. En effet, le genre prédéterminerait la façon dont on approche la santé mentale. Les femmes seraient davantage l'objet de médicalisation de leurs problèmes que les hommes : « The positioning and pathologising of women in courts and prisons, family law cases and therapeutic settings, as Caplan compellingly observes, collectively reflect 'a troubling combination of intermittent invisibility and hypervisibility for women' »³⁸⁹. Les

³⁸⁵ *Ibid* à la p 300.

³⁸⁶ Vuattoux, *supra* note 23 à la p 7.

³⁸⁷ *Ibid* aux pp 17 et 161.

³⁸⁸ *Ibid* à la p 17.

³⁸⁹ Wendy Chan, Dorothy E Chunn et Robert Menzies, dir, *Women, Madness and the Law: A Feminist Reader*, Londres, Routledge, 2012 à la p 15.

diagnostics de santé mentale seraient d'ailleurs influencés par des stéréotypes genrés, par exemple, en associant davantage les troubles du comportement alimentaire aux femmes :

Individuals tended to see externalizing disorders—addictions, impulse control disorders, antisocial personality—as masculine. People also perceived paraphilias as masculine. Some evidence emerged for perception of internalizing disorders— anxiety and depression—as feminine, but they did not appear using both stereotype definitions. Feminine disorders that did emerge consistently involved symptoms such as concern about appearance (eating and body dysmorphic disorders), emotional lability (borderline and histrionic personality), and orgasmic dysfunction [...]

One of the most striking aspects of the masculine and feminine stereotypes was their accuracy. Almost all of the disorders in the masculine stereotype are actually more prevalent among men, and the same is true of the feminine stereotype.³⁹⁰

La santé mentale a donc un aspect genré³⁹¹. Cela a conséquemment un impact important sur la façon dont les interventions psychiatriques sont menées auprès des hommes et des femmes, les premiers étant plus souvent criminalisés et les secondes plus souvent traitées contre leur gré. Il existe donc d'importants liens à faire entre le concept de genre et le concept de normalisation développé par Foucault. La prochaine sous-section vise ainsi à développer sur l'élément théorique de la normalisation et comment ce concept diffère selon le genre.

2.1.2 Normalisation

Dans *Les Anormaux* et *Surveiller et punir*, Foucault explique que le pouvoir de normalisation est au cœur des mécanismes ayant pour but de surveiller, punir et réguler les comportements des individus³⁹². Ce qu'il qualifie de « pouvoir de normalisation » serait

³⁹⁰ Guy Boysen et al, « Gendered Mental Disorders: Masculine and Feminine Stereotypes About Mental Disorders and Their Relation to Stigma » (2014) 154:6 *The Journal of Social Psychology* 546 aux pp 554-555 et 561.

³⁹¹ *Ibid* à la p 562.

³⁹² Michel Foucault, *Les anormaux : cours au Collège de France : (1974-1975)*, Hautes études Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, Éditions du Seuil et Gallimard, 1999 [Foucault, « Anormaux »]; Michel Foucault, *Surveiller et punir, Naissance de la prison*, tel, Paris, Gallimard, 1975 [Foucault, « Surveiller et punir »].

exercé par les prisons et le système de justice, certes, mais aussi par le système d'éducation, les hôpitaux et les unités psychiatriques. Dès la fin de l'âge classique, la normalisation serait ainsi devenue « un des plus grands instruments de pouvoir »³⁹³. La prémisses de ce pouvoir est le « normal », concept auquel on oppose nécessairement l'anormalité :

[L]a conceptualisation [de la folie] pose comme point de départ le *normal* auquel il est possible d'opposer des comportements différents ou originaux, qui seront qualifiés d'*anormaux*. Ce clivage est éminemment moral. Ainsi, le normal est associé au *bon*, à ce qui est souhaitable, approuvé socialement ; il est également ce qui est le plus fréquent et donc facilement repérable et observable. L'anormal, le pathologique, difficilement définissable en lui-même, est forcément le contraire du normal ; il est inadapté et dérangeant. Toutefois, l'anormal ne traduit pas l'absence de norme ou même la négation de la norme : il est plutôt *dans* la norme. Il peut aussi être l'expression d'autres normes, de normes différentes, mais possibles³⁹⁴.

Le discours social, culturel et politique sert de référence à ce qui est normal et la norme assure la conformité des comportements³⁹⁵. On peut donc concevoir la normalisation en trois étapes : 1) la définition du comportement normal (au moyen de normes) ; 2) la définition de l'anormalité par opposition à la normalité précédemment située ; 3) le comportement anormal est alors l'objet d'une sanction disciplinaire, voire jugé comme de la déviance³⁹⁶. Les individus sont conséquemment classifiés selon une « évaluation binaire (bon/mauvais, normal/anormal) et, incidemment, une classification des comportements entre exemplaires ou convenables et déviants, voire marginaux »³⁹⁷. De ce fait, le pouvoir de normalisation tend à l'homogénéité de la société et pénalise les comportements dérogeant à la norme³⁹⁸.

³⁹³ Foucault, « Anormaux », *supra* note 392 à la p 216.

³⁹⁴ Emmanuelle Bernheim, « De l'existence d'une norme de l'anormal. Portée et valeur de la recherche empirique au regard du droit vivant : une contribution à la sociologie du droit » (2011) 52 *Les Cahiers de droit* 461 à la p 464 [Bernheim, « Norme de l'anormal »].

³⁹⁵ *Ibid* à la p 465.

³⁹⁶ *Ibid.*

³⁹⁷ Emmanuelle Bernheim et Claire Lebeke, « De la mère "normale" Normes, expertises et justice en protection de la jeunesse » (2013) *Enfances, Familles, Générations* 2 à la p 2.

³⁹⁸ Foucault, « Surveiller et punir », *supra* note 392 à la p 216.

Bien qu'elle semble désigner un fait objectif, la notion de normalité est subjective et équivoque, car elle est déterminée par les individus œuvrant au sein des institutions, selon leur opinion professionnelle³⁹⁹. En psychiatrie, la désignation des comportements selon les dualités normal/anormal et malade/en santé nécessite de les qualifier par rapport à un spectre allant de la « bonne santé mentale » (ce qui est normal et valorisé) à la maladie mentale (ce qui est anormal et dévalorisé), toute interprétation à l'extérieur de ces catégories étant inconcevables⁴⁰⁰. Le DSM-5 est le principal outil utilisé pour psychiatriser et normativiser la santé mentale des individus, en classifiant leurs comportements et en les qualifiant comme différents, anormaux ou pathologiques lorsque comparés à une « santé mentale normale »⁴⁰¹. La pathologisation de la détresse psychologique est d'ailleurs critiquée dans la littérature, considérant que cela mène à l'anormalisation de la réponse humaine aux situations difficiles et nie le rôle dans cette réponse des facteurs psychosociaux tels que la pauvreté, la non-employabilité et le trauma⁴⁰² :

Psychiatrization refers to the processes and mechanisms through which certain persons, adult or child, come into psychiatry as a political realm (Kecmanovic, 1983; Malacrida, 2009; Mills, 2014a). Persons come into psychiatry when their body, their psychology, and/or particular expressions of emotional and psychological distress are constructed as “mental illness” or “disorder.” The primary effect of psychiatrization is the construction of the young person as “abnormal” (Bell, 1993)⁴⁰³.

³⁹⁹ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Quadrige, Paris, Presses de l'Université de France, 2013 à la p 101.

⁴⁰⁰ Maria Liegghio, « Too Young to Be Mad: Disabling Encounters with 'Normal' from the Perspectives of Psychiatrized Youth » (2016) 5:3 *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice* 110 à la p 114.

⁴⁰¹ *Ibid.*

⁴⁰² Kinderman, Allsopp et Cooke, *supra* note 263 à la p 241; Somerville, *supra* note 246 à la p 67.

⁴⁰³ Liegghio, *supra* note 400 à la p 111.

Plusieurs soulèvent aussi l'existence d'importants stéréotypes à l'égard des personnes avec des enjeux de santé mentale, tels la dangerosité ou l'incompétence⁴⁰⁴. Ces stéréotypes sont qualifiés de formes de *sanisme* (discrimination basée sur l'état de santé mentale)⁴⁰⁵. L'étude de la jurisprudence sur les autorisations de soins démontre « une association erronée entre maladie mentale et inaptitude, ou du moins incapacité à fonctionner en société et à prendre des décisions pour soi »⁴⁰⁶. La littérature démontre notamment que la médication est jugée nécessaire pour mener « une vie normale » et « l'autorisation de soins devient un outil pour retrouver un fonctionnement social normal »⁴⁰⁷.

En psychiatrie, le pouvoir de normalisation se manifeste ainsi par l'établissement de normes en matière de diagnostics, besoins cliniques et traitements, définissant ainsi ce qui est « normal » ou pathologique⁴⁰⁸. Selon Foucault, la psychiatrie est située comme l'experte de l'anormal : son savoir constitue le savoir scientifique promulguant une vérité et constitue un fondement du discours normatif⁴⁰⁹. La psychiatrie, selon Foucault, devient alors une institution qui détermine le comportement attendu des individus ; autrement, ils sont étiquetés, surveillés et régulés pour s'adapter aux attentes sociales. Par la convocation du savoir psychiatrique dans le cadre judiciaire, une jonction est créée et l'instance médico-

⁴⁰⁴ Patrick W Corrigan et Amy C Watson, "The paradox of self-stigma and mental illness: Clinical Psychology: Science and Practice" (2002) 9:1 *Clinical Psychology: Science and Practice* 35 à la p 37.

⁴⁰⁵ Jennifer M Poole et al, « Sanism, 'Mental Health', and Social Work/Education: A Review and Call to Action » (2012) 1 *Intersectionalities : A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice* 20; Martine Cognet, « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques » (2017) 5:3 *Les cahiers de la LCD* 25 ; Jennifer L Piemonte et Jonathan M Metzl, *Gun violence and mental health: myths and strategies for socio-legal research*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 2020.

⁴⁰⁶ Bernheim, Chalifour et Laniel, *supra* note 34 à la p 372.

⁴⁰⁷ Bernheim, « Norme de l'anormal », *supra* note 392 à la p 491.

⁴⁰⁸ Bernheim, « Norme de l'anormal », *supra* note 394 à la p 465.

⁴⁰⁹ Bernheim et Lebeke, *supra* note 397 à la p 2.

judiciaire devient l'instance de contrôle de l'anormal⁴¹⁰. La dynamique de normalisation est particulièrement pertinente à l'égard des personnes mineures dont les comportements sont pathologisés « as difficulties in learning and behaviour become characterized as a disorder/condition and children are regarded as incompetent, impulsive, irrational, incapable of being responsible »⁴¹¹.

La notion d'enfance en elle-même est polysémique et l'objet d'un débat théorique⁴¹². L'établissement d'une notion fixe de développement « normal » en est ainsi d'autant plus ardu. L'enfant est, de façon similaire au genre, conçu comme une construction sociale définie culturellement par les parents, les professionnelles de la santé, le système d'éducation, etc.⁴¹³. La déviance comportementale devient alors jugée par rapport à une norme culturelle fluctuante qui participe « de la fixation d'une dichotomie "normalité/déviance" bien souvent voisine des notions de la "santé" et du "pathologique" »⁴¹⁴. L'enfant qui ne répond pas aux attentes sociétales pour son âge et son niveau de développement (qu'elle soit en retard sur ce qui est attendu ou plus avancée que ce qui est attendu) est alors « anormale »⁴¹⁵. Cela pose une interrogation importante quant à la validité scientifique de la pédopsychiatrie. Les pédopsychiatres devenant « les spécialistes de l'enfant normal. Cette évolution [...] conduit à redéfinir le champ de [la] discipline si [les pédopsychiatres ne veulent] pas être assignés à un rôle de normalisateur

⁴¹⁰ Foucault, « Anormaux », *supra* note 392 à la p 39.

⁴¹¹ Geraldine Brady, « Children and ADHD: seeking control within the constraints of diagnosis » (2014) 28:3 *Children et Society* 218 à la p 226.

⁴¹² J Constant, « L'enfant est toujours différent. La notion d'enfant dans la pratique de la pédopsychiatrie » (2008) 56:4 *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence (Enfants d'ailleurs. Vivre les différences)* 174 à la p 175.

⁴¹³ Léger-Riopel, *supra* note 39 aux pp 258-259.

⁴¹⁴ *Ibid* à la p 259.

⁴¹⁵ LeFrançois et Coppock, *supra* note 321 à la p 166 ; Liegghio, *supra* note 400 à la p 115.

des enfants qui ne suivraient pas “le droit chemin” »⁴¹⁶. Liegghio établit que les discours sur la compétence, l’innocence, le risque et la criminalité sont au cœur de la psychiatisation des enfants⁴¹⁷. La normalisation des enfants par le biais de la psychiatisation les amène à se sentir insuffisantes et à être traitées comme incapables : « their competence and capacity is considered diminished both by their mental and emotional distress and by notions that a young person does not have the wisdom to predict the consequences of their decisions »⁴¹⁸. Le comportement attendu et le traitement de l’enfant par les institutions sont ainsi impactés non seulement par l’état de sa santé mentale, mais aussi par son âge.

Le genre est aussi un facteur qui influence le comportement attendu des individus. En partant de la perspective que la normalisation est un processus par lequel les individus sont amenés à répondre à une norme comportementale idéalisée et définie par les institutions sociales, le genre devient une de ces formes de normalisation⁴¹⁹. Comme l’explique Vuattoux, les attentes sont différentes selon le genre⁴²⁰. Par exemple, il relève que la prise en charge des personnes mineures par les institutions de contrôle social les essentialise et les renferme dans des rapports de genre, notamment en sexualisant et sanitarisant les déviances féminines⁴²¹. L’institution judiciaire joue alors un rôle de production, de reproduction et de légitimation des normes comportementales idéalisées pour chaque

⁴¹⁶ Constant, *supra* note 412 à la p 175.

⁴¹⁷ Liegghio, *supra* note 400 à la p 115.

⁴¹⁸ *Ibid* à la p 122.

⁴¹⁹ Foucault, « Anormaux », *supra* note 392 à la p 150.

⁴²⁰ Vuattoux, *supra* note 23 à la p 17.

⁴²¹ *Ibid* aux pp 59 et 61.

genre⁴²². Selon Lanctôt et Desaiive, la normalisation genrée joue un rôle important dans le parcours de judiciarisation des personnes mineures dans le système de justice juvénile :

les normes auxquelles sont soumises les femmes et les filles semblent différer de celles qui s'appliquent aux hommes et aux garçons (Schur, 1984). Une des visées de ces normes différentielles serait de contrôler les activités sexuelles des filles. Dans la même veine, Kempf-Leonard et Sample (2000) affirment que l'étendue des comportements jugés acceptables est beaucoup plus étroite pour les filles qu'elle ne l'est pour les garçons. Dès lors, plusieurs auteurs affirment que le traitement des filles au sein du système judiciaire serait l'un des exemples les plus éloquentes de sexisme dans la société (Chesney-Lind, 1977 ; Gelsthorpe, 1989 ; Smart, 1976).⁴²³

Le discours de la déviance de la personne mineure est ainsi basé sur son genre. On peut le constater notamment dans les stigmas associés aux jeunes mères et aux adolescentes en centre de réadaptation⁴²⁴. En conclusion, ces attentes normatives à l'égard du comportement idéalisé, que ce soit au plan de la santé mentale, de l'âge ou du genre, engagent les institutions judiciaires, sociales et médicales dans la normalisation des individus. La normalité dépend alors de la définition de la déviance et est révélatrice des valeurs et attentes à l'égard des individus de la société⁴²⁵. La mobilisation du concept théorique de la normalisation est donc pertinente pour mettre en lumière les orientations de la prise en charge judiciaire du refus de soins psychiatriques des personnes mineures de 14 ans et plus. Le cadre juridique, la problématique et le cadre théorique ayant maintenant été posés et développés, cela m'amène à formuler mes questions de recherche.

⁴²² *Ibid* à la p 168.

⁴²³ *Ibid* à la p 463.

⁴²⁴ Kyla Ellis-Sloan, "Teenage Mothers, Stigma and Their 'Presentations of Self'" (2014) 19:1 *Sociological Research Online* 16 à la p 8; Mathilde Turcotte et Nadine Lanctôt, "The many faces of the 'foster care youth' label: How young women manage the stigma of out-of-home placement" (2023) 14:1 *International Journal of Child, Youth and Family Studies* 84 à la p 98.

⁴²⁵ Liegghio, *supra* note 400 à la p 115.

2.2 Questions de recherche

Cette thèse de maîtrise cherche à entamer la réflexion et à documenter le refus de soins psychiatriques par la personne mineure de 14 ans et plus au Québec, alors que la littérature québécoise, canadienne et internationale sur la question est quasi-inexistante. L'analyse sous l'angle de la normalisation se justifie par la nature des connaissances actuellement disponibles, et par la visée de régulation des comportements par la psychiatrie. L'angle choisi permet ainsi d'interroger les rapports de pouvoir qui se déploient entre le système judiciaire, la protection de la jeunesse, le système de santé et les personnes mineures de 14 ans et plus.

La question de recherche principale est la suivante : *Quelles sont les expériences des personnes mineures de 14 ans et plus qui expriment leurs volontés quant à leurs soins psychiatriques ?* Elle se décline en deux sous-questions : 1) *Quel est le discours de l'institution judiciaire lorsqu'une personne mineure de 14 ans et plus refuse un soin psychiatrique ?* et 2) *Comment le discours de l'institution judiciaire participe du processus de normalisation des filles ?*

En réponse à ces questions, la présente recherche explore les discours de l'institution judiciaire et les analyse conjointement à des expériences vécues par des personnes mineures de 14 ans et plus en pédopsychiatrie pour comprendre les assises du pouvoir de normalisation qui s'y exerce. La recherche est donc à la fois originale et pertinente en ce qu'elle constitue la première recherche québécoise visant à documenter le refus de soins psychiatriques par la personne mineure de 14 ans de même que les mécanismes formels et

informels qui interviennent dans la prise en charge de ce refus par l'institution judiciaire. La prochaine section détaille l'approche méthodologique utilisée pour répondre aux questions de recherche.

2.3 Approche méthodologique

Ma problématique de recherche vise à documenter la réalité sociale qui sous-tend le régime normatif du consentement aux soins chez la personne mineure, plus précisément, à relever les obstacles institutionnels à l'expression d'un refus de soins par l'adolescente de 14 ans et plus. L'utilisation d'une approche qualitative constitue donc la méthode appropriée pour obtenir une proximité avec le terrain de recherche et adopter une multiplicité de regards⁴²⁶. Cette recherche s'est éloignée de l'approche positiviste traditionnellement préconisée en droit pour mobiliser une approche méthodologique empirique : l'étude de cas. La mobilisation d'une approche empirique en droit « permet d'étudier le droit et ses institutions dans leur contexte social et politique, établissant une différence entre le “droit dans les livres” et le “droit en action” »⁴²⁷. Ce choix méthodologique vise à permettre d'analyser l'application pratique de la norme juridique, plus précisément d'observer comment le droit de refuser des soins pour une personne mineure de 14 ans et plus est mis en œuvre sur le terrain et quelles en sont les difficultés d'exercice. Cette étude vise donc à surmonter un écueil de la « connaissance du phénomène juridique [qui] est paradoxalement liée à une définition renouvelée au gré des écrits des juristes, rarement confrontée à la réalité, si ce n'est par l'écart constaté entre les normes

⁴²⁶ Pierre Paillé et Alex Mucchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 5e éd, Paris, Armand Colin, 2021 aux pp 16 et 76.

⁴²⁷ Emmanuelle Bernheim et al, « L'approche empirique en droit: prolégomènes » dans Dalia Gesualdi-Fecteau et Emmanuelle Bernheim, dir, *La recherche empirique en droit: méthodes et pratiques*, Montréal, Les Éditions Thémis, 2022, 1 à la p 5.

édictees et leur effectivité »⁴²⁸. Elle tend à « mieux connaître un phénomène social, voire mettre à jour des pratiques inédites » sans toutefois prétendre pouvoir étudier toutes les manifestations du droit de refuser un soin par un adolescente ou d'en obtenir un portrait qui soit généralisable⁴²⁹.

L'objectif principal de cette recherche est de documenter les expériences d'expression d'un refus de soins psychiatriques par l'adolescente. Les objectifs secondaires de cette recherche sont d'étudier les discours des institutions sur le refus de soins des personnes mineures de 14 ans et plus et de proposer une analyse relevant l'obstacle de la normalisation à l'expression d'un refus de soins. Dans ce chapitre, les choix méthodologiques seront explicités en lien avec la question et les objectifs de recherche. Je commencerai par une présentation sur le plan théorique de la méthode retenue, pour ensuite détailler de manière plus précise le terrain de recherche. Les considérations éthiques soulevées par le terrain seront relevées. Ma posture de chercheuse quant à mon objet sera justifiée. Ce chapitre se conclura sur les limites de la recherche.

2.3.1 Méthode qualitative et étude de cas

L'utilisation d'une méthode empirique permet de « recueillir et d'analyser de manière critique des données tirées de la recherche »⁴³⁰. Il s'agit d'un incontournable pour pouvoir documenter les conditions d'accès au régime de consentement aux soins de la

⁴²⁸ Emmanuelle Bernheim, « Prendre le droit comme un « fait social » — La sociologie du droit par et pour elle-même » dans Georges Azzaria, dir, *Les cadres théoriques et le droit*, Cowansville, Yvon Blais, 2013, 93 à la p 96 [Bernheim, « Fait social »].

⁴²⁹ Guylaine Vallée, « La jurisprudence, les archives institutionnelles et les entrevues: des sources utiles pour une étude empirique du droit ? L'exemple de recherches en droit du travail » dans Dalia Gesualdi-Fecteau et Emmanuelle Bernheim, dir, *La recherche empirique en droit: méthodes et pratiques*, Montréal, Les Éditions Thémis, 2022, 57 à la p 77.

⁴³⁰ Bernheim et al, *supra* note 427 à la p 4.

personne mineure de 14 ans et plus⁴³¹. Cette section abordera la pertinence de mobiliser une méthode qualitative via une étude de cas et explique pourquoi une approche inductive a été utilisée dans le cadre de cette recherche.

La méthode qualitative consiste en un « processus itératif de production des connaissances » où l'objet de recherche est le social⁴³². L'approche qualitative permet d'obtenir les données pour un travail d'interprétation et de compréhension, dans une visée explicative. Il s'agit donc d'une approche privilégiée pour aller au-delà des faits et obtenir, notamment, de l'information sur la place donnée aux parents dans le consentement aux soins de leur enfant, les manières dont les facteurs sociaux influencent la possibilité de refuser un soin et les discours tenus par les tribunaux. S'éloignant de l'absolu et d'une objectivité niant sa propre subjectivité, l'approche qualitative permet d'analyser « des aspects plus subjectifs de l'expérience humaine »⁴³³. Comme l'explique Noreau, le juriste se place souvent dans une position de certitude, où le droit donne une « illusion d'un discours parfaitement structuré, clair et invariable, dont les effets sont prévisibles et inscrits dans la loi »⁴³⁴. En omettant de conceptualiser que les phénomènes juridiques ont des causes sociales et « que les règles de droit sont l'expression non pas d'individus, mais de groupes » ; en restant dans l'idée que le droit est seulement la manifestation d'une seule et unique volonté, la chercheuse-juriste nuit à l'objectivité d'une recherche scientifique

⁴³¹ *Ibid* aux pp 6-7.

⁴³² Stéphanie Gaudet et Dominique Robert, *L'aventure de la recherche qualitative: Du questionnement à la rédaction scientifique*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2018, à la p 8.

⁴³³ Yves de Champlain, « L'écriture en recherche qualitative: le défi du rapport à l'expérience » (2011) 11 *Recherches qualitatives* 51 (Hors-Série) à la p 52.

⁴³⁴ Pierre Noreau, « L'épistémologie de la pensée juridique : de l'étrangeté... à la recherche de soi » (2011) 52:3-4 *Les Cahiers de droit* 687, à la p 690.

juridique⁴³⁵. L'objectif d'une recherche juridique consciente de sa posture épistémologique est donc de légitimer des « phénomènes de nature subjective » par le biais d'une méthode dont les conditions de production et d'analyse sont justifiées⁴³⁶. Une partie des résultats sera analysée de façon à relever des caractéristiques communes aux adolescentes judiciairisés pour avoir refusé des soins psychiatriques et, conséquemment, de faire ressortir certaines tendances sur le plan des facteurs sociaux qui peuvent influencer les ordonnances et les expériences vécues. Parmi ces facteurs, je documentaerai le genre, l'âge et l'enjeu de santé mentale en cause.

Les données obtenues seront croisées avec la littérature afin d'approfondir la compréhension des résultats. Cette triangulation des données permet de créer une cohérence entre les interprétations en produisant des analyses croisées et transversales et de contrôler « les éventuels biais introduits par une perspective unique »⁴³⁷. En effet, cela permettra à la fois d'ajouter une valeur explicative aux données et de quantifier la réalité étudiée⁴³⁸. Ce croisement permettra aussi de mettre en lumière les intersections auxquelles peuvent se trouver les adolescentes participant à la recherche.

L'étude de cas est une stratégie de recherche qui permet d'étudier un phénomène en profondeur dans son contexte et les interactions entre les deux, sans prétendre à la représentativité statistique⁴³⁹. Plus précisément, elle est définie comme une « approche de

⁴³⁵ Henri Lévy-Bruhl, *Sociologie du droit*, Que sais-je, Paris, Presses universitaires de France, 1964 à la p 89.

⁴³⁶ de Champlain, *supra* note 433 à la p 52.

⁴³⁷ Bernheim, « Norme de l'anormal », *supra* note 394 à la p 481.

⁴³⁸ Bernheim et al, *supra* note 427 à la p 18.

⁴³⁹ Simon N Roy, « L'étude de cas » dans Isabelle Bourgeois, dir, *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*, 7e éd, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2021, 157 aux pp 159-160.

recherche qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, une organisation ou un groupe d'individus bien délimité, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes »⁴⁴⁰. L'étude de cas permet ainsi de documenter et de comprendre en profondeur un ou des cas spécifiques, desquels il est possible de tirer des conclusions⁴⁴¹. Dans le cadre de cette recherche, le cas à l'étude est le traitement judiciaire du refus de soins psychiatriques de la personne mineure de 14 ans et plus. Elle vise à documenter et à analyser les discours judiciaires et les représentations des tribunaux à l'égard des personnes mineures de 14 ans et plus refusant un soin psychiatrique en employant plusieurs techniques qualitatives de collecte de données, soit la recherche documentaire et l'entrevue semi-dirigée.

La recherche documentaire et celle par entretien sont des techniques classiques en recherche qualitative, et notamment dans le cadre de l'étude de cas. La recherche documentaire est une « démarche systématique qui permet d'extraire des données qualitatives à partir de documents imprimés ou électroniques »⁴⁴². Elle permet une analyse qualitative qui « constitue un compromis, notamment lorsqu'il est impossible de procéder à une observation directe du phénomène étudié »⁴⁴³. L'entrevue est une technique de collecte de données où, par le biais d'une interaction verbale flexible, la chercheuse documente « le point de vue et le sens que les acteurs sociaux donnent à leur réalité »,

⁴⁴⁰ *Ibid* à la p 160.

⁴⁴¹ *Ibid*.

⁴⁴² Isabelle Bourgeois, « L'analyse documentaire » dans Isabelle Bourgeois, dir, *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*, 7e éd, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2021, 339 à la p 339.

⁴⁴³ Bernheim et al, *supra* note 427 à la p 20.

donnant ainsi accès à une compréhension renouvelée du phénomène à l'étude⁴⁴⁴. Au cœur de cette technique se trouve une dynamique de co-construction où la compréhension du phénomène est construite avec la participante à l'entretien⁴⁴⁵. On qualifie l'entrevue de « semi-dirigée » lorsque la grille d'entretien est basée sur des questions générales, greffées de « thèmes qui guideront la conduite de l'entretien »⁴⁴⁶. Cette technique, avec sa structure « souple et flexible », permet d'inviter les participantes à décrire leur expérience dans leurs propres mots et selon leur propre compréhension⁴⁴⁷. Le choix du type d'entretien (dirigé, semi-dirigé ou non-dirigé) exerce une influence non négligeable sur la relation de proximité entre les participantes et la chercheuse :

Le but de l'entretien compréhensif est de briser cette hiérarchie, le ton à trouver est beaucoup plus proche de celui de la conversation entre deux individus égaux que du questionnement administré de haut. Parfois, ce style conversationnel prend réellement corps, le cadre de l'entretien est comme oublié : on bavarde autour du sujet. [...] Pour atteindre les informations essentielles, l'enquêteur doit en effet s'approcher du style de la conversation sans se laisser aller à une vraie conversation : l'entretien est un travail, réclamant un effort de tous les instants. L'idéal est de rompre la hiérarchie sans tomber dans une équivalence des positions : chacun des deux partenaires garde un rôle différent. L'enquêteur est maître du jeu, il définit les règles et pose les questions ; l'informateur au début se contente de répondre. C'est ensuite que tout se joue : il doit sentir que ce qu'il dit est parole en or pour l'enquêteur, que ce dernier le suit avec sincérité, n'hésitant pas à abandonner sa grille pour lui faire commenter l'information majeure qu'il vient de livrer trop brièvement.⁴⁴⁸

Ces deux techniques ont été mobilisées de façon complémentaire en raison de la richesse des perspectives qu'elles amènent sur la mise en œuvre de la norme légale par les actrices

⁴⁴⁴ Lorraine Savoie-Zajc, « L'entrevue semi-dirigée » dans Isabelle Bourgeois, dir, *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*, 7e éd, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2021, 273 aux pp 273 et 276.

⁴⁴⁵ *Ibid* à la p 276.

⁴⁴⁶ Dalia Gesualdi-Fecteau et Laurence Guénette, « Le recours à l'entretien dans la recherche en droit » dans Dalia Gesualdi-Fecteau et Emmanuelle Bernheim, dir, *La recherche empirique en droit: méthodes et pratiques*, Montréal, Les Éditions Thémis, 2022, 81 à la p 86.

⁴⁴⁷ Savoie-Zajc, *supra* note 444 à la p 278.

⁴⁴⁸ Jean-Claude Kaufmann, *L'entretien compréhensif*, 4e éd, 128, Paris, Armand Colin, 2016, à la p 63.

de l'institution judiciaire (juges, avocates, parties) « au-delà des sources formelles comme la loi et la jurisprudence »⁴⁴⁹, et sur les expériences des personnes mineures de 14 ans et plus qui refusent des soins. Le matériel principal de recherche est composé de jugements, alors que le matériel complémentaire est composé d'entrevues menées avec des personnes ayant eu une expérience en pédopsychiatrie à l'adolescence. Ces deux techniques mobilisées de manière complémentaire permettent d'atteindre les objectifs de recherche qui sont de documenter et d'analyser les discours et les expériences de refus de soins psychiatriques de personnes mineures de 14 ans et plus.

L'analyse de discours soutient l'étude des discours et de leur forme, tel qu'ils sont tenus par différentes actrices sociales. Sans tomber dans une analyse linguistique, elle permet d'identifier, de décrire et d'interpréter les dynamiques sociales, et notamment les rapports de pouvoirs, que dévoilent les discours⁴⁵⁰. Cette technique d'analyse donne les outils nécessaires pour relever les différents mécanismes de production des discours.

Cette recherche a été menée suivant une approche inductive. L'approche inductive vise à « observer et décrire des tendances et tenter d'établir des interprétations qui pourraient s'appliquer à des cas semblables. »⁴⁵¹ Le sujet est précisé « du bas vers le haut (de l'empirie vers la théorie) » et « au fil du terrain de recherche » plutôt qu'à la suite de la revue de littérature⁴⁵². Initialement motivée par le vide dans la littérature qui rendait difficile de partir de la théorie pour guider la recherche, cette approche s'est avérée encore plus

⁴⁴⁹ *Ibid* à la p 65.

⁴⁵⁰ Alice Krieg-Planque, *Analyser les discours institutionnels*, Paris, Armand Colin, 2012, à la p 15.

⁴⁵¹ Stéphanie Gaudet et Dominique Robert, *supra* note 432 à la p 10.

⁴⁵² *Ibid* ; Bernheim et al, *supra* note 427 à la p 14.

pertinente quand, au fil des lectures des jugements, puis des entretiens, de nouveaux angles de réflexion ont émergé. L'adoption d'une approche inductive permet d'être plus souple pour atteindre les objectifs de recherche, mais surtout d'identifier des éléments et des pistes d'analyse qui n'ont pas pu être envisagées avant le terrain de recherche⁴⁵³. Ainsi, la mobilisation de cette approche permet de déterminer sous quels angles seront documentés les obstacles institutionnels à l'expression d'un refus de soins psychiatriques par la personne mineure de 14 ans et plus.

2.3.2 Démarche méthodologique – Recherche documentaire et entretiens

À travers cette recherche, je vise une approche proche des personnes mineures de 14 ans et plus, de leurs actions et de leurs expériences⁴⁵⁴. Cette approche est d'autant plus nécessaire pour rendre compte de l'expérience des personnes mineures de 14 ans et plus qui expriment leurs volontés quant à leurs soins psychiatriques et répondre à la question principale au cœur de cette recherche. Dans la suite des constats exposés dans la revue de la littérature, j'ai croisé différentes catégories qualitatives telles que la sexualisation, la vulnérabilité et le contrôle avec le genre pour démontrer la différenciation de traitement judiciaire entre garçons et filles refusant des soins. L'approche mobilisée permet de brosser un portrait de l'application du droit de refuser des soins par la personne mineure de 14 ans et plus, tout en documentant et en expliquant la réalité de ces personnes mineures qui exercent leur droit de refus⁴⁵⁵. Deux matériaux de recherche ont été mobilisés dans le cadre de la recherche : la jurisprudence et des entretiens semi-dirigés. Ces matériaux permettent d'obtenir les données nécessaires pour répondre à une des sous-questions de ma recherche,

⁴⁵³ Bernheim et al, *supra* note 427 à la p 13.

⁴⁵⁴ Paillé et Mucchielli, *supra* note 426 à la p 16.

⁴⁵⁵ Bernheim et al, *supra* note 427 à la p 4.

soit quel est le discours de l'institution judiciaire lorsqu'une personne mineure de 14 ans et plus refuse un soin psychiatrique. La présente section détaillera la collecte des données, la constitution des échantillons, le déroulement du terrain de recherche et de l'analyse des données.

2.3.2.1 Recherche documentaire

i. Collecte de données

La jurisprudence est un matériel de choix pour étudier les discours de l'institution judiciaire « autrement que dans une perspective exégétique »⁴⁵⁶. En l'espèce, la recherche documentaire est composée de jugements provenant de la Cour supérieure (autorisation de soins), de la Ch.j. (différents types de mesures résultant sur une ordonnance de soins) et de la Cour d'appel (en appel d'une des deux cours). L'étude de cette jurisprudence a pour objectif de « rendre compte de l'articulation des rapports entre le droit et les activités sociales »⁴⁵⁷ à travers le phénomène du refus de soins psychiatriques, en plus de répondre à la sous-question de recherche sur les discours tenus par l'institution judiciaire.

Les jugements ont été obtenus au terme d'une recherche dans les moteurs de recherche juridique CanLII, CAIJ et SOQUIJ. Aucun filtre de date n'a été utilisé. Sur la banque de CanLII, le filtre « Québec » a parfois été utilisé pour limiter les résultats à la jurisprudence québécoise. Étant donné que c'est le refus de soins psychiatriques émis par une personne mineure de 14 ans et plus qui m'intéresse, les mots-clés visaient spécifiquement la question

⁴⁵⁶ Vallée, *supra* note 429 à la p 63.

⁴⁵⁷ *Ibid* à la p 3.

de consentement de la personne mineure/adolescente et de la santé mentale. Le tableau 2 présente les mots-clés utilisés sur les différentes bases de données.

Tableau 2 - Mots-clés utilisés

Banque de données	Mots clés ou autres indices de repérage (les combinaisons effectuées)
CAIJ	consentement aux soins mineur
CAIJ	consentement soins enfant « troubles alimentaires »
CanLII	consentement soins enfant « troubles alimentaires »
CanLII	consentement ET mineur ET « santé mentale » ET adolescent Filtre : Québec
SOQUIJ	« ordonnance de soins » ET mineur OU adolescent Filtre : Cour supérieure
SOQUIJ	Filtre : Législation citée <i>Code civil du Québec</i> , 16 al. 2
CAIJ	<i>Lois annotées, Code civil du Québec, article 16, Références du C.c.Q. annoté (2023) dans la section 4. 4. Refus de recevoir les soins par le mineur âgé de 14 ans et plus : B. Illustrations</i>
SOQUIJ	(consentement pres : 5 soins) ET adolescent ET psychiatrie
CanLII	(consentement/5 soins) ET adolescent ET psychiatrie
CanLII	adolescent ET pédopsychiatrie Filtres : Québec
CanLII	« garde en établissement » ET adolescent Filtres : Québec
CanLII	(consentement/5 soins) ET mineur ET « toxicomanie »
CanLII	(consentement/5 soins) ET ado ET « toxicomanie »
CanLII	« troubles de comportement sérieux » ET ado ET soin

Les 1^{ers} mots-clés « consentement aux soins mineur » étaient délibérément généraux afin de constater quel genre de résultats ressortait principalement. Cela m’a permis de constater qu’un grand nombre de résultats touchaient les majeurs ou un enjeu de santé physique.

Parmi les résultats qui touchaient les personnes mineures, la majorité provenait de la Ch.j. Cela m'a amenée à modifier le mot-clé « mineur » pour « enfant » ou « adolescent »⁴⁵⁸.

Les troubles alimentaires sont très présents parmi le motif de compromission de trouble de comportement sérieux et, dans une moindre mesure, les enjeux de toxicomanie. Des mots-clés ont donc été ajoutés pour creuser la présence de ces enjeux de santé mentale plus spécifiques (« troubles alimentaires », « toxicomanie »). J'ai aussi ajouté un mot-clé référant à la santé mentale de façon plus générale (« pédopsychiatrie », « psychiatrie » et « santé mentale ») pour exclure les jugements en soins physiques.

Durant la recherche, j'ai réalisé qu'il y avait très peu de jugements d'autorisations de soins de la Cour supérieure. Pour m'assurer que ce manque de résultats n'était pas causé par une lacune dans la méthodologie de recherche, j'ai utilisé l'outil de *Jurisprudence citant* l'article 16 alinéa 2 C.c.Q., sur le CAIJ, ce qui m'a permis de trouver plusieurs autorisations de soins. Malgré tout, la très grande majorité des jugements provenaient de la Ch.j. et le motif de compromission identifié était les troubles de comportement sérieux. Un mot-clé large utilisant ce motif de compromission a donc été utilisé pour collecter des décisions y référant. Finalement, certains jugements ont été trouvés en regardant les jugements cités par les jugements déjà identifiés.

⁴⁵⁸ Cette difficulté s'explique par le phrasé de l'article 16 al.1 C.c.Q. qui parle « soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement ». Cet article est abondamment cité dans les autorisations de soins pour les personnes majeures.

ii. Constitution de l'échantillon

Un grand nombre de résultats est ressorti de l'utilisation des différents mots-clés. Ont été exclus sans analyse approfondie les jugements suivants : la personne mineure visée a moins de 14 ans, la personne visée est majeure, l'enjeu de soin est un enjeu de santé physique (par exemple : vaccination, chimiothérapie, transfusions sanguines), jugement de la Cour supérieure (Chambre de la famille), jugement basé sur la LSJPA ou lorsque l'enjeu de santé mentale concerne le parent. Une fois la première exclusion réalisée, 176 jugements ont été retenus pour la banque de jugements préliminaires. Chaque jugement a ensuite été lu au complet. La deuxième phase d'exclusion a permis de rejeter les jugements où un des critères de sélection suivants n'était pas rencontré :

- a) Personne mineure âgée entre 14 et 18 ans ;
- b) Mention d'un refus de soin psychiatrique;
- c) Enjeu(x) de santé mentale.

L'échantillon est composé de 99 jugements qui portent sur la situation d'une personne mineure de 14 ans et plus qui a refusé expressément ou d'une façon qui se déduit de la lecture du texte, un soin de santé mentale. Il est constitué de trois types de décisions : 1) des autorisations de soins émises par la Cour supérieure; 2) des ordonnances de soins émises par la Ch.j. ; et 3) un arrêt de la Cour d'appel en appel d'un jugement de la Ch.j. sur une question d'ordonnance de soins. L'échantillon comprend aussi deux jugements de la Ch.j. en lésion de droit. Ces jugements n'ont pas été exclus de l'échantillon, car le tribunal fait une analyse extensive de la question de la prise en charge du refus de soins par la DPJ. Excepté pour ce qui est de la structure de l'analyse, il est tout à fait possible d'analyser ces deux décisions parallèlement au reste de l'échantillon. Par ailleurs, étant donné que les

jugements concernent des personnes mineures, il est probable, sans être vérifiable, que des jugements de la Ch.j. concernent la même personne mineure, à différents moments (intérimaires, provisoires, fond, révision). Tous les jugements proviennent de tribunaux québécois, répartis dans les différents districts judiciaires du territoire⁴⁵⁹. L'annexe III fait état de la répartition des jugements sélectionnés selon les niveaux de tribunaux et leur date de publication.

2.3.2.2 Entretiens semi-dirigés

L'entretien semi-dirigé permet de poser des questions afin de connaître la représentation que les participantes à la recherche se font des règles de droit en matière de consentement aux soins, tout en recueillant de façon plus spontanée leurs expériences de ces règles. À l'inverse des entretiens biographiques ou dirigés, l'entretien semi-dirigé offre la flexibilité nécessaire pour suivre le cours de la pensée de la participante et les perceptions de la chercheuse. J'ai donc réalisé des entretiens avec de jeunes adultes ayant vécu une expérience en pédopsychiatrie alors qu'elles étaient âgées de 14 à 18 ans afin d'accéder d'une façon unique à la perception de leur expérience personnelle et à la réalité terrain qu'elles ont expérimenté. Les transcriptions ont été faites en utilisant des pseudonymes inventés ou choisis personnellement par les participantes.

i. Collecte de données

Les critères de recrutement des participantes étaient d'être âgée de 18 à 30 ans et d'avoir vécu une expérience en pédopsychiatrie, avec ou sans hospitalisation, alors qu'âgée

⁴⁵⁹ Les jugements provenant de la Cour supérieure permettent de connaître le district judiciaire dans lequel ils ont été rendus. Les jugements de la Ch.j. n'indiquent pas explicitement le district dans lequel ils ont été rendus, mais il est possible, avec le numéro de dossier, de connaître le palais de justice dans lequel ils ont été rendus.

de 14 à 18 ans. Les critères de recrutement ne touchaient délibérément pas au refus de soins, car l'objectif était de documenter si on leur avait donné la possibilité de refuser un soin et si ce droit de refus leur avait été expliqué. Uniquement des adultes ont été recrutées pour faciliter l'obtention de la certification éthique. Bien que j'aie tenté à travers le recrutement de diversifier l'échantillon, notamment en ce qui concerne le genre et le statut socioéconomique, aucun autre critère d'inclusion n'a été ajouté. L'objectif était de recruter cinq participantes, mais si plus de personnes se portaient volontaires, elles n'auraient pas été refusées.

Le recrutement s'est déroulé en octobre 2023. Une affiche et un courriel ont été préparés dans un objectif de diffusion sur les réseaux sociaux. L'affiche de recrutement et le courriel de recrutement se retrouvent respectivement aux annexes IV et V. Une collaboration a été établie avec l'organisme *Mouvement jeunes et santé mentale* (MJSM), qui a accepté de diffuser l'affiche de recrutement sur ses réseaux sociaux (diffusée le 23 octobre 2023) et dans leur infolettre envoyée par courriel (diffusée le 5 octobre 2023). Il importe de noter que l'organisme n'est aucunement impliqué dans le projet de recherche et n'a fait que relayer l'information. Une page Facebook et un compte Instagram ont été créés spécifiquement et uniquement afin de faciliter la prise de contact avec les participantes. La biographie sur la page d'accueil indiquait : « Recrutement d'adultes entre 18-30 ans qui ont vécu une expérience en pédopsychiatrie entre 14-18 ans » et comportait l'affiche de recrutement. La participation à ce projet de recherche n'était, en aucun cas, liée aux implications dans l'organisme, tout comme aucune pression n'a été exercée par l'organisme pour favoriser le recrutement. La publication diffusée par le MJSM a été

partagée sur mes pages Facebook (23 octobre 2023) et LinkedIn (25 octobre 2023) personnelles et a été repartagée par neuf personnes sur leurs réseaux personnels. Le recrutement s'est déroulé très rapidement. Cinq participantes seulement m'ont contactée par courriel, messagerie LinkedIn, Instagram ou Messenger entre le 25 octobre 2023 et le 30 octobre 2023. Une fois la prise de contact réalisée, un rendez-vous téléphonique a été programmé pour expliquer le projet de recherche (objectifs, nature de la participation, modalités des entretiens, avantages et risques). Ayant atteint le nombre de personnes recherchées, les publications ont été retirées pour éviter que d'autres personnes ne me contactent.

Conformément à l'autorisation éthique, les participantes se sont vu offrir une compensation de 30 \$ pour leur participation à la recherche. Une participante a refusé la compensation. Les entretiens étaient prévus pour une durée de 30 minutes à 1 h, selon le partage souhaité par la participante, mais ont été d'une durée variant de 45 minutes à 2 h. Les participantes avaient le choix du lieu et du moment de l'entretien. Quatre participantes ont souhaité faire l'entretien en virtuel et une participante a préféré une rencontre en personne. L'entretien a eu lieu dans un bureau fermé sur un campus universitaire. Au début de l'entrevue, le projet de recherche a été réexpliqué et le formulaire de consentement a été présenté. Le consentement a ensuite été recueilli par écrit. L'entretien a été enregistré avec un enregistreur vocal, en plus d'être enregistré avec la fonction enregistrement de l'application TEAMS pour les entretiens en mode virtuel. Des notes ont aussi été prises par écrit tout au long de l'entretien. La grille d'entretien utilisée est disponible à l'annexe II. Étant un

entretien semi-dirigé, la grille a été utilisée avant tout comme un guide pour amorcer les discussions et pour permettre à la chercheuse d'effectuer des relances lorsque nécessaire.

ii. Constitution de l'échantillon

Cinq participantes ont été rencontrés dans le cadre de ce projet : Lou, Mathilde, Alice, Butterfly et Timothée. Ce petit échantillon s'explique par la dimension qualitative du projet, par le défi que représente le recrutement de participantes sur un tel sujet, et par le fait que les entretiens constituent des données complémentaires. Il ne s'agissait pas d'obtenir la saturation, mais plutôt de documenter des expériences permettant de mettre en contexte, d'enrichir et d'approfondir l'analyse des données principales issues de la jurisprudence. Le tableau suivant résume le profil des participantes :

Tableau 3 - Portrait de l'échantillon et des critères de recrutement

Participant	Âge lors de l'entretien	Âge lors du début de l'expérience en pédopsychiatrie	Traitements en pédopsychiatrie	
			Hospitalisation	Suivi externe
Lou	22	17		X
Alice	25	14	X	X
Mathilde	24	15	X	X
Butterfly	24	12	X	X
Timothée	25	15		X

Quatre participantes s'identifient au genre féminin et un participant s'identifie au genre masculin. Les participantes ont été invitées à raconter leur expérience en pédopsychiatrie alors qu'elles étaient âgées de 14 à 18 ans. Trois participantes ont aussi eu une expérience en pédopsychiatrie avant l'âge de 12 ans. Une des participantes a vécu une expérience en pédopsychiatrie, sans interruption majeure, à partir de l'âge de 12 ans jusqu'à la majorité. Suivant la difficulté à distinguer ce qui s'est passé avant et après l'âge de 14 ans, l'expérience décrite recoupe l'ensemble de la période comprise entre ses 12 et ses 18 ans.

Dans les autres cas, l'expérience partagée des participantes débute à l'âge de 14 ans pour deux d'entre elles, 15 ans et 17 ans. Une participante a été l'objet d'un jugement de garde en établissement à l'âge adulte. Une autre participante a été en garde préventive à l'âge adulte, mais cela n'a pas résulté en un jugement de garde en établissement.

Une participante s'identifie à une communauté autochtone. Une participante considère venir d'un milieu socioéconomique défavorisé. L'échantillon de recherche sous ces angles est donc assez homogène et ne permet pas de relever la diversité des caractéristiques sociales, notamment les particularités de la réalité des personnes issues de minorités ethniques, sexuelles et culturelles. Il est certain que le nombre limité de participantes ne permet pas de garantir la représentativité des discours des personnes ayant vécu une expérience en pédopsychiatrie alors qu'elles étaient âgées de 14 à 18 ans. Il n'est pas non plus possible de généraliser les résultats de recherche comme étant caractéristiques de l'expérience vécue par les adolescentes en pédopsychiatrie. Il m'est toutefois possible de constater l'obtention d'une saturation théorique, c'est-à-dire que « les nouvelles données issues d'entrevues additionnelles n'ajoutent plus à la compréhension d'un phénomène »⁴⁶⁰.

2.3.3 Considérations éthiques

Afin de pouvoir mener des entretiens semi-dirigés, une approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités de l'Université d'Ottawa était nécessaire. La préoccupation éthique principale de cette recherche concernait les risques d'inconfort psychologique ou émotionnel en relation avec les expériences des participantes en psychiatrie. Le sujet de la recherche, soit l'expérience en

⁴⁶⁰ Savoie-Zajc, *supra* note 444 à la p 286.

pédopsychiatrie entre 14 et 18 ans, est délicat et peut être relié à de mauvaises expériences ou à des souvenirs douloureux. Cet inconfort pourrait provenir des raisons ayant mené à une consultation en pédopsychiatrie, aux relations avec les professionnelles de la santé pendant les consultations/traitements ou à la stigmatisation entourant les enjeux de santé mentale. Une personne qui a été hospitalisée contre son gré, mais sans autorisation judiciaire, pourrait avoir ressenti un grand sentiment d'impuissance et se sentir dépouillée de son droit à l'autodétermination, ce qui peut amener un souvenir douloureux.

Dans ce contexte, plusieurs précautions ont été mises en place pour mitiger les risques d'inconfort psychologique ou émotionnel. Premièrement, les participantes étaient toutes des adultes âgées de 18 à 30 ans qui ne sont plus dans une situation actuelle de traitement/suivi en pédopsychiatrie. L'expérience vécue était donc antérieure à l'entretien. Il était bien expliqué que l'entretien se concentrait sur l'expérience vécue et non les événements les ayant amenés à vivre cette expérience. Ni leur historique psychiatrique ni le diagnostic issu de la consultation en pédopsychiatrie n'ont été demandés pour se concentrer uniquement sur les éléments nécessaires à la recherche. Troisièmement, j'avais préparé des ressources pertinentes si un inconfort était ressenti. Si une personne manifestait verbalement, ou tacitement, un inconfort, il lui serait proposé d'arrêter l'entretien pour le reprendre plus tard, si elle le désirait. Cela est arrivé à une reprise, mais la personne a souhaité continuer quand même. Finalement, tout le processus était confidentiel et anonymisé.

2.3.4 Stratégies d'analyse des données

Les entretiens ont été transcrits à l'aide du logiciel de transcription automatique VOOK.ai qui est chiffré à l'aide d'une clé de chiffrement. Les transcriptions ont été, dès leur première transcription, faites en utilisant le pseudonyme des participantes. Une fois les transcriptions effectuées, les audios et les transcriptions ont tous été supprimés du logiciel. La transcription a été déplacée dans un document Word et a été relue avec l'audio pour s'assurer de la concordance. Les notes écrites ont pu être utilisées pour assurer la compréhension de propos inaudibles sur la bande audio.

Une démarche de thématisation séquencée a été mobilisée afin de construire l'arbre thématique⁴⁶¹. L'analyse a donc été réalisée en deux étapes. Dans un premier temps, une fois les deux échantillons construits, j'ai sélectionné au hasard 15 jugements et deux entretiens. Pour ce faire, chaque jugement et entretien s'était vu allouer un chiffre. À l'aide d'un dé virtuel allant jusqu'à 100 pour la jurisprudence et jusqu'à cinq pour les entretiens, quinze décisions et deux entretiens ont été sélectionnés. Ces textes ont été lus pour construire une fiche thématique visant à développer les grilles d'analyse nécessaires à l'analyse thématique. La fiche thématique de chaque échantillon était composée d'une liste de thèmes et de sous-thèmes respectivement définis pour en permettre l'application à l'ensemble du corpus dans un second temps⁴⁶². Les fiches thématiques ont ainsi permis de construire les grilles d'analyse qualitative, soit deux arbres thématiques⁴⁶³. Des grilles quantitatives ont également été construites selon les éléments factuels importants relevés

⁴⁶¹ Paillé et Mucchielli, *supra* note 426 à la p 275.

⁴⁶² *Ibid.*

⁴⁶³ Voir les annexes VI et VII.

lors de la première étape de la thématization séquencée⁴⁶⁴. Les transcriptions des entretiens et la jurisprudence ont été importées dans le logiciel NVivo.

Une première lecture a été faite pour effectuer le codage quantitatif en associant les décisions et entretiens aux catégories préalablement identifiées. Pour la jurisprudence, ce codage a porté sur les tribunaux concernés, l'année du jugement, l'âge et le genre de la personne mineure en cause, le type de dossier (ordonnance de soins, autorisation de soins ou appel), l'enjeu de santé mentale principalement en question ainsi que la durée ordonnée de l'hospitalisation ou du traitement. Pour les entretiens, le codage a permis d'identifier le genre, l'âge lors de l'expérience en pédopsychiatrie et lors de l'entretien, si la personne rencontrée a été l'objet d'une hospitalisation, d'un hébergement en centre de réadaptation ou d'un suivi en clinique externe et des facteurs sociaux (s'identifie à une minorité ethnique, sexuelle ou culturelle, est une personne autochtone, vient d'un milieu socioéconomiquement défavorisé et a été l'objet d'une ordonnance judiciaire en matière de soins à l'âge adulte).

Dans un deuxième temps, le codage qualitatif a été effectué suivant cinq catégories constituées en nœuds parents dans l'arbre de codification NVivo. Ces catégories ont été pensées afin de pouvoir répondre aux questions de recherche et plus particulièrement, pour déterminer comment le discours de l'institution judiciaire participe du processus de normalisation des filles. Pour chacun de ces nœuds parents, plusieurs nœuds enfants sont associés :

⁴⁶⁴ Voir les annexes VIII et IX.

1. **Contrôle** : Toutes mesures de contrôle mises en place pour aider/soulager/empêcher de se sauver ou sauver l'adolescente. Il permet de coder ce qui se rapporte aux diagnostics de santé mentale, aux contentions chimiques, physiques et à l'isolement et à l'utilisation de médication psychiatrique. De plus, pour le codage des entretiens, des nœuds enfants se rapportent aux ordonnances judiciaires, à la restriction, au gavage et au temps. En effet, plusieurs participantes ont nommé que le temps était long ou que le temps alloué à faire quelque chose était contrôlé, ce qui n'apparaît pas dans les jugements.
2. **Institutionnalisation** : Toute forme de suivi en institution de santé et de services sociaux, soit l'hébergement (centre de réadaptation, familles d'accueil, etc.), l'hospitalisation et les services externes, tels que les suivis psychologiques et psychosociaux et les groupes d'aide.
3. **Normalisation** : Discours des tribunaux sur ce qui est « normal » ou attendu d'une personne du même âge et ce qui doit être fait pour permettre à l'adolescente de redevenir « normale ». Les nœuds enfants réfèrent à leur meilleur intérêt et aux différentes sphères dans lesquelles un comportement « normal » peut être attendu : le réseau social, la scolarisation, la consommation de drogues et d'alcool et le comportement en général. Le codage de la normalisation n'a pas été appliqué directement aux entretiens, car les participantes ne tenaient pas un discours sur ce qui était leur meilleur intérêt. Un nœud enfant a été ajouté pour documenter l'importance de la collaboration dans le discours des participantes et des actrices judiciaires.

4. **Pouvoir** : Toutes les actrices intervenant dans la prise de décision de la personne mineure. Il permet de coder les discours de l'adolescente, de ses parents, de son équipe médicale, de la DPJ et des actrices du monde judiciaire.
5. **Rapport genré** : Toutes formes de discours distincts en fonction du genre de l'adolescente concernée. Trois sphères ont été ciblées pour documenter l'existence possible d'un rapport de genre : l'agressivité, les mesures de protection et la sexualité. Pour les entretiens, ce nœud parent n'a pas été retenu, car la majorité des participantes sont des femmes (quatre sur cinq) et il était plus difficile de faire ressortir un rapport genré.

En plus de ces cinq catégories de codages communes, des catégories spécifiques aux données ont été ajoutées. Les catégories supplémentaires suivantes ont été appliqués pour l'analyse des entretiens :

1. **Consentement** : Toutes les différentes formes et vices de consentement, tels que l'absence de consentement, le consentement forcé, éclairé, volontaire et le refus, ainsi que l'existence d'un lien de confiance avec la personne qui demande le consentement.
2. **Responsabilité** : Responsabilité personnelle de son expérience que s'attribue la personne mineure. Cela permet de relever les discours en lien avec le besoin d'aide que la participante a pu ressentir, la responsabilité ressentie de s'être mise en danger, ses comportements qu'elle juge problématiques ainsi que la peur qu'elle a pu ressentir. Des nœuds enfants concernant la responsabilité de la personne mineure

en lien avec les sentiments de culpabilité et de colère qu'elles ont pu ressentir ont également été ajoutés.

Concernant la Ch.j., plusieurs jugements détaillaient le contexte de signalement à la DPJ et ce contexte relevait régulièrement d'une forme de contrôle utilisée en réaction à l'expression d'un refus de soin. Des nœuds parents plus pratiques ont été rajoutés pour pouvoir relever le **type d'analyse effectuée par le tribunal**, les **motifs de compromission** en cause au sens de l'art.38 de la LPJ ainsi que les **conclusions du jugement**. La grille de codage pour l'analyse qualitative de la jurisprudence se trouve à l'annexe VI et celle des entretiens à l'annexe VII. Les grilles pour l'analyse quantitative se trouvent aux annexes VIII (jurisprudence) et IX (entretiens).

Une fois que le codage a été complété, j'ai construit un tableau synthèse des résultats. Pour chaque thématique analytique, le logiciel NVIVO a été interrogé en effectuant des recherches textuelles, en lisant les extraits associés à chaque code et en consultant les notes prises de façon concomitante au codage. Ce travail a permis de synthétiser les principaux résultats de chaque code et déterminer les deux pistes principales d'analyse.

2.4 Limites de la recherche

Cette recherche présente certaines limites relativement aux objectifs de recherche. Une des premières limites relève d'informations que je n'ai pas, en raison de l'utilisation de la jurisprudence comme matériel de recherche. Il n'est, en effet, pas possible d'évaluer comment des facteurs sociaux autres que le genre et l'âge peuvent être des obstacles à l'expression du refus de soins considérant que l'information concernant la majorité des

caractéristiques sociodémographiques est absente du corpus de décisions. Considérant que les enfants issus de minorités ethniques et culturelles sont surreprésentés en protection de la jeunesse et que les recherches établissent la difficulté pour les personnes majeures, disproportionnellement issues de groupes socioéconomiquement défavorisés et racisés, à exercer leur droit à refuser des soins en psychiatrie, l'absence de ces données constitue une limite.

La taille de l'échantillon des entretiens constitue une autre limite. S'il n'y a pas de consensus scientifique sur la taille d'un échantillon pour des entretiens individuels et que le critère principal reste la saturation des données, de 10 à 30 entrevues sont des tailles que l'on retrouve habituellement en pratique⁴⁶⁵. Avec cinq entretiens, les conclusions qui peuvent être tirées des résultats restent limitées et ne peuvent pas nécessairement être généralisées. Cette limite est toutefois mitigée par le fait que les entretiens sont utilisés comme données complémentaires à la jurisprudence et permettent de proposer des hypothèses explicatives par le biais d'expériences vécues de ce qui est relaté dans la jurisprudence.

Finalement, les entretiens se sont déroulés jusqu'à dix ans après l'expérience en pédopsychiatrie vécue par les participantes, ce qui fait que leurs souvenirs des événements

⁴⁶⁵ « En ce qui concerne l'entretien individuel, beaucoup d'étudiants et de chercheurs se demandent combien de sujets ils devraient interroger pour satisfaire aux critères de scientificité habituellement reconnus en recherche qualitative. Malheureusement, il n'existe pas de réponse absolue à cette question, même si très souvent, dans la pratique, ce nombre varie de dix à quinze. Cette question est reliée à la notion de « saturation* », qui recommande au chercheur de tendre vers une représentativité* acceptable de la population* investiguée. Plusieurs auteurs, dont A. Mucchielli (2009), recommandent de s'en tenir au principe de la saturation théorique selon lequel il est conseillé de ne pas ajouter de nouvelles données quand ces dernières ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche. » (Gérald Boutin, *L'entretien de recherche qualitatif: théorie et pratique*, 2e éd, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2018 à la p 38).

pourraient être altérés. Il est reconnu que les entretiens sont situés dans un instant précis et, conséquemment, l'expérience décrite par les participantes « dépasse[nt] largement [leur] discours sur celle-ci »⁴⁶⁶. La triangulation des données est une des façons utilisées pour atténuer cette limite.

2.5 Posture de la chercheuse

Effectuer une recherche en droit social ne se résume pas simplement à exposer dogmatiquement un phénomène juridique, mais exige un rapport d'étrangère face à la règle de droit ; de prendre le droit comme un fait⁴⁶⁷. Il importe donc de reconnaître que mon positionnement est multiple quant à mon objet de recherche, que ce soit par mon bagage comme juriste, chercheuse et citoyenne. Comme juriste, j'ai des savoirs académiques et un vocabulaire opaque inconnus pour d'autres. J'ai été formée dans une pensée positiviste du droit et cette recherche fut une prise de distanciation avec cette formation initiale et un apprentissage d'autres courants théoriques. Comme toute chercheuse, j'ai des prémisses théoriques inconscientes qui peuvent m'amener à poser un regard subjectif sur des situations alors que je cherche plutôt à me distancier pour permettre le développement de connaissances objectives. Comme citoyenne, femme blanche issue d'un milieu favorisé, le groupe social particulier qui est le sujet de la recherche est un avec lequel j'ai autant de proximité (par l'accompagnement de proches ayant vécu cette situation) que de distance (n'ayant jamais vécu leurs expériences, venant d'un milieu différent de plusieurs d'entre elles, etc.).

⁴⁶⁶ Savoie-Zajc, *supra* note 444 à la p 293.

⁴⁶⁷ Bernheim, « Fait social », *supra* note 428 à la p 98.

Ce bagage implique le risque du « caractère illusoire de l'expérience première »⁴⁶⁸. Cette expression désigne le fait que je ne suis pas un sujet neutre, mais un être conscient ; avec ses biais et ses connaissances, qui ne peut nier ma propre individualité humaine. Ce risque de non-objectivité dans une recherche sur les êtres humains découle du fait qu'« énoncer des faits humains et sociaux, c'est pour le scientifique, en un certain sens, énoncer sur lui-même (en tant qu'être humain semblable aux autres êtres humains, et non en tant qu'individu singulier) »⁴⁶⁹.

La prise de conscience de ma posture de chercheuse passe donc par la nécessaire rupture épistémologique afin de « ne pas tenir pour acquises les représentations des acteurs du champ juridique, pour structurer une démarche scientifique uniquement tournée vers le sens de l'activité sociale »⁴⁷⁰. Bref, cette recherche est empreinte de réflexivité à toutes les étapes de sa réalisation afin d'éviter les biais et de rendre justice à ce sujet sensible. Une fois cela établi, il ne reste que le prochain chapitre qui présente les résultats et en propose une analyse.

⁴⁶⁸ Claude Javeau, « Rupture épistémologique » dans *Encyclopædia Universalis*, en ligne: < [⁴⁶⁹ Léna Soler, *Introduction à l'épistémologie*, 3e éd, Philo, Paris, Ellipses, 2019 à la p 265.](https://www.universalis.fr/encyclopedie/rupture-epistemologique/#:~:text=C'est%20dans%20la%20mesure,de%20l'objet%20de%20recherche.> .</p></div><div data-bbox=)

⁴⁷⁰ Bernheim, *supra* note 428 à la p 98.

CHAPITRE 3 - La difficile expression du refus de soins ou l'obstacles de la normalisation à son expression par la personne mineure de 14 ans et plus

Ce troisième et dernier chapitre vise à présenter les résultats puis à offrir une analyse de la prise en charge institutionnelle du refus de soins psychiatriques de l'adolescente. Ce chapitre s'articulera en trois sections. La première section constitue une présentation générale des résultats (3.1). La jurisprudence et les entretiens sont présentés de façon distincte, mais sont toujours analysés de façon complémentaire. Deux pistes d'analyse ont été développées. La deuxième section analyse ainsi l'articulation du consentement aux soins et du refus de soins comme un spectre (3.2). La troisième section est une analyse d'un obstacle identifié à l'expression d'un refus de soins psychiatriques par la personne mineure de 14 ans et plus. Bien que plusieurs obstacles auraient pu être soulevés dans le cadre de la présente analyse, je n'approfondirai que les mécanismes de normalisation des adolescentes qui opposent un refus de soins psychiatriques observables dans la prise en charge institutionnelle de ces adolescentes (3.3).

Les entretiens semi-dirigés ainsi que la revue de la jurisprudence ont permis d'obtenir des données importantes pour mieux cerner la situation des adolescentes refusant un soin psychiatrique. L'ambition de la recherche n'étant pas de faire un portrait de la situation générale, mais de documenter et de rendre compte d'une dimension spécifique, soit la possibilité d'exprimer un refus de soin pour une personne mineure de 14 ans et plus, la littérature sera aussi mobilisée afin d'approfondir l'analyse.

3.1 Présentation générale des résultats

Dans cette section, je décris les faits entourant la prise en charge par les tribunaux de l'adolescente qui refuse des soins, c'est-à-dire les éléments contextuels rapportés dans les décisions tels que les diagnostics, le milieu de vie et l'origine du signalement à la DPJ. Afin de bien situer la jurisprudence et les entretiens, j'y établis la situation factuelle des jugements (3.1.1) et des entretiens (3.1.2). S'ensuit une description des résultats axée sur une thématique analytique, soit la place des professionnelles de la santé dans les données recueillies (3.1.3).

3.1.1 Éléments contextuels des jugements

Mon échantillon est composé de 99 jugements, soit 87 de la Ch.j., 11 de la Cour supérieure et un arrêt de la Cour d'appel. Dans le cadre des jugements en Ch.j, le tribunal est dans la quasi-totalité des cas de mon échantillon saisi par la DPJ qui agit comme demanderesse dans le dossier⁴⁷¹. L'enfant et ses parents sont les deux autres parties à l'instance. À la Cour supérieure, c'est plutôt l'établissement de santé qui souhaite offrir des soins contre le gré de la personne qui agit comme demandeur. L'enfant est la partie défenderesse et les parents et la DPJ, sont parfois, mais pas systématiquement, mis en cause⁴⁷².

Les conclusions de ces jugements varient somme toute très peu. Sur les 99 jugements analysés, 95 autorisent les soins. Dans 11 de ces 95 jugements, les soins sont autorisés et

⁴⁷¹ À noter qu'il est possible pour une autre partie de saisir la Ch.j., mais ce n'est le cas que dans 2 jugements de l'échantillon, qui sont des cas de lésion de droit.

⁴⁷² Article 16 al.2 C.c.Q. et 395 Cpc. À noter qu'il est possible pour une personne intéressée, comme un parent, d'introduire une demande d'autorisation de soins à la Cour supérieure, mais ce n'est pas le cas des jugements de mon échantillon.

précisés. Sur ces 11 jugements, huit proviennent de la Cour supérieure. Une conclusion est considérée comme précisée dans le cadre de cette recherche dès lors que le tribunal indique les différentes modalités de l'autorisation de soins, soit la durée du soin, quels soins spécifiques sont autorisés et de quelles façons ils peuvent être prodigués. Bien que la majorité des conclusions précisées proviennent de la Cour supérieure, certains jugements de la Ch.j. comportent des précisions, par exemple :

ORDONNE l'exécution des mesures de protection suivantes jusqu'au 12 novembre 2021 :

- a) Que l'adolescente soit confiée à un établissement qui exploite un centre hospitalier ;
- b) Que les modalités de contacts entre l'adolescente et ses parents soient déterminées par entente entre les parties, étant entendu que les visites ou les sorties n'auront lieu que si elles peuvent être actualisées de manière sécuritaire ;
- c) Que l'adolescente reçoive les soins et traitements requis par son diagnostic de schizophrénie, incluant :
 - i. l'administration d'une ou plusieurs médications antipsychotiques parmi les suivantes : Aripiprazole, Quétiapine, Olanzapine, Risperidone, Palipéridone, Halopéridol, Fluphénazine, Pipotiazine, Zuclopenthixol ; par voie orale ou par injection, selon un dosage reconnu et conforme à la profession ;
 - ii. l'administration d'une médication correctrice afin de contrer les effets indésirables de la médication antipsychotique administrée, selon un dosage reconnu et conforme à la profession ;
 - iii. l'administration d'exams cliniques (psychiatriques et physiques) réguliers, de prises de sang, d'exams de laboratoire et autres tests requis par le médecin traitant en support au traitement et aux fins d'assurer une surveillance clinique optimale ;
- d) Que l'adolescente poursuive l'évaluation en neuropsychologie ;
- e) Que l'adolescente suive les recommandations du psychiatre et des médecins traitants ;
- f) Que l'adolescente participe à un suivi thérapeutique, notamment sur le plan personnel et sur le plan de la dynamique familiale (relation avec les parents) ;
- g) Que l'adolescente reçoive des soins et services afin de travailler la motivation scolaire, l'intégration sociale, la responsabilisation et l'autonomie ;
- h) Qu'une personne autorisée par la Directrice de la protection de la jeunesse du Centre intégré de santé et services sociaux A apporte aide, conseils ou assistance à l'adolescente et à sa famille ;

- i) Que l'adolescente et ses parents participent activement à l'application des mesures visant à mettre fin à la situation de compromission, notamment en collaborant avec l'intervenante sociale dans le cadre de l'élaboration et de l'application du plan d'intervention ;⁴⁷³

C'est donc dire que dans 84 cas, le tribunal accueille la demande, mais sans préciser la nature des soins autorisés. En Ch.j, l'ordonnance de soins non précisée prendra souvent la forme suivante : « ORDONNE que l'adolescente reçoive tous les soins de santé requis par son état »⁴⁷⁴. Le tout sera parfois suivi d'un « notamment », énumérant certains suivis à faire, médicaments à prendre ou traitements à suivre précisément. En Cour supérieure, même si souvent les conclusions sont plus détaillées, on retrouve dans trois jugements cette absence de précision qui prend une forme similaire à la suivante⁴⁷⁵ :

AUTORISE le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT), par l'intermédiaire de son personnel et de tout médecin qui y détient des statuts et privilèges, à administrer à la défenderesse, contre son gré et malgré son refus catégorique, les traitements appropriés à sa condition,⁴⁷⁶

L'imprécision des soins autorisés ou ordonnés contrevient aux prescriptions de la Cour d'appel qui exige que l'ordonnance de soins soit précise et détaillée⁴⁷⁷. Dans seulement trois jugements, la demande présentée au tribunal est entièrement rejetée. Tous les jugements rejetant la demande sont issus de la Ch.j.

⁴⁷³ *Protection de la jeunesse* — 213839, 2021 QCCQ 15216 au para 42.

⁴⁷⁴ Pour des exemples de ce genre de conclusions et des différentes formes qu'elle peut prendre, voir notamment : *Protection de la jeunesse* — 073274, *supra* note 181; *Protection de la jeunesse* — 085587, 2008 QCCQ 16939; *Protection de la jeunesse* — 085722, 2008 QCCQ 17352; *Protection de la jeunesse* — 094800, 2009 QCCQ 16904; *Protection de la jeunesse* — 114111, 2011 QCCQ 10025; *Protection de la jeunesse* — 156461, 2015 QCCQ 18545; *Protection de la jeunesse* — 168201, 2016 QCCQ 17360; *Protection de la jeunesse* — 176620, 2017 QCCQ 16801; *Protection de la jeunesse* — 194555, 2019 14099 QCCQ; *Protection de la jeunesse* — 207525, 2020 QCCQ 15229; *Protection de la jeunesse* — 213586, 2021 QCCQ 6665; *Protection de la jeunesse* — 231731, 2023 QCCQ 8107.

⁴⁷⁵ *Allan Memorial Institute v McIntosh*, EYB 1999-15815 (La référence) (QCCS) [*Allan*]; *Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Établissement de Rouyn-Noranda) c JL*, 2017 QCCS 2975 [*JL*]; *Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Établissement de Val-D'or) c AR*, 2017 QCCS 2976 [*AR*].

⁴⁷⁶ *JL.*, *supra* note 475.

⁴⁷⁷ *DM*, *supra* note 235 aux para 21, 28.

Dans un cas, le tribunal considère que, comme l'adolescente n'est pas inapte à consentir ou à refuser un soin, il ne peut pas forcer l'adolescente à subir un traitement⁴⁷⁸. De façon similaire, un autre jugement rejette la demande sur la base de l'article 16 alinéa 2 C.c.Q., le tribunal déclinant sa compétence puisque le consentement parental est suffisant lorsque l'intégrité est menacée⁴⁷⁹. Dans le dernier cas, le tribunal considère que même si la situation est problématique, les parents prennent tous les moyens nécessaires pour régler la situation, mettant ainsi fin à la situation de compromission⁴⁸⁰. Ces trois jugements ont été rendus par trois juges différents de trois districts judiciaires distincts⁴⁸¹. Ces résultats suivent les constats d'une étude de 100 dossiers judiciaires en Ch.j, pour négligence, qui documente que le tribunal accueille la majorité du temps les demandes de la DPJ :

Dans cette étude, toutes les demandes judiciaires ont été instituées par la DPJ, car il s'agit de l'étape de l'enquête en protection. Ces demandes ont toutes été accueillies (98 %) — le juge a reconnu le bien-fondé des demandes de la DPJ — à l'exception d'une demande rejetée par le tribunal (1 %) et d'un désistement de la DPJ (1 %). [...]

Sur l'ensemble des dossiers, les familles ont peu contesté (39 %) — manifesté leur désaccord — les recommandations de la DPJ.⁴⁸²

L'absence de conclusions précises et le faible nombre de jugements rejetant les demandes en Ch.j, et à la Cour supérieure se traduit aussi dans la rigueur de l'analyse. L'annexe I répertorie les jugements faisant partie de chacune des catégories décrites ci-après. Les deux jugements en lésion de droit ne sont pas comptabilisés dans les chiffres sur la rigueur de

⁴⁷⁸ *Protection de la jeunesse* — 078319, 2007 QCCQ 19225.

⁴⁷⁹ *CD (Dans la situation de)* (1999), AZ-50111485 (SOQUIJ) (CQ).

⁴⁸⁰ *JL-R*, 2005 CanLII 15325 (CQ).

⁴⁸¹ Districts de St-Maurice, St-Hyacinthe et Rimouski.

⁴⁸² Marilyn Coupienne, « Se défendre, se taire ou renoncer? Regards sur la participation des familles “négligentes” à la Chambre de la jeunesse » (2023) 33:2 *Nouvelles pratiques sociales* 115, à la p 127.

l'analyse, soit *Protection de la jeunesse — 226231* et *Protection de la jeunesse — 153635*, car leur analyse est basée sur l'article 91 LPJ et est distincte des analyses répertoriées dans le reste des jugements précisés à l'annexe I. 40 jugements, tous de la Ch.j., ne font aucune analyse juridique et se contentent d'un résumé factuel de la situation⁴⁸³. Neuf jugements appliquent l'arrêt *FD*⁴⁸⁴. Dans cinq jugements, le tribunal analyse l'inaptitude de l'adolescente et son refus de soins, mais n'analyse pas la légalité du plan de soins alors que dans trois jugements, le tribunal évalue uniquement si les soins sont bénéfiques, opportuns et que les risques ne sont pas hors proportion avec les bénéfices. Dans sept jugements, le tribunal fonde son analyse sur l'article 16 C.c.Q. Finalement, 33 jugements de la Ch.j. ont une analyse se limitant à constater que la sécurité et le développement de l'enfant est compromis⁴⁸⁵.

Plusieurs éléments contextuels sont similaires dans la jurisprudence collectée. À la Cour supérieure, le tribunal est nécessairement saisi à la suite d'un refus de soins, car il s'agit d'un critère donnant ouverture à un tel recours. À la Ch.j., les chemins menant à la judiciarisation sont plus diversifiés, puisqu'il s'agit de situations où la sécurité ou le développement de l'enfant sont compromis par un ou des motifs prévus à l'article 38 LPJ. Cependant, dans 63 jugements sur 87, le même motif de compromission est invoqué :

⁴⁸³ « La preuve convainc que les recommandations sont dans l'intérêt de l'adolescente. » (*Protection de la jeunesse — 221805*, 2022 QCCQ 3510).

⁴⁸⁴ Voir le cadre juridique pour comprendre l'exigence de l'application de l'arrêt *FD*. Il faut toutefois noter que l'arrêt *FD* date de 2015 et le jugement qui indique la nécessité que ce jugement s'applique à la Ch.j., date de 2021. 19 jugements dans notre échantillon (trois de la Cour supérieure et 16 de la Ch.j.) ont été rendus après cet arrêt. Ainsi, la majorité de notre échantillon date d'avant ces jugements ce qui peut expliquer en partie sa faible application, dont uniquement deux par la Ch.j.

⁴⁸⁵ « Considérant la preuve et les admissions des parties, le Tribunal conclut que la sécurité et le développement de l'adolescente sont compromis pour le motif allégué. Les mesures de protection sont donc nécessaires dans son intérêt. » (*Protection de la jeunesse — 20920*, 2020 QCCQ 13234). *Protection de la jeunesse — 226231*, 2022 QCCA 1653; *Protection de la jeunesse — 153635*, 2015 QCCQ 12041.

troubles de comportement sérieux (38 f) LPJ). Les motifs de compromission suivants sont aussi invoqués : négligence, principalement négligence sur le plan de la santé (15) (38 b) LPJ) et mauvais traitements psychologiques (trois) (38 c) LPJ). Dans neuf cas, aucun motif de compromission n'est indiqué. Un jugement est basé sur la santé menacée par l'absence de soins, qui constitue un ancien motif de compromission⁴⁸⁶.

Le profil des adolescentes qui sont l'objet de cet échantillon est détaillé ci-dessous, en fonction du tribunal :

Tableau 4 - Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes

Donnée sociodémographique	Cour supérieure	Ch.j.	Cour d'appel
Genre	Masculin : 3 Féminin : 8	Masculin : 24 Féminin : 63	Masculin : 0 Féminin : 1
Âge	14 ans : 1 15 ans : 3 16 ans : 2 17 ans : 5	14 ans : 20 15 ans : 16 16 ans : 27 17 ans : 24	14 ans : 0 15 ans : 1 16 ans : 0 17 ans : 0
Motif de prise en charge en lien avec la santé mentale	TCS : 1 Symptômes psychotiques : 6 Tentative de suicide : 1 Plusieurs enjeux psychiatriques : 2 Non précisé : 1	TCS : 45 Symptômes psychotiques : 1 Tentative de suicide : 2 Plusieurs enjeux psychiatriques : 13 Non précisé : 3 TCA : 9 Idées suicidaires : 5 Automutilation : 1 Dépression : 1 Toxicomanie : 7	TCS : 1

⁴⁸⁶ L'article 38 c) LPJ se lisait alors comme suit : « Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis : [...] c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés (*Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives*, LQ c 4 1984 art 18).

En raison de la confidentialité associée au dossier d'autorisation de soins et de protection de la jeunesse et du peu d'informations indiquées relativement au profil et à la situation des adolescentes qui sont l'objet du jugement, certaines informations sociodémographiques pertinentes n'ont pas pu être collectées. Les éléments suivants ne peuvent pas être connus : l'origine ethnique, l'origine culturelle, l'orientation sexuelle et le milieu socioéconomique. Le genre est identifié par la féminisation du vocabulaire. Il n'est donc pas possible de savoir si une personne s'identifie effectivement à ce genre ou si elle ne souhaite pas être identifiée à un genre en particulier. En effet, le genre est déduit sémantiquement. Je qualifie d'adolescente la personne qui est identifiée comme telle dans la jurisprudence et où la conjugaison se fait au féminin. Le nom masculin « adolescent » est utilisé à l'inverse lorsque ce terme est utilisé dans les décisions sans conjugaison féminine. Je me fie donc à l'identité de genre attribuée par les juges dans la rédaction de leurs jugements, ce qui a pour effet de dissimuler les autres identités de genre.

Concernant les décisions de la Ch. j, il n'est pas toujours possible de connaître l'origine du signalement à la DPJ étant donné que certains jugements constituent des révisions des mesures ou que l'information n'est pas précisée. Cette information est disponible dans 24 jugements.

Tableau 5 - Origine du signalement à la protection de la jeunesse

Source du signalement	Nombre de jugements
Établissement de santé où l'adolescente est actuellement hospitalisée	6
Parents	6
Milieu scolaire	2
Adolescente elle-même	1
Origine non précisée, mais à la suite d'un refus de soins	4
Origine et contexte non précisés, mais on mentionne le signalement	5
Aucune information sur le signalement	63

La juge relève que l'enfant a été l'objet d'un diagnostic ou de plusieurs diagnostics de santé mentale précis dans 59 % des jugements. Dans les autres cas, le diagnostic n'est pas précisé ou ne l'est pas clairement (par exemple, en référant uniquement à des troubles du comportement sérieux). En effet, 47 jugements sur les 99 indiquent uniquement que l'adolescente a des troubles de comportement sérieux, ce qui peut aller de l'agressivité à des comportements suicidaires en passant par l'opposition. Lorsqu'un diagnostic est discuté dans un jugement, il n'est pas toujours possible de savoir si ce diagnostic est formel, c'est-à-dire émis par un médecin, ou informel, c'est-à-dire mentionné dans une note d'intervenante de la protection de la jeunesse.

La durée des ordonnances varie grandement dans l'ensemble de la jurisprudence répertoriée. Il n'est donc pas possible de ressortir une association entre le type d'ordonnance, la situation factuelle ou le diagnostic et la durée ordonnée. L'éventail de durées ordonnées est étayé dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 - Durée des ordonnances⁴⁸⁷

Durée en mois	Ordonnance d'hébergement (Ch.j.)	Ordonnance de soins (Ch.j.)	Autorisation de soins (CS)	Autorisation de soins (hébergement) (CS)
Moins d'un mois	1	2		
1	2	1		
2	1	1	1	1
3	3			
4	4	3	1	1
5	6			
6	11	5	1	1
7	3	1		
8	5	2		
9	5	2		
10	1	1		
12	12	15	1	3
14		1		
18	1	1	1	1
24	2	2	3	2
36	1	1	1	1
Jusqu'à la majorité (moins d'un an)	6	7		
Non précisée	5	28		
Total	69	73	9	10

*Un jugement peut comporter uniquement une conclusion de soins, sans hébergement, ou à la fois une conclusion de soins et une conclusion d'hébergement.

⁴⁸⁷ Les jugements où la question de la durée ne s'appliquait pas, soit l'arrêt de la Cour d'appel et les jugements qui touchaient uniquement à l'hébergement OU aux soins, ne sont pas comptabilisés dans ce tableau ou sont comptabilisés uniquement dans leur colonne respective. Un jugement peut comporter une durée distincte pour l'hébergement et pour les autres soins.

Les durées vont de moins d'un mois à trois ans. Cependant, on peut constater que si la durée de l'hébergement est précisée dans la majorité des cas en Ch.j., dans 28 jugements de la Ch.j., la durée n'est pas précisée pour les soins (médication, thérapie, soins autres non précisés). La durée est donc assimilable à la durée du jugement sur les mesures. L'ordonnance suivante démontre comment peut être rédigée une ordonnance d'hébergement à durée précisée avec une ordonnance de soins sans durée :

ORDONNE l'hébergement de l'adolescente X en centre de réadaptation, et ce, pour une période de huit (8) mois, avec la possibilité de réintégrer le domicile maternel selon l'évolution de la situation ;

AUTORISE en faveur de l'adolescente des contacts avec sa mère, après entente et selon les modalités convenues avec la directrice de la protection de la jeunesse ;

ORDONNE que l'adolescente reçoive les soins de santé requis par son état, notamment la poursuite du suivi psychologique tant que jugé nécessaire ;⁴⁸⁸

Bien que la durée soit indiquée dans les conclusions, elle est rarement l'objet d'un débat rapporté dans la décision et d'une analyse écrite par le tribunal. Dans les cas où le tribunal soulève la durée, c'est principalement pour abaisser la proposition faite par l'établissement de santé ou la protection de la jeunesse, à la suite des représentations de l'adolescente ou de ses parents. Ce fut notamment le cas dans ce jugement de la Cour supérieure où l'établissement de santé demandait une ordonnance d'hébergement d'une durée de deux ans :

Les progrès réalisés par la défenderesse depuis ces derniers temps convainquent le Tribunal qu'il y a lieu de faire droit à la demande en hébergement, mais uniquement pour une durée d'une année. La défenderesse pourra ainsi poursuivre sa participation au programme du centre jeunesse auquel elle est admissible jusqu'à ses 19 ans et participer au programme mis en place au centre hospitalier de Malartic pour l'aider encore à acquérir de l'autonomie et de l'esprit critique. Malgré les progrès récents, la preuve démontre en effet la nécessité d'encadrer la défenderesse pour un temps et l'outiller à vivre en société sans mettre sa vie et sa santé à risque⁴⁸⁹.
[mes soulignements]

La nécessité d'une prise de médication ou des enjeux reliés à la prise de la médication par l'adolescente est évoquée dans 37 % des jugements. Dans la majorité des cas, la question

⁴⁸⁸ *Protection de la jeunesse* — 094800, *supra* note 474 aux para 24-26.

⁴⁸⁹ *JL*, *supra* note 475 au para 32.

de la médication est intrinsèquement reliée au refus de soins et le refus de la prise de la médication prescrite fait partie des facteurs justificatifs de la judiciarisation de l'adolescente. L'adolescente refuse parfois la médication complètement⁴⁹⁰ ou partiellement⁴⁹¹, c'est-à-dire qu'elle est prête à prendre une partie des médicaments prescrits, sur une période moins longue que celle recommandée ou prend ses médicaments de façon irrégulière. Dans quatre jugements, les parents s'opposent à la médication ou soulèvent des craintes quant à la posologie⁴⁹².

La consommation de drogues ou d'alcool de façon concomitante à la prise de médication est régulièrement évoquée et amène fréquemment une exigence d'abstinence de la part du tribunal à l'égard de l'adolescente⁴⁹³ :

À chacune de ses fugues, X a cessé ou a pris inadéquatement sa médication tout en consommant de la drogue et de l'alcool.

Ses interruptions de traitements jumelés à ses consommations occasionnaient des périodes de récupération de plus en plus longues.

[...]

Selon monsieur Tremblay, si la Cour n'émet pas une ordonnance, la défenderesse cessera de prendre adéquatement ses médicaments, ne bénéficiera d'aucun encadrement et ira demeurer avec son père qui lui-même est incapable de vivre adéquatement sans l'encadrement d'un organisme⁴⁹⁴.

⁴⁹⁰ *Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda c X*, 2012 QCCS 512 [Rouyn-Noranda]; *JL*, supra note 475; *AR*, supra note 475; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c X*, 2020 QCCS 3763 [Sherbrooke A]; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c X*, 2023 QCCS 1230 [Sherbrooke B]; *Dans la situation de TP* (2004), AZ-50265130 (SOQUIJ) (CQ); *Protection de la jeunesse — 114111*, supra note 474; *Protection de la jeunesse — 114323*, 2011 QCCQ 11943; *Protection de la jeunesse — 184354*, 2018 QCCQ 14001; *Protection de la jeunesse — 193763*, 2019 QCCQ 3916; *Protection de la jeunesse — 207447*, 2020 QCCQ 9601; *Protection de la jeunesse — 211449*, supra note 181.

⁴⁹¹ *Allan*, supra note 475; *Protection de la jeunesse — 176620*, supra note 474; *Protection de la jeunesse — 183065*, 2018 QCCQ 12740; *Protection de la jeunesse — 213586*, supra note 474.

⁴⁹² *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c PL*, 2016 QCCS 1693; *Allan*, supra note 475; *Protection de la jeunesse — 207447*, supra note 490; *Protection de la jeunesse — 211449*, supra note 181.

⁴⁹³ *Rouyn-Noranda*, supra note 490; *JL*, supra note 475; *Sherbrooke A*, supra note 490; *Protection de la jeunesse — 114111*, supra note 474; *Protection de la jeunesse — 149082*, 2014 QCCQ 21043.

⁴⁹⁴ *Rouyn-Noranda*, supra note 490 au para 13,14, 20.

L'emploi occupé par l'adolescente est peu discuté (10 %) par le tribunal, autant à la Cour supérieure qu'à la Ch.j.. La fréquentation scolaire et la réussite académique sont discutées dans la moitié (50.5 %) des jugements. Ce facteur est souvent utilisé pour jauger les capacités de l'adolescente et sa collaboration. En réponse à ce genre de situation, le tribunal rend parfois une ordonnance de fréquentation scolaire⁴⁹⁵.

Tableau 7 - Situations de scolarisation

Scolarisation	Nombre de jugements
Problèmes d'assiduité scolaire et de résultats académiques	26
Fréquentation scolaire assidue et résultats académiques acceptables aux yeux du tribunal.	13
Refus de fréquenter l'école ou impossibilité de fréquenter l'école en raison de ses hospitalisations	11

La sexualité de l'adolescente est abordée dans 16 jugements, 14 provenant de la Ch. j. et deux de la Cour supérieure. Tous ces jugements concernent exclusivement des adolescentes de sexe féminin. Le désir d'être enceinte exprimé par l'adolescente est une grande crainte de la protection de la jeunesse et des professionnelles de la santé, ce qui mène majoritairement à une ordonnance de prise d'un contraceptif :

Docteur Lamontagne témoigne également qu'il est important que l'ordonnance permette à la demanderesse d'administrer un contraceptif à la défenderesse.

La défenderesse a effectivement eu des comportements sexuels inappropriés au cours des dernières années et son désir de devenir enceinte, quoique nié lors de son témoignage, est tout à fait incompatible avec sa condition médicale actuelle.

La médecin témoigne que si X est enceinte, le traitement tel qu'administré présentement devrait être modifié pour ne pas affecter le bébé.

⁴⁹⁵ *Protection de la jeunesse* — 10453, 2010 QCCQ 10582 au para 40 ; *Protection de la jeunesse* — 191192, 2019 QCCQ 10325 au para 31.

De plus, la défenderesse étant incapable de voir à son propre entretien sans encadrement sérieux, il est évident pour la docteure Lamontagne qu'elle ne pourrait voir à l'entretien et l'éducation d'un jeune enfant⁴⁹⁶.

Le réseau social de l'adolescente est somme toute assez peu discuté (14 %). Il l'est généralement pour relever les fréquentations à risque et les pairs non recommandables, principalement d'autres consommateurs de drogues :

Le signalement qui avait été fait le 25 mai 2011 correspondait à une situation de trouble de comportement, plus précisément en lien avec un problème suicidaire, problème de fréquentations à risque, problème de refus de soins pour sa santé mentale, problème de violence verbale et problème de toxicomanie.

[...]

X ne considère pas sa consommation de stupéfiants comme étant problématique et n'envisage pas de cesser d'en faire usage. Quant à son réseau d'amis, ces derniers consomment tous de la drogue⁴⁹⁷.

Au moins un parent assiste généralement à l'audience. L'adolescente est présente dans la majorité des cas. Dans les jugements où on indique clairement que l'adolescente est absente de l'audience, autant en Ch. j. qu'en Cour supérieure, les motifs sont qu'elle est hospitalisée ou qu'elle a volontairement décidé de ne pas se présenter. Les adolescentes sont toutefois systématiquement représentées par avocate :

Tableau 8 - Représentation et présence à l'audience

	Mère	Père	Adolescente
Présente	71	51	91
Représentée par avocat	28	15	99

Dans 88 jugements, l'adolescente témoigne de ses volontés oralement ou par l'intermédiaire de son avocate. L'adolescente est représentée par avocate dans tous les jugements en Cour supérieure et en Ch. j., conformément à l'article 78 LPJ.

⁴⁹⁶ Rouyn-Noranda, *supra* note 490 aux para 32-35.

⁴⁹⁷ Protection de la jeunesse — 114111, *supra* note 474 aux para 9 et 13.

3.1.2 Éléments contextuels des entretiens

Les entretiens constituent des points de vue personnels sur des faits qui sont décrits dans la jurisprudence et concordent avec les résultats de l'analyse jurisprudentielle. Plusieurs éléments contextuels recoupent donc ceux identifiés dans la jurisprudence collectée. Conséquemment, ils seront présentés selon les mêmes catégories d'analyse. Le profil des participantes qui sont l'objet de l'échantillon est détaillé ci-dessous :

Tableau 9 - Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Donnée sociodémographique	Nombre de participantes
Genre	Masculin : 1 Féminin : 4
Âge lors du début de l'expérience en pédopsychiatrie	12 ans : 1 14 ans : 1 15 ans : 2 16 ans : 0 17 ans : 1

Quatre des cinq participantes ont vécu une période d'hospitalisation variant entre deux semaines et un an. Quatre participantes ont eu un suivi externe en pédopsychiatrie. Deux participantes ont été en contact avec la protection de la jeunesse et ont été hébergées en centre de réadaptation. Une participante explique comment peuvent se combiner les hospitalisations, les séjours en centre de réadaptation et les suivis à l'externe :

Butterfly : J'ai... Ma première genre hospitalisation, c'était à St-Justine, dans l'unité de psychiatrie pour mineures, si je me souviens bien. Pis j'ai resté genre comme, si je me souviens, deux semaines environ. Puis là, quand je suis retournée chez nous, ma mère m'a repris chez eux. Mais ça n'a pas vraiment duré longtemps. J'ai recommencé à me mutiler pis à faire des tentatives de suicide pis toute. Faque je suis retournée à l'hôpital de *Ville A* à l'unité mineure. Pis là j'ai eu un suivi avec [Dre X], ma pédopsychiatre qui m'a rencontré à *Ville A* pis elle a décidé de me prendre comme patiente avec elle. Faque là j'ai été placée longtemps, longtemps, longtemps dans les centres jeunesse. De mes 12 ans jusqu'à mes 18 ans, dans les centres jeunesse fermés, encadrement intensif, *centre jeunesse B*, *Ville C*, j'ai genre comme fait toutes les centres de jeunesse qui existent, façon de parler. J'ai été dans des petits séjours dans les hôpitals pour les jeunes en santé mentale. Pis j'ai fait comme [*hôpital*] à *Ville D*, aux soins intensifs. J'ai été à *Ville E*, j'ai été à l'hôpital

de *Ville C*. J'ai fait presque toutes les hôpitals, façon de parler. Pis je rencontrais une psychologue, je rencontrais ma pédopsychiatre, j'avais une thérapeute à *Ville F*, à *Ville G*. J'ai été deux fois dans la même ressource au *centre jeunesse H*. Au début, le *centre jeunesse I* était à *Ville J*. Pis là il était... Là c'est rendu à *Ville K*. Puis j'ai fini mon placement en encadrement intensif à *centre jeunesse B* à mes 18 ans. Pis au début, ma TS de la DPJ voulait m'envoyer à mes 18 ans, à l'hôpital de *Ville I*. Pis le juge m'a donné la chance de retourner chez nous à mes 18 ans. [...]

Les deux participantes qui ont eu une prise en charge avec la protection de la jeunesse ne se souvenaient plus de l'ensemble des motifs de compromission invoqués, mais ont nommé toutes les deux le motif de TCS. Ces deux participantes relèvent qu'un signalement a été fait pendant leur hospitalisation. Une des participantes avait toutefois eu un premier signalement par l'école. Alice explique comment le signalement à la protection de la jeunesse a été fait dans son cas pour faire un pont entre le système hospitalier et le système de protection de la jeunesse :

Alice : Il y en a eu trois signalements au total, dont un justement à l'été, mais qui n'a pas été retenu. Puis c'était complètement... ça c'était anonyme, donc je sais pas, mais clairement c'était probablement quelqu'un de l'hôpital. Mais ça n'a pas été retenu, c'était un moment spécial, pis c'est pas très pertinent à mon histoire, [...] Mais bref, c'est pour dire qu'à l'automne 2014, il y a eu un signalement de ma mère, qui a fait en sorte que elle a signalé parce que ça faisait trop longtemps que j'étais à l'hôpital, puis elle voyait que je dépérissais. Donc la seule avenue, comme il y a pas d'entre deux, je pouvais pas retourner à la maison à cause de mes comportements, mais que je pouvais pas non plus rester à l'hôpital parce que ça accentuait mes comportements, faque là c'était comme un cercle vicieux. L'avenue, c'était le centre jeunesse. Puis je pense qu'au même moment où ma mère en a fait un, ça a été un signalement comme de la TS, de l'hôpital, parce que probablement que c'était la seule façon de me mettre dans le système du centre jeunesse aussi. Puis que c'était rendu ça le plan de traitement, c'était rendu ça l'objectif.

Le tableau ci-dessous décrit plus précisément la durée de l'expérience en pédopsychiatrie de chacune des participantes, y compris de leurs passages en centre de réadaptation sous l'égide de la DPJ.

Tableau 10 - Durée des contacts avec la pédopsychiatrie

	Hospitalisations	Suivis externes	Centre de réadaptation
Alice	-8 mois -12 mois	De l'âge de 14 ans à 18 ans	12 mois
Butterfly	-2 semaines -48 h – Plusieurs séjours de courte durée	Depuis l'âge de 12 ans	Entre l'âge de 12 ans et 18 ans
Lou		2 mois	
Mathilde	2 semaines	De l'âge de 15 ans à 18 ans	
Timothée	2 passages à l'urgence	5 séances sur quelques mois	

La question des diagnostics ou des enjeux de santé mentale les ayant menés en pédopsychiatrie n'a pas été précisément abordée durant l'entrevue. Des enjeux ont toutefois été soulevés par les participantes en réponse à la question générale sur le contexte du contact avec la pédopsychiatrie. L'énumération des enjeux touchant les participantes contenues dans le tableau suivant ne se prétend donc pas exhaustive ou complètement représentative.

Tableau 11 - Enjeux de santé mentale touchant les participantes

Enjeux de santé mentale	Nombre de participantes
Trouble du comportement alimentaire	2
Mutilation	2
Tentative de suicide	2
Idées dépressives	3
Dépression	1
Anxiété	1

Quatre participantes ont reçu de la médication. Les participantes ont nommé les médicaments suivants : Haldol (Haloperidolum), Ativan (Lorazepam), antidépresseurs, médicaments pour calmer l'agressivité et l'agitation (administrés en cas de crises) ainsi que de la médication pour aider à dormir. Comme le nomme une participante, il arrive souvent

qu'elle ne comprenait pas les médicaments qu'elle recevait : « Je ne me rappelle pas tous les noms, mais j'ai pris des antidépresseurs. [...] J'ai pris beaucoup, beaucoup de médicaments. Tsé, les noms des médicaments qu'on prend pour la santé mentale, c'est des noms de Chinois. Je ne comprends pas vraiment ». Sans être de la médication, une participante a été gavée pendant une semaine. Toutes les participantes ont eu un suivi en psychologie.

Les questions de la toxicomanie et de la sexualité n'ont pas été abordées ni soulevées par les participantes. Sans qu'une question directe ait été posée sur le sujet, trois participantes ont nommé l'impact important que leurs hospitalisations et suivis externes ont eu sur leur scolarisation.

Les parents ont tous été impliqués dans l'expérience en pédopsychiatrie des participantes et sont globalement identifiés comme des facteurs positifs. Toutes les participantes indiquent que leurs parents se sont battus pour elles ou ont entrepris des démarches dans l'objectif de les aider, que ce soit pour leur permettre d'accéder à de meilleurs soins ou de sortir de l'hôpital et de revenir à la maison. Lou indique même qu'une travailleuse sociale avait été assignée en lien avec son dossier pour faire un suivi avec ses parents et qu'elle a apprécié cette offre personnalisée : « Je pense que quand tu as un enfant, c'est pertinent que tes parents aient du soutien et sachent comment t'aider quand tu ne vas pas bien. Je pense que c'est une aide pertinente et c'était pertinent qu'elle soit proposée ». L'implication des parents a toutefois été soulevée comme pouvant parfois être problématique par deux participantes. L'une d'entre elle a relaté une rencontre avec une psychiatre à l'âge de 16 ans

à laquelle ses parents assistaient sans qu'elle ait expressément consenti à leur présence, Mathilde explique avoir menti pour ne pas avoir à indiquer son niveau de détresse psychologique devant ses parents :

Mathilde : [...] Comme mes parents avaient été là tout le long. Puis lorsqu'on me posait des questions, donc j'avais menti. Comme parce que j'étais devant mes parents. Comme je veux dire, comme... « Penses-tu à te tuer ? As-tu déjà fait mal ? » « Es-tu nanana » Comme mes parents sont là. Je ne vais pas dire « oui, oui » tout le temps nanana. Donc j'avais vraiment menti. Puis par la suite, ils avaient fait sortir mes parents. Ils m'avaient dit « veux-tu changer tes réponses ? » Mais je trouvais ça trop... confrontant comme de dire... « Oui, effectivement, je veux me faire mal, blablabla, je veux me tuer, nanana... » plutôt que de juste répondre aux questions. Disons que les questions des psychiatres sont formulées pour que tu aies juste besoin de dire « oui, non ». Comme ça, c'est moins confrontant. En tout cas, moi, je l'ai perçu comme moins confrontant de dire... Quand on me pose une question directe, de dire « oui, effectivement, c'est des pensées qui sont dans ma tête » versus de dire « j'ai ces pensées-là dans ma tête, je ne sais pas comment l'expliquer. » Donc finalement, j'avais dit aux psychiatres « non ». Puis ils étaient comme « ok. » Il avait fait revenir mes parents dans la salle pour expliquer les conclusions de tout ça. Puis les conclusions, c'était vraiment comme « elle doit juste manger. » Ça fait que c'était ça les réponses.

Une partie des entretiens a été consacrée à mieux saisir comment les participantes avaient vécu leur passage en pédopsychiatrie afin d'identifier les éléments personnels qui ne ressortent pas de documents écrits comme la jurisprudence. Appelées à qualifier leur expérience en général, trois participantes ont jugé avoir eu une expérience négative (avec certaines nuances) et deux participantes ont eu une expérience positive. Ce tableau résume les facteurs qu'elles ont soulevés pour expliquer cette qualification de leur expérience.

Tableau 12 - Facteurs identifiés par les participantes pour décrire leur expérience en pédopsychiatrie

Facteurs	
Positif	Négatif
<ul style="list-style-type: none"> – Bonne relation avec la pédopsychiatre traitante et l'équipe de soins – Prise en charge par une équipe multidisciplinaire – Intervention spécifique adressée aux parents – Prise en charge rapide – Professionnelle traitante gentille et présente – Sentiment d'être normale – Interventions de qualité – Sentiment d'être comprise – Sentiment d'être écoutée 	<ul style="list-style-type: none"> – Actes coercitifs – Longue durée d'hospitalisation – Sentiment d'être institutionnalisée – Perte d'autonomie – Sentiment de peur – Sentiment de culpabilité – Ne pas savoir, ne pas comprendre – Abus de pouvoir et d'autorité – Pratiques inhumaines – Manque de service (en protection de la jeunesse) – Mauvaise relation avec la pédopsychiatre traitante – Manque de soutien et d'encadrement – Déshumanisation – Restrictions injustifiées – Délai de prise en charge

3.1.3 Le rôle joué par les professionnelles de la santé et des services sociaux

Les professionnelles de la santé et des services sociaux occupent une grande place dans les données collectées et jouent un rôle important dans le traitement du refus de soins de l'adolescente. Dans les entretiens, les participantes identifient une grande variété de professionnelles de la santé qui sont intervenues auprès d'elles, souvent dans une perspective d'équipe multidisciplinaire.

Tableau 13 - Professionnelles de la santé et des services sociaux dont l'intervention a été relevée par les participantes

	Pédopsychiatre	Pédiatre	Infirmière	Psychologue ou psychothérapeute	Nutritionniste	Ergothérapeute	Travailleuse sociale	Travailleuse sociale de la DPJ	Éducatrice en centre jeunesse
Alice	X			X	X	X	X	X	
Butterfly	X			X			X	X	X
Lou*	X			X			X*		
Mathilde	X	X	X	X	X				
Timothée	X			X					

*Lou ne voyait pas la travailleuse sociale en privé, car elle était destinée à accompagner ses parents. Elle était toutefois présente aux rencontres multidisciplinaires qui avaient lieu entre Lou, ses parents et sa pédopsychiatre.

L'encadrement offert par ces professionnelles et leur approche ont été nommés par tous les participantes comme un élément important de l'expérience vécue en pédopsychiatrie.

L'expérience en pédopsychiatrie et le sentiment de respect de leur consentement sont unanimement expliqués par les relations entretenues avec les professionnelles. Les participantes qui ont eu une expérience positive ont principalement nommé la gentillesse d'une professionnelle ou le sentiment d'avoir été cru :

Timothée : Honnêtement, extrêmement positive. Bon, je sais que mon père a fait beaucoup de démarches pour que je puisse voir quelqu'un assez rapidement. Mais ça reste que justement, en faisant ces démarches-là, j'ai été, justement, j'ai été en mesure de voir quelqu'un assez rapidement au public. Pis la qualité des soins a été vraiment impeccable. J'ai vraiment rien à dire autant sur la compréhension, l'ouverture, la compétence du personnel soignant. Vraiment je me rappelle que ça a été vraiment une superbe expérience à ce niveau-là. J'ai l'impression d'avoir des gens qui me comprenaient, des gens qui me guidaient, pis qui me faisaient avancer là-dedans.

Les participantes qui ont eu une expérience négative ont nommé des propos invalidants de certaines professionnelles ou leur attitude déshumanisante, plus que, par exemple, la durée

de l'hospitalisation ou l'impact sur la scolarisation. Trois participantes ont nommé que l'absence de plan de soins clair à l'hôpital les aidant à connaître les objectifs visés aurait nui à leur rétablissement, leur aurait amené un sentiment que leurs soins n'étaient pas organisés clairement ou aurait été la cause de la longue durée de leur hospitalisation. Une participante nomme avoir vécu des abus de pouvoir de la part du personnel hospitalier :

Butterfly : Parce que dans les hôpitaux, j'ai vécu beaucoup comme d'abus de pouvoir, d'injustice pis toute le reste. Pis... les pratiques, c'est quelque chose de vraiment inhumain et toute. [...] Tsé dans les hôpitaux, c'est beaucoup d'abus de pouvoir, d'abus d'autorité, tsé. Vu qu'on est jeune, on est mineur, et qu'eux sont adultes, qu'ils sont en majorité, il pense avoir tous les droits de tout, et ils pensent qu'on a pas vraiment de droits. Faque qu'ils pensent qu'ils sont en position de faire tout ce qu'ils veulent avec nous.

Une participante a eu une pédopsychiatre avec qui la relation était difficile, principalement en raison du fait qu'elle impliquait peu la participante dans son suivi et de la façon dont elle s'adressait à elle :

Mathilde : Mais je me rappelle que quand elle [*la pédopsychiatre*] parlait, c'était comme... « On ne s'adresse pas à toi. » Ou comme... Je ne sais pas. Mettons je disais que « pour moi c'était vraiment difficile ça ». Et elle était comme... « c'est ben ridicule » Ou à mettons, à un moment donné, elle disait... Parce que moi je faisais beaucoup de danse. Et elle était comme... « Ah ben là, plus de danse ». C'est sûr que j'ai une réaction. Je fais de la danse tout le temps. Et je me disais que c'était impossible. [...] Je m'étais vraiment fâchée. Elle était comme... « Ah ben là, tu ne t'énerves pour rien. On est là pour toi. Pis toi tu dis n'importe quoi. Moi je ne le prendrai pas. » À un moment donné, je me rappelle, elle m'avait dit « Ta gueule ». Ça c'est la fois où mon père avait dit... « Vous parlez pas comme ça à ma fille. » [...] C'est arrivé plusieurs fois qu'on se chicanait. Puis elle était comme... « Non. Tu dis n'importe quoi. Arrête. Nanana, tu sais pas ce que tu dis. » Mais c'était vraiment dit pas... Comme pas [*Mathilde prend une voix douce*] « Aw tu ne sais ce que tu dis. C'est difficile. Nanana ». C'était vraiment comme... « Ah voyons tabarnak. Tu sais pas ce que tu dis. Assieds-toi. Nous, on est tous là pour toi. Tu me prends mal. Pis là nanana. Voyons donc. » C'est ça. [...] Mais elle disait tout le temps qu'elle parlait à la maladie et qu'elle parlait pas à moi. Donc, que c'est normal qu'elle était plus rude, plus intense, que c'est normal puisqu'elle parlait juste à la maladie. [...]

Du côté de la jurisprudence, les tribunaux se fient principalement sur les rapports déposés en preuve et opinions émises à l’audience pour déterminer si le refus de soins met l’enfant dans une situation de compromission et pour évaluer les mesures à ordonner dans l’intérêt de l’enfant. En protection de la jeunesse, les rapports proviennent essentiellement des intervenantes déléguées de la DPJ et de la pédopsychiatre traitante. Dans de rares cas, un rapport d’évaluation psychologique se retrouve aussi dans le dossier. Dans les jugements collectés, on peut observer la présence à l’audience ou au moyen de témoignages écrits des professionnelles suivantes : médecin (majoritairement des pédopsychiatres), psychologue et dans un cas, une neuropsychologue. Il arrive que plus d’une professionnelle ait témoigné dans le même dossier. À une reprise, il n’est pas clair que l’experte est indépendante. En effet, le tribunal utilise le terme expert, mais les rapports d’expertise semblent plutôt référer aux rapports de médecins traitantes⁴⁹⁸. Il importe de rappeler qu’à la Cour supérieure, la médecin traitante est celle qui demande l’autorisation de soins et ne peut être qualifiée d’experte au sens du Cpc. Le tableau suivant fait état des professionnelles de santé qui ont témoigné dans les jugements de l’échantillon :

Tableau 14 - Professionnelles de la santé ayant témoigné

	Cour supérieure		Ch.j	
	Traitant	Expert	Traitant	Expert
Pédopsychiatre	10	3	23	1
Pédiatre	0	1	1	0
Psychologue	0	0	2	3
Neuropsychologue	0	0	0	1

Dans 69 jugements, le tribunal discute du témoignage d'une ou plusieurs intervenantes déléguées par la DPJ qui est la plupart du temps fait au moyen d'un rapport déposé en

⁴⁹⁸ *Sherbrooke A*, supra note 490 aux para 3, 11 et 12.

preuve. L'article 86 LPJ prévoit qu'un rapport psychosocial doit être déposé par la DPJ relativement à la situation de l'enfant. Il est donc possible de présumer que les 87 jugements de la Ch. j. sont notamment basés sur un rapport psychosocial préparé par la DPJ.

La nature de l'intervention des professionnelles de la santé et des services sociaux dans l'espace judiciaire varie grandement et couvre un large spectre de sujets. J'ai compilé dans le tableau suivant les principaux sujets discutés, avec des exemples de ces propos :

Tableau 15 - Objets des principales interventions des professionnelles devant chaque tribunal

Objets des interventions	Récurrence		Exemples	
	CS	Ch.j.	Médical	DPJ
Diagnostiques	9	49	<ul style="list-style-type: none"> • Impression diagnostique de la médecin traitante ou de l'experte • Diagnostic(s) posé(s)/retenu(s) par la pédopsychiatre • Évaluation de l'inaptitude 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiques dont la source n'est pas précisée • Risque du diagnostic pour le développement
Traitement	11	35	<ul style="list-style-type: none"> • Propose le plan de traitement à autoriser ou le recommande • Opinion sur les effets bénéfiques de la prise de la médication pour l'adolescente • Suggestion de l'approche thérapeutique et pharmacologique à préconiser • Durée souhaitée du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommande la poursuite du traitement • Demande que le tribunal rende l'ordonnance pour éviter la cessation du traitement • Estime que la médication est nécessaire • Recommande un hébergement en centre de réadaptation

Meilleur intérêt	7	69	<ul style="list-style-type: none"> • Ordonner le traitement ou une médication, dans le meilleur intérêt de l'adolescente • Nécessité d'encadrer l'adolescente 	<ul style="list-style-type: none"> • Les mesures recherchées sont dans l'intérêt de l'adolescente
Comportements problématiques	7	60	<ul style="list-style-type: none"> • Non-reconnaissance du diagnostic par l'adolescente • Refus de suivre le traitement médicamenteux • Refus catégorique de se soumettre à tout traitement, quelle qu'en soit la nature 	<ul style="list-style-type: none"> • Simulation de comportements • Fugues • Consommation d'alcool ou de drogues • Refus ou prise inadéquate de la médication • Agressivité verbale ou physique • Refuse l'aide
Sexualité	2	14	<ul style="list-style-type: none"> • Demande d'administration d'un contraceptif pour l'empêcher de mettre son désir d'être enceinte à exécution • Comportements sexuels jugés inappropriés 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporte que l'adolescente a une vie sexuelle ou des rapports sexuels non protégés • Comportements sexuels jugés choquants
Collaboration	3	32	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'observance thérapeutique • Non-collaboration aux interventions psychiatriques ou physiques • Non-investissement dans la thérapie en pédopsychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'observance thérapeutique • Refus de collaborer avec l'intervenante et l'éducatrice • Participation au suivi et coopération relativement bien • Nécessité que l'adolescente s'implique dans sa démarche

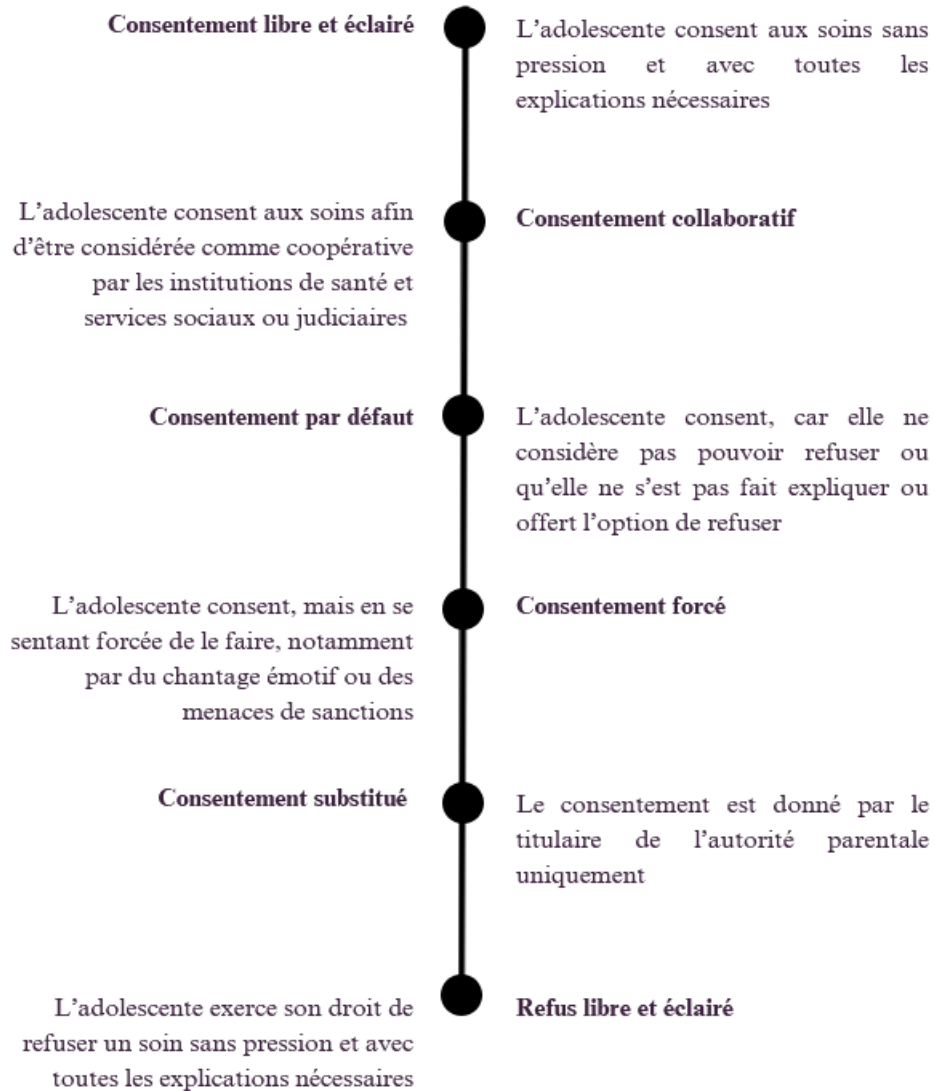
				<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec l'intervenante est précaire
--	--	--	--	--

C'est ce qui conclut la présentation des résultats. La section suivante propose une analyse de ces mêmes résultats sous les angles du consentement aux soins et de la normalisation. Je proposerai que le consentement aux soins se déploie sous la forme d'un spectre composé de plusieurs dérivés informels et que l'objectif de normalisation qui sous-tend l'intervention des tribunaux québécois à la suite d'un refus de soins par une personne mineure de 14 ans et plus constitue un obstacle à l'expression d'un tel refus.

3.2 Le consentement aux soins et ses dérivés informels

Les données collectées dans les entretiens et la jurisprudence permettent de constater que le consentement présente des nuances se situant sur un spectre dont les extrêmes sont composés du consentement libre et éclairé à un soin et du refus libre et éclairé à un soin. En effet, les données m'amènent à constater qu'il existe une pluralité de situations à l'extérieur de ce que prévoit le cadre formel juridique en matière de consentement aux soins.

Figure 1 - Spectre observé du consentement aux soins



Le **consentement collaboratif** se constate principalement en matière d'ordonnances de soins émises par la Ch.j. On y rapporte régulièrement que les parents et l'adolescente consentent aux mesures ou aux conclusions recherchées, sans plus de détails. Pourtant, ces jugements suivent un refus de soins et la décision de judiciariser relève le besoin de régler un différend entre les parties quant aux mesures recherchées par la DPJ. Ce nombre élevé de consentements aux mesures rejoint l'exigence de collaboration prévue à la LPJ et la

pression que subissent les parties à s’astreindre aux demandes de la DPJ⁴⁹⁹. Le refus de soins est souvent considéré comme un manque de collaboration de l’adolescente⁵⁰⁰. Le tribunal utilise d’ailleurs de façon interchangeable « refus de soins » et « refus de collaborer au traitement » :

Pour l’essentiel, elle refuse de collaborer à toute intervention psychiatrique ou physique [...] ⁵⁰¹.

Ou bien :

[...] L’adolescent refuse les médicaments qui lui sont prescrits et il présente des troubles et des symptômes qui requièrent un traitement médical bien précis auquel il refuse de collaborer⁵⁰².

Trois participantes nomment avoir consenti aux soins pour « faire plaisir » ou pour ne plus être vu comme la personne qui dérangeait, souvent dans l’objectif de pouvoir mettre fin à leur hospitalisation plus rapidement.

Alors que le consentement collaboratif est donné de façon plus consciente, mais avec certaines pressions, le **consentement par défaut** relève davantage d’un consentement non éclairé. Les cinq participantes n’avaient pas souvenir ou avaient souvenir à une seule occasion qu’on leur avait expliqué leur droit de consentir et de refuser les soins en pédopsychiatrie. Pour Timothée, « ce n’était pas une question que je me posais vraiment, le consentement aux soins, là. Je ne me rappelle jamais de m’être dit : « Est-ce que je

⁴⁹⁹ Valérie Costanzo, Emmanuelle Bernheim et Marilyn Coupienne, « Entre le marteau et l’enclume : préoccupations éthiques et déontologiques des avocates en protection de la jeunesse » (2022) 52:2 *Revue générale de droit* 223, à la p 239. : « Les parents subissent de fortes pressions à collaborer avec la DPJ. La collaboration — même forcée — est considérée comme étant essentielle à la réussite du processus. La moitié des avocates de l’étude nous indique que la collaboration avec la DPJ figure parmi les premiers conseils qu’elles donnent à leur cliente ».

⁵⁰⁰ Burns, Cortell et Wagner, *supra* note 338 à la p 948; Thomas E Nevins, « Non-compliance and its management in teenagers » (2002) 6:6 *Pediatric Transplantation* 475, à la p 475.

⁵⁰¹ *Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides c. X*, *supra* note 197 au para 4.

⁵⁰² *Dans la situation de TP*, *supra* note 490 au para 5.

consens ? Est-ce qu'on m'a expliqué les bénéfices, les inconvénients ? Non, je ne me rappelle pas de ça ». Lou relève qu'elle ne « pense même pas que [s]es professionnels aujourd'hui [lui] expliquent nécessairement ». Toutes les participantes soulèvent aussi que, dans certaines circonstances, elles ne savaient pas qu'elles pouvaient refuser, que ce soit en raison de leur âge ou que le choix ne leur a pas été offert. Alice souligne qu'elle ne savait pas qu'elle pouvait refuser et a tenu conséquemment pour acquis qu'elle devait signer qu'elle consentait à son hospitalisation.

Le consentement par défaut est difficile à relever dans les jugements, car le constat d'un consentement par défaut nécessite en premier lieu le constat de l'absence d'explication sur le droit de refuser un soin. Certaines formulations des jugements laissent exceptionnellement entendre une mauvaise compréhension, possiblement issue d'une mauvaise explication des soins, de la part des adolescentes :

La défenderesse nie être inapte puisqu'elle affirme consentir aux soins. Elle affirme compter sur son copain et sa mère, de même que ses grands-parents pour l'aider à s'insérer dans le milieu normal de vie. La défenderesse affirme qu'aucun jugement d'inaptitude n'a été prononcé à son égard⁵⁰³

La présence fréquente de vice sur le plan du caractère éclairé du consentement au soin, en particulierité en matière de soins psychiatriques, est toutefois documentée⁵⁰⁴. Il est donc possible que le consentement par défaut soit une situation qui revient fréquemment en matière de consentement aux soins par la personne mineure de 14 ans et plus, mais il n'a pas été possible de le documenter par la jurisprudence.

⁵⁰³ *JL*, *supra* note 475 au para 26.

⁵⁰⁴ Denis Morrison, « Opinion : consentement éclairé et capacité en pratique clinique psychiatrique (une perspective québécoise) » (1989) 34:2 *The Canadian Journal of Psychiatry* 110, à la p 111 ; Ferron Parayre, *supra* note 44 aux pp 155-158.

Un **consentement forcé** est un consentement qui, par définition, n'est pas libre. L'adolescente consent, mais elle le fait sous pression directe ou indirecte. Cette pression peut provenir de plusieurs sources : les professionnelles de la santé, les parents et les intervenantes des services sociaux. Les données collectées relèvent principalement des mécanismes de contraintes suivants : le chantage moral et les punitions (principalement composées des contentions et du recours à la salle d'isolement).

Le chantage moral est un moyen de pression qui exploite la responsabilité morale de la personne pour la mettre dans une situation qui rend difficile pour elle de choisir toute autre action que celle que la personne exerçant le chantage souhaite d'elle⁵⁰⁵. Les alternatives au choix souhaité deviennent inacceptables moralement⁵⁰⁶. Cette forme de manipulation délibérée du consentement ne nécessite pas une menace explicite ou implicite, uniquement qu'une personne prive une autre de la possibilité de prendre sa propre décision dans des conditions équitables en suscitant des émotions de peur, d'obligation, de honte ou de culpabilité⁵⁰⁷. On peut parler de chantage moral quand l'adolescente consent aux soins, car la possibilité de refuser a été associée à des conditions moralement inacceptables. L'exemple le plus clair est lorsque le refus est associé au fait de causer délibérément de la déception ou de la tristesse à son parent. Trois participantes mentionnent que leurs parents

⁵⁰⁵ Simon Keller, « Moral Blackmail and the Family » (2016) 13:6 *Journal of Moral Philosophy* 699 à la p 700.

⁵⁰⁶ *Ibid* aux pp 702, 706.

⁵⁰⁷ *Ibid* à la p 703 ; Susan Forward et Donna Frazier, *Le chantage affectif : quand ceux que nous aimons nous manipulent*, Paris, InterÉditions, 1998 à la p 52.

ont été utilisés comme un levier pour qu'elles consentent aux soins. Ce fut notamment le cas de Mathilde :

Mathilde : Ils m'ont mentionné, comme je n'ai jamais vu de papier, mais ils m'ont dit « si tu veux, on pourrait aller chercher ce papier-ci, et tu pourrais signer pour être “discharged” de l'hôpital contre l'avis médical. » Puisque oui, tu n'es plus en danger de mort, mais présentement, comme c'est l'avis médical, ça serait que tu restes encore quelques semaines, ou jours, peu importe. Mais si tu veux, on peut aller chercher ce papier-là. Donc, on ne va pas perdre de temps à aller le chercher. [...] je me rappelle avoir trouvé que c'était vraiment un faux choix. De me dire « Ah, mais tu as pas vraiment le choix de signer ce document, mais tu sais, c'est comme contre l'avis médical, puis peut-être que tes parents seraient un peu tristes. » Ça avait été un peu présenté de même. Donc j'avais dit non à avoir le document, donc je n'ai jamais vu ce document.

Dans la jurisprudence, ce chantage moral peut être plus difficile à relever, mais se traduit notamment par la mise en opposition du refus de soins de l'adolescente avec l'accord et la collaboration des parents. 27 jugements mettent en exergue cette dualité. Dans la même lignée que le consentement collaboratif, la morale est ici mise du côté du consentement et de la participation au traitement, indiquant de ce fait à l'adolescente que le seul bon choix est le consentement. Dans la jurisprudence en Ch. j., on retrouve aussi à de nombreuses reprises un incitatif à collaborer au traitement, notamment l'exigence de consentement pour sortir du centre de réadaptation ou que tant qu'il y aura une « problématique de refus de soins », la protection de la jeunesse restera dans le dossier. Les alternatives au consentement deviennent alors moins moralement acceptables pour plusieurs adolescentes qui vont consentir aux mesures demandées par la protection de la jeunesse pour pouvoir rester ou retourner dans le milieu familial, par exemple.

Cette forme de chantage moral se retrouve aussi dans la menace de signalement à la protection de la jeunesse en cas de refus de soins. Sans prétendre qu'un signalement n'est

jamais nécessaire, la menace de signalement pourrait amener autant le parent que l'enfant à se sentir forcés de consentir aux traitements afin d'éviter l'intervention de la protection de la jeunesse. Les jugements analysés permettent de constater que le refus de soin peut être une cause unique de signalement à la protection de la jeunesse :

La preuve révèle pour l'essentiel que le 28 avril 2009, le Directeur de la protection de la jeunesse retenait pour X un signalement de troubles de comportement relatifs à des refus de soins pour sa santé mentale, plus particulièrement des problèmes alimentaires⁵⁰⁸.

Ou encore :

Le 10 juillet dernier, la Directrice de la protection de la jeunesse reçoit un signalement concernant l'adolescente. Depuis le 7 juillet, cette dernière est hospitalisée au centre de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire Laval de Québec à la suite d'un transfert du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, endroit où elle est hospitalisée depuis le 29 juin 2015.

Une mesure immédiate de protection est prise le jour même du signalement afin de maintenir l'adolescente dans le milieu hospitalier. Le 13 juillet suivant, son hébergement est prolongé en vertu d'une ordonnance provisoire⁵⁰⁹.

Bien qu'il ne soit pas toujours possible de connaître la provenance du signalement, trois jugements indiquent clairement que le signalement a été fait par le milieu hospitalier, uniquement en lien avec la santé mentale de l'adolescente⁵¹⁰. Deux participantes ont d'ailleurs été signalées à la protection de la jeunesse pendant leur hospitalisation en pédopsychiatrie. Ce constat rejoint la pratique recommandée par certains auteurs, qui préconisent qu'en cas de refus de soins, l'établissement de santé doit envisager un signalement à la DPJ, « notamment, lorsque le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur

⁵⁰⁸ *Protection de la jeunesse* — 095233, 2009 QCCQ 18997 au para 9. Voir aussi: *Protection de la jeunesse* — 114111, *supra* note 474 ; *Protection de la jeunesse* — 182978, 2018 QCCQ 12491 ; *Protection de la jeunesse* — 15883, 2015 QCCQ 9173 ; *Protection de la jeunesse* — 126998, 2012 QCCQ 17549.

⁵⁰⁹ *Protection de la jeunesse* — 156461, *supra* note 474 aux para 5-6.

⁵¹⁰ *CD (Dans la situation de)*, *supra* note 479; *Protection de la jeunesse* — 156461, *supra* note 474 ; *Protection de la jeunesse* — 231731, *supra* note 474.

appuie le refus de la personne mineure âgé de 14 ans et plus de recevoir des soins requis par son état de santé⁵¹¹ ».

Le deuxième mécanisme qui peut amener un consentement forcé est l’usage de la punition. La punition est utilisée comme réponse en cas de refus, ou elle est imposée et le consentement est demandé de façon consécutive. Les principales formes de punitions documentées sont les mesures de contrôle – contentions chimiques, physiques (ou mécaniques), le recours à la salle d’isolement – les mesures de retrait et à l’unité d’encadrement intensif (« UEI »), ainsi que le retrait de privilèges (par ex., droit de marcher dans le couloir, droit de téléphoner). Cet usage punitif des mesures de contrôle est contraire aux prescriptions légales⁵¹². Certaines punitions peuvent être combinées ensemble. Par exemple, une participante a raconté avoir été placée en salle d’isolement puis en contention physique et finalement, avoir reçu une contention chimique après avoir refusé un soin.

Tableau 16 - Punitions vécues par les participantes en centre de réadaptation ou à l’hôpital

	Contention		Isolement	UEI	Retrait de privilèges
	Chimique	Physique			
Alice	X	X	X	X	
Butterfly	X	X	X	X	X
Lou					
Mathilde					X
Timothée					

⁵¹¹ Éric Séguin, « Refus de soins injustifié », *supra* note 178 aux pp 154-155 ; Kouri et Philips-Nootens, « Intégrité de la personne » ; Ménard, « Règles relatives au consentement », *supra* note 131 à la p 684. Il est à noter que Me Ménard, contrairement à Me Séguin et aux professeurs Kouri et Philips-Nootens, prétend que le signalement est nécessaire uniquement en cas d’urgence et de menace à l’intégrité de la personne mineure, c’est-à-dire quand l’autorisation du tribunal de l’art.16 al.2 C.c.Q. n’est pas nécessaire et que les parents refusent de surcroît.

⁵¹² Arts.10 LPJ et 393 LGSSSS.

Parmi les contentions physiques qui ont été nommées par les participantes, on retrouve la combinaison Argentino, la jaquette anti-suicide, le maintien au sol ou dans le lit par des agents de sécurité ainsi que des attaches au lit. Les contentions chimiques ont été expliquées par le personnel comme des médicaments pour calmer les crises ou l'agressivité. Plus spécifiquement, l'Haldol^{MD} par injection ou par la bouche a été identifié comme un médicament qui était donné dans cet objectif de contention. Les deux participantes qui ont eu une expérience avec la DPJ ont nommé que les contentions étaient peu utilisées, voire absentes, des centres jeunesse et que c'était principalement la salle d'isolement et le déplacement en UEI qui étaient préconisés. Elles ont trouvé ces pratiques moins déshumanisantes qu'à l'hôpital. Les contentions, qualifiées d'« actes coercitifs » par une participante, ont été nommées comme des éléments centraux de l'expérience négative d'hospitalisation. Une participante explique bien comment la punition avait un impact sur son consentement :

Alice : Tsé, comment le refus a été perçu de leur part, ben... Il y avait souvent ça, cette phrase-là, comme « tu ne nous donnes pas le choix », fait que c'est... Tsé, pis je l'entends encore aujourd'hui, cette phrase-là, puis je pense que ça contribue aussi à la culpabilité que je vis par rapport à ça, dans le sens où je le sais que c'est assez accusateur, dans le sens où c'est juste moi qui ai la responsabilité de dire oui ou non, puis je trouve que... Tsé, avec là où j'en suis, il n'y avait pas beaucoup de prise en compte de « je suis en détresse à ce moment-là ». Puis c'est ça. Donc, c'est comme... Oui, c'est eux qui forcent la chose, pis en même temps, ben, c'est à cause de moi, si je peux dire ça comme ça. Pis dans les faits, peut-être, oui, c'est vrai, mais je le sais que tout n'est pas noir ou blanc.

On retrouve la mention spécifique d'une des trois formes de punitions dans 20 jugements. Dans neuf de ces jugements, il est mentionné que des contentions ont été utilisées sur l'adolescente. Certaines des contentions sont utilisées régulièrement, par exemple, dès qu'une intervention essentielle est nécessaire⁵¹³. Dans la jurisprudence, les moyens de

⁵¹³ *Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides c. X*, supra note 197 au para 16.

contentions physiques et chimiques ne sont pas précisés, à l'exception de deux jugements où on mentionne l'utilisation du «kit anti-suicide» et de la «litterie sécuritaire»⁵¹⁴. L'échantillon répertorie deux jugements en lésion de droit en lien avec des refus de soins, à la suite d'un usage abusif des punitions. Dans un des deux cas, l'adolescent avait été placé pendant une durée de quinze jours en isolement où il ne recevait aucun service, ne pouvait parler à personne, ne mangeait que de la nourriture froide et a été menotté durant trois jours chaque fois qu'il sortait du bloc d'isolement. Le tribunal avait alors jugé que l'adolescent avait été privé de plusieurs de ses droits fondamentaux pendant cette période en isolement⁵¹⁵.

Le **consentement substitué** s'applique quand la personne mineure n'a pas pu consentir ou refuser ses soins, car ce sont ses parents qui ont consenti à sa place, de façon légale ou non. De plus, le tribunal qui autorise des soins exerce également un consentement substitué. Quatre participantes nomment que leurs parents étaient présents à la majorité des rencontres avec l'équipe en pédopsychiatrie. Cette présence n'était toutefois pas toujours désirée de leur part, pour trois participantes. Deux participantes indiquent aussi que certaines décisions ont été prises par leurs parents. Mathilde explique comment, dans une situation où sa vie était menacée, elle a été exclue de la décision d'être hospitalisée et que ce sont ses parents seuls qui ont pris la décision :

Mathilde : [...] Puis jusqu'à mes 16 ans, à partir de mes 16 ans, c'est ça, une fois je suis arrivée à mon rendez-vous, finalement mon pouls était super faible pis tout ça, donc finalement j'ai été hospitalisée. Puis...j'ai été hospitalisée au Children's justement, mais en fait, c'est pas moi qui a décidé, ben c'est sûr que c'est pas moi qui a décidé d'être hospitalisée, mais je veux dire, ils ont mentionné à mes parents

⁵¹⁴ *Sherbrooke B*, *supra* note 490 au para 21 ; *Protection de la jeunesse — 193763*, *supra* note 490 au para 76.

⁵¹⁵ *Protection de la jeunesse — 153635*, *supra* note 485.

mon état. Ils m'ont demandé de sortir de la salle... Puis je suis allée dans la salle d'attente puis là c'est là qu'ils ont demandé, qu'ils ont dit à mes parents que j'allais être hospitalisée donc moi je n'ai pas vraiment été informée de ça... Ils ont dit à mes parents que j'allais être hospitalisée puis qu'ils avaient 2 choix : soit de m'envoyer au Children's où j'allais être avoir l'option d'être gavée puis ça allait être pour une plus courte durée, ou d'aller au Sainte-Justine où là c'est une hospitalisation qui est vraiment plus longue donc c'est un minimum de je pense de 4-5 mois. Donc ils ont donné cette option-là à mes parents donc je n'étais pas présente. Puis mes parents par la suite, on choisit ben l'option moins longue donc de m'envoyer au Children's. Donc par la suite, lorsque tout le monde est sorti de la salle, on m'a averti que je retournais à la maison, je prenais mes choses et je retournais à l'hôpital pour un minimum de 2 semaines. Puis donc j'ai été hospitalisée pour 2 semaines....

Sans surprise, le consentement substitué est la forme de consentement qui est la plus présente et identifiable dans la jurisprudence. Du côté de la jurisprudence, les 11 jugements de la Cour supérieure constituent un consentement substitué du tribunal, car la juge a autorisé les soins dans tous les cas, après avoir jugé que la personne était inapte (dans la mesure où l'inaptitude a été évaluée, comme expliqué au point 3.1.1). Même sans justification claire à l'inaptitude, le tribunal n'hésite pas à conclure à l'inaptitude et à substituer son consentement à celui de l'adolescente :

Mais surtout, Dr Collette est d'avis que l'aptitude de l'enfant est fort probablement altérée par une pathologie sous-jacente. Il en ignore cependant la nature en raison du manque de collaboration de l'adolescente.

En l'absence de preuve contraire et considérant l'ensemble des circonstances, cette opinion professionnelle est retenue par le Tribunal. L'inaptitude est établie⁵¹⁶.

Même sans parler directement de l'inaptitude, le tribunal, que ce soit la Cour supérieure ou la Ch.j., prend souvent le temps de relever que l'adolescente nie sa maladie ou que sa capacité de discernement est affectée, justifiant ainsi la nécessité de l'intervention

⁵¹⁶ *Hôpital Rivière-des-Prairies du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM) c X*, 2018 QCCS 4673 aux para 32-34 [*Rivière-des-Prairies*].

judiciaire. Excepté pour les trois jugements de la Ch.j. qui rejettent la demande, dont un où le Tribunal conclut que le consentement substitué peut être exercé par les parents, les 84 autres jugements de la Ch.j. peuvent être considérés comme des consentements substitués vu qu'ils autorisent tous des soins. Comme expliqué au point 3.1.1, l'analyse de l'inaptitude est rare en Ch.j. Par ailleurs, il peut être difficile de connaître réellement la prévalence du consentement substitué provenant des parents à la suite d'un refus de soins de l'adolescente, car le consentement parental n'est que rarement judiciairisé et donc plus difficile à documenter⁵¹⁷.

Finalement, le **refus de soin** est à l'extrémité du spectre du consentement et prévoit la situation édictée par le législateur où l'adolescente peut opposer de façon libre et éclairée son refus. Deux participantes nomment avoir refusé des soins. Les trois autres participantes pensent qu'ils auraient pu dans certaines situations bien précises refuser un soin, mais elles ne l'ont pas fait. Ces participantes n'ont jamais refusé de soins. Alice explique qu'elle a notamment refusé un placement volontaire, car elle voulait retourner chez ses parents après un an d'hospitalisation. Une travailleuse sociale lui avait expliqué que, du moment qu'elle refusait le placement, c'était le juge qui allait décider de la durée de son placement (plutôt qu'un placement volontaire où la travailleuse sociale décide du moment le plus opportun de retourner à la maison, selon le suivi). Le juge a ordonné un placement de cinq mois. Bien qu'elles aient refusé des soins, les deux participantes sont claires à l'effet qu'elles ne savaient pas ou ne considéraient pas toujours pouvoir refuser. Cette absence de connaissance de l'étendue du droit de refuser est aussi partagée par les autres participantes.

⁵¹⁷ Schölin et al, *supra* note 324 à la p 2.

Timothée pense qu'on ne lui a pas proposé de refuser, car il était clairement consentant : « Je voulais y aller. Je savais que j'avais besoin d'aide. Fait que j'étais là de mon plein gré. J'étais consentant quand j'étais sur place. Peut-être que ça a aidé. Ils voyaient qu'il n'y avait pas d'opposition. [...] On ne me l'a pas demandé parce que j'étais là de mon plein gré. ».

Dans l'ensemble de la jurisprudence répertoriée, un refus de soins a été émis par l'adolescente et a justifié une judiciarisation. Selon le chemin moins courant, pourtant celui prévu en cas de refus de soins par l'article 16, alinéa 2 C.c.Q, l'établissement de santé fait une demande d'autorisation de soins à la Cour supérieure. Dans la majorité des cas, le refus de soin est plutôt pris en charge par la Ch. j. Le refus de soins est souvent analysé par le tribunal dans une perspective d'évaluation de la collaboration de l'adolescente. D'ailleurs, en Ch. j., le refus de soins est catégorisé comme un motif de compromission, soit un trouble de comportement sérieux :

Aujourd'hui, la Directrice demande au Tribunal de déclarer la sécurité et le développement de l'adolescente compromis au motif de trouble de comportement sérieux (refus de soins pour sa santé mentale). [...] ⁵¹⁸.

Ce motif de compromission est parfois présenté en utilisant l'expression suivante : « problème de refus des soins pour sa santé mentale »⁵¹⁹. Si le refus de soins qu'on juge compromettant pour la sécurité et le développement de l'enfant est régulièrement accompagné d'autres motifs de compromission, le refus de soins seul peut être aussi l'unique motif de compromission.

⁵¹⁸ *Protection de la jeunesse* — 231731, *supra* note 474 au para 5.

⁵¹⁹ *Protection de la jeunesse* — 191741, 2019 QCCQ 11110 au para 25.

Le consentement aux soins peut ainsi être étayé sous de multiples dérivés informels. La personne mineure de 14 ans et plus peut alors se retrouver à exprimer un consentement aux soins qui ne possède pas les qualités requises par la loi. La prochaine section visera à développer l'analyse sous l'angle de la normalisation comme obstacle à la possibilité d'exprimer un refus de soins pour la personne mineure de 14 ans et plus, en prenant en considération les interactions existantes entre les mécanismes de normalisation et le spectre du consentement aux soins développé dans la section 3.2.

3.3 L'obstacle de la normalisation dans l'expression d'un refus de soins : ramener l'adolescente déviante sur « le droit chemin ».

Pour Foucault, l'institution médico-judiciaire constitue l'« instance de contrôle non pas du crime, non pas de la maladie, mais de l'anormal, de l'individu anormal »⁵²⁰. Face à une adolescente qui refuse un soin en santé mentale, les établissements de santé et de services sociaux ainsi que les tribunaux vont chercher à guérir ; à corriger le problème pour permettre à l'adolescente de retrouver un comportement qui sera jugé adéquat socialement. Ce qui est jugé adéquat pour une adolescente et ce qui est considéré comme déviant ou anormal est au cœur des jugements en autorisation de soins (Cour supérieure) et des ordonnances de soins (Ch.j.). Les prochaines sous-sections relèvent les procédés de normalisation utilisés par les institutions médicales et judiciaires (3.3.1) ; les objectifs sous-entendus de la mobilisation de ces procédés (3.3.2) et l'entreprise de normalisation comme obstacle à la possibilité d'exprimer un refus de soins pour les personnes mineures de 14 ans et plus (3.3.3)

⁵²⁰ Foucault, « Anormaux », *supra* note 392 à la p 39.

3.3.1 Collaborer, consentir, se prendre en main : procédés de normalisation

La jurisprudence collectée permet de constater la place prédominante qui est accordée par le tribunal à l'évaluation de la « collaboration » de l'adolescente. En effet, la collaboration est discutée dans 51 jugements des 99 jugements étudiés et est souvent identifiée par le tribunal comme devant être absolument améliorée. La collaboration aux soins est un comportement attendu de l'adolescente et considéré comme étant dans son meilleur intérêt.

L'essence du concept de collaboration est la mise en commun d'un travail⁵²¹. On s'attend conséquemment de l'adolescente qu'elle se plie au plan de soins imposé et s'engage activement à son rétablissement selon des modalités préétablies la plupart du temps sans sa participation. En entretien, Alice nomme que moins elle collaborait, plus elle était considérée comme la « patiente qui fait du trouble » et plus les équipes médicales poussaient la médication pour éviter tout refus et escalade. Les deux participantes ayant eu les périodes les plus longues d'hospitalisations et qui ont été judiciairisées sont aussi celles à avoir nommé avoir refusé des soins à plusieurs reprises. Les deux participantes qui ont consenti à tous leurs soins et qui considèrent avoir participé activement dans leur suivi sont aussi celles qui ont eu l'expérience en pédopsychiatrie la moins invasive. Le refus de l'adolescente est souvent assimilé à une absence de collaboration ou d'investissement dans ses soins, plutôt que la conséquence d'un problème dont la source peut provenir de la relation thérapeutique ou de la place réelle donnée à la participation active de l'adolescente à l'élaboration de son plan de soins. L'article 13 de la LGSSSS prévoit pourtant le droit de

⁵²¹ *Le petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Le Robert, 2022, *sub verbo* « Collaboration ».

toute usagère à participer aux décisions concernant sa santé et son bien-être. L'article 12 de la CRDE consacre aussi le droit des personnes mineures à participer à toute question les concernant.

Du fait de son âge, on invite l'adolescente à faire preuve de maturité. Et une personne qui est mature collabore :

Elle a vieilli, il faut qu'elle réalise que ses difficultés sont sérieuses. Le Tribunal l'invite à travailler, à participer, à s'investir, à respecter ceux qui l'entourent, d'accepter les règles d'encadrement, et mettre réellement en application les moyens qu'on lui propose⁵²².

Il semble que le tribunal soit dans certains cas utilisé pour pallier le manque de collaboration de l'adolescente en forçant son implication dans ses soins. Cela renvoie à l'idée du consentement substitué développé dans la sous-section 3.1.3. L'institution judiciaire est ainsi mobilisée par l'institution sociosanitaire pour « garantir la bonne mise en œuvre du suivi sanitaire : le rôle de la justice est alors pensé comme un rôle de coordination de la prise en charge »⁵²³. Pour Foucault, cette « injonction à la collaboration avec l'équipe traitante et au traitement » est ce qui constitue « le projet disciplinaire de la psychiatrie depuis ses débuts »⁵²⁴.

L'amélioration de la collaboration est relevée systématiquement comme une preuve de la prise en main de l'adolescente. La collaboration et le consentement sont notamment précisés dans le dispositif judiciaire en commençant habituellement par l'expression « prend acte » :

⁵²² *Protection de la jeunesse* — 132525, 2013 QCCQ 11074 au para 26.

⁵²³ Vuattoux, *supra* note 23 à la p 56.

⁵²⁴ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 37.

PREND ACTE de l'engagement de la défenderesse à se soumettre aux ordonnances de soins prescrites à elle par le corps médical [...] :⁵²⁵.

Ou

PREND ACTE du consentement de l'adolescente à bénéficier d'un suivi psychologique et à poursuivre son suivi en pédopsychiatrie⁵²⁶.

La collaboration est non seulement jugée souhaitable, elle est considérée comme nécessaire pour arriver à des résultats.

Depuis cet événement, l'adolescent est détenu au Centre de réadaptation et il a pu être constaté qu'il s'investit maintenant au scolaire, il n'a consommé aucune drogue depuis cette date et il semble avoir fait une bonne prise de conscience relativement à sa problématique de consommation. Il collabore au suivi en toxicomanie avec [intervenante 2].

L'adolescent semble avoir amorcé une réflexion sur ses agirs qui ont eu un impact négatif majeur dans sa vie. Il semble vouloir se reprendre en main, il se mobilise dans les différentes sphères de sa vie et on peut remarquer une bonne collaboration à l'unité du Centre de réadaptation⁵²⁷.

« Faire le minimum » n'est pas jugé suffisant⁵²⁸. On exige de l'adolescente de se « reprendre en main ». Se « reprendre en main » est parfois nommé comme la seule option envisageable pour éviter « des endroits où la liberté est plus restreinte » ou « un destin de violence et d'emprisonnement à long terme »⁵²⁹. Cette « reprise en main » ne peut pas se faire de n'importe quelle façon⁵³⁰. Elle implique généralement que l'adolescente suive une thérapie, prenne sa médication et ait un comportement adéquat⁵³¹. Vouloir travailler plutôt que de fréquenter l'école, désirer avoir un enfant, ou simplement avoir l'intérêt de se reprendre en main mais sans être nécessairement capable de faire des changements

⁵²⁵ *JL*, *supra* note 475 au para 34.

⁵²⁶ *Protection de la jeunesse* — 188360, 2018 QCCQ 18507 au para 30.

⁵²⁷ *Protection de la jeunesse* — 15883, *supra* note 507 aux para 30-31.

⁵²⁸ *Ibid* au para 12.

⁵²⁹ *Protection de la jeunesse* — 078319, *supra* note 478 aux para 4 et 22.

⁵³⁰ Vuattoux, *supra* note 23.

⁵³¹ *Protection de la jeunesse* — 078319, *supra* note 478 aux para 21-22; *Protection de la jeunesse* — 20959, 2020 QCCQ 13162 aux para 14 et 17; *Protection de la jeunesse* — 171872, 2017 QCCQ 4489 au para 18; *Protection de la jeunesse* — 15883, *supra* note 507 au para 31.

significatifs, ne sont pas jugés comme une amélioration significative et une collaboration au traitement⁵³². Pourtant, le fait de forcer la collaboration à un traitement prédéterminé, c'est-à-dire exiger un consentement collaboratif pour reprendre le concept développé dans la section précédente, est en conflit direct avec le droit de consentir et de refuser de façon libre à ses soins de la personne mineure de 14 ans et plus⁵³³. Un consentement peut difficilement être libre lorsque la collaboration est exigée plutôt que de s'inscrire dans une alliance thérapeutique naturelle : « As a result of these obstacles to adolescents' engagement, secure care manufactures compliance rather than acceptance »⁵³⁴. Un consentement ne devrait pas être donné pour « faire plaisir », ou pour ne plus être vu comme la personne qui dérange, comme l'ont nommé trois participantes. La collaboration des adolescentes devient pour elles une stratégie pour mettre fin le plus rapidement possible à l'hospitalisation ou à l'intervention de la protection de la jeunesse⁵³⁵.

Plusieurs participantes nomment se sentir coupable ou responsable de leurs enjeux de santé mentale et des difficultés qu'elles ont pu rencontrer dans leur rétablissement. Face à un échec de l'amélioration de sa situation qui a nécessité une réhospitalisation, une participante explique le cercle vicieux de culpabilité qui s'est créé : « je ne suis pas capable de me prendre en charge par moi-même, il faut que les autres me prennent en charge ». Une autre participante associe directement une part de son expérience négative en pédopsychiatrie à sa responsabilité de ne pas avoir mieux collaboré au traitement. L'échec

⁵³² *Protection de la jeunesse — 095233*, supra note 507 au para 2; *Protection de la jeunesse — 211642*, 2021 QCCQ 9516 aux para 61-62; *Rouyn-Noranda*, supra note 490 aux para 21, 33 et 35; *JL*, supra note 475 au para 18.

⁵³³ LeFrançois, « Mental Torture », supra note 39 à la p 221.

⁵³⁴ Mathilde Turcotte et François Fenchel, « Bringing 'care' back into locked residential institutions: What can we learn from adolescents' experiences of secure care? » (2024) 33:4 *Child Abuse Review* 1 à la p 9.

⁵³⁵ *Ibid* à la p 12.

thérapeutique est ainsi assimilé à un échec personnel. Un échec qui n'aurait pas eu lieu d'être si selon certaines, elles avaient agi « normalement ». Cela rejoint l'exigence d'adhésion au paradigme psychiatrique « selon lequel les comportements et émotions peuvent être classés en normal/anormal, fonctionnel/dysfonctionnel [ce qui] sous-tend la possibilité de normaliser ou de rendre fonctionnel par le moyen de la prescription »⁵³⁶.

Un des constats frappants de cette recherche a été de remarquer la différence dans les comportements analysés par le tribunal selon le genre de l'adolescente. À la base, la jurisprudence collectée vise de façon prédominante les filles : 72 jugements concernent des filles alors que seulement 27 jugements concernent des garçons. Sur les 72 jugements concernant des filles, 88 % proviennent de la Ch.j. Cette surreprésentation des filles judiciairisées en vertu de la LPJ dans nos résultats concorde avec les différences genrées constatées dans le traitement des comportements des adolescentes au Québec⁵³⁷. Le discours médico-judiciaire, dans la même lignée que le discours social dominant, divise les filles et les garçons en deux groupes distincts avec des besoins particuliers différents. Cette différenciation des normes comportementales attendues est alors utilisée comme justification à l'application d'interventions distinctes pour chaque groupe de genre⁵³⁸. Au

⁵³⁶ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 34.

⁵³⁷ Dans l'étude de Lanctôt et Desaiève, sur un échantillon de 656 adolescentes, « [u]ne majorité écrasante de filles (82 %) sont judiciairisées en vertu de la *loi de la protection de la jeunesse*, ceci afin d'être protégées des conséquences potentiellement néfastes de leurs conduites inadaptées. Seules quelques filles (13 %) sont officiellement reconnues comme des contrevenantes, c'est-à-dire coupables d'un délit. Notons de plus que certaines adolescentes (5 %) étaient prises en charge simultanément par les deux lois. En ce qui concerne les garçons, ils sont moins nombreux à être jugés comme des jeunes ayant besoin d'être protégés que comme des jeunes qui sont tenus responsables d'actes criminels (31 % contre 59 %). Comme pour les filles, certains d'entre eux (10 %) se retrouvaient pris en charge sous les deux lois au moment de l'enquête. » (Lanctôt et Desaiève, *supra* note 355 à la p 468).

⁵³⁸ Wayne Martino et Maria Pallotta-Chiarolli, « Schooling, Normalisation, and Gendered Bodies: Adolescent Boys' and Girls' Experiences of Gender and Schooling » dans Dennis Thiessen et Alison Cook-Sather, dir, *International Handbook of Student Experience in Elementary and Secondary School*, Dordrecht, Springer Netherlands, 2007, 347 à la p 347.

vu de ce constat, le terme adolescente est utilisé dans le cadre de cette analyse en comprenant les filles et les garçons afin de refléter la surreprésentation des personnes de genre féminin dans les données. Il importe maintenant d'établir ce que les résultats de recherche relèvent comme des comportements normaux/anormaux pour les adolescentes.

3.3.2 L'adolescente normale

À la base du concept de normalisation pensé par Foucault, on retrouve cette idée d'une norme comportementale idéalisée⁵³⁹. En application d'un droit avec une visée de régulation des comportements, les tribunaux deviennent les acteurs de la « sanction des comportements qui se situent en dehors des normes »⁵⁴⁰. Les professionnelles de la santé mentale, tels que les pédopsychiatres, opèrent la classification des comportements de l'adolescente en des savoirs cliniques : « Ce discours [expert, celui des psychiatres] semble posséder les “clés” de la déviance de l'adolescente puisqu'il propose des interprétations causales à ses actes »⁵⁴¹. À partir de mes résultats, je tenterai donc dans cette sous-section de définir ce qui constitue une adolescente normale dans l'espace judiciaire et médical.

L'analyse des discours de la Ch.j. et de la Cour supérieure ainsi que des entretiens permet de documenter les comportements de l'adolescente considérés comme anormaux. Pour définir ce qui pose un problème, c'est-à-dire anormal puisqu'allant à l'encontre ou se situant à l'extérieur de la norme, nous l'opposons à la normalité qui est « est associé[e] au bon, à ce qui est souhaitable, approuvé socialement »⁵⁴². La connaissance du tribunal sur

⁵³⁹ Foucault, « Anormaux », *supra* note 392 à la p 150.

⁵⁴⁰ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 34.

⁵⁴¹ Vuattoux, *supra* note 23 à la p 55; Gansel, *supra* note 13 à la p 135.

⁵⁴² Bernheim, « Décisions d'hospitalisation », *supra* note 273 aux pp 179-180.

les divers comportements de l'adolescente découle majoritairement du rapport préparé par l'intervenante de la DPJ (pour la Ch.j.) et du rapport psychiatrique (pour la Cour supérieure), déposés au moment de l'introduction de la procédure ainsi que des échanges entre la juge et l'adolescente au moment de l'audience⁵⁴³. Les juges se positionnent souvent comme confidentes ou figures personnellement impliquées par rapport aux adolescentes judiciarisées. Elles cherchent à les connaître et les encourager dans leur rétablissement. Cela les amène à poser des questions sur l'école, leurs amies, les relations familiales ou sur leur moral. La juge veut savoir si l'adolescente « va bien » et si l'adolescente comprend que le tribunal est là « pour elle » :

Lors de la réouverture des débats, pour la première fois, le Tribunal a senti une certaine ouverture de la jeune à travailler ses difficultés. X est « tannée ». Elle veut que ça s'arrête dans sa tête. Elle ne veut pas mourir. Sa dernière tentative de suicide était un appel à l'aide, mais elle a failli réussir ce qu'elle ne recherchait pas. Il ne faudrait pas que ce jugement soit le dernier la concernant. Personne ne veut d'une enquête du coroner dans la présente affaire !

[...]

La présente décision est donc rendue dans son seul intérêt et non contre elle.

Au-delà des impressions cliniques et des diagnostics, X a du pouvoir sur sa vie et elle peut la changer si elle le souhaite. Sa situation n'est pas une fatalité.

Le Tribunal souhaite ardemment que X prenne la main qui lui est tendue afin de l'apaiser et de lui permettre de se retrouver⁵⁴⁴.

Ces échanges entre la juge et l'adolescente permettent de surveiller si l'adolescente chemine dans son rétablissement⁵⁴⁵. La littérature sur la politique du rétablissement (*recovery*) et la judiciarisation des enjeux de santé mentale questionne l'implication judiciaire en matière thérapeutique et « envisage la dimension bienveillante de la posture

⁵⁴³ Art 86 LPJ.

⁵⁴⁴ *Protection de la jeunesse* — 211642, *supra* note 531 aux para 58, 60-62.

⁵⁴⁵ Dawn Moore, « The benevolent watch: Therapeutic surveillance in drug treatment court » (2011) 15:3 *Theoretical Criminology* 255 à la p 261.

des acteurs dans [leur] rapport à la normalisation, notamment par le biais de la notion de *recovery*, de rétablissement »⁵⁴⁶.

La notion même du motif de compromission le plus fréquent dans notre échantillon, le TCS, soulevé dans 72 % des jugements de la Ch.j répertoriés, renvoie à l'idée d'un comportement qui est troublé. Étymologiquement, être troublé évoque un « état anormal », une perturbation dans « le fonctionnement normal de quelque chose »⁵⁴⁷. Dès l'évaluation de la situation de compromission, une première forme de détermination de la normalité s'installe. Le trouble de comportement sérieux évoque conséquemment un comportement anormal, qui ne répond pas au comportement attendu d'une adolescente. Ce comportement anormal est habituellement présenté comme directement causal d'un ou plusieurs diagnostics psychiatriques. Les diagnostics, dont la source n'est souvent pas précisée dans les jugements en protection de la jeunesse, couvrent un large spectre. Ils sont précisés dans 59 % des jugements, mais des symptômes sont discutés dans l'ensemble des décisions, par exemple, pour étayer un TCS. Le diagnostic devient alors un outil de compréhension mobilisé par les institutions pour appréhender l'anormalité, avec la présomption que ce qui est anormal constitue un trouble de santé mentale⁵⁴⁸.

⁵⁴⁶ Gauthier-Boiteau, *supra* note 263 à la p 62; Moore, *supra* note 544 à la p 261.

⁵⁴⁷ *Le petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, note 521, *sub verbo* « Trouble » ; Hélène Cajolet-Laganière, Pierre Martel et Chantal-Édith Masson avec la collaboration de Jean-Claude Boulanger et Michel Théoret, *Dictionnaire Usito : Parce que le français ne s'arrête jamais*, Sherbrooke, Édition Delisme, 2025, *sub verbo* « Trouble ».

⁵⁴⁸ Carol S Aneshensel, Jo C Phelan et Alex Bierman, « The Sociology of Mental Health: Surveying the Field » dans Carol S Aneshensel, Jo C Phelan et Alex Bierman, dir, *Handbook of the Sociology of Mental Health*, Handbooks of Sociology and Social Research, 2e éd, Dordrecht, Springer, 2013, 1 à la p 8.

On retrouve ainsi régulièrement un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, mais aussi des TDA/TDAH, des troubles d'apprentissage (dyslexie, dysorthographe, trouble d'accès lexical), des troubles anxieux, des TCA, de la schizophrénie, un trouble bipolaire et un trouble d'usage de substance, pour ne nommer que les plus fréquents. Les diagnostics sont régulièrement modifiés au gré des changements de professionnelles traitantes et ne sont pas toujours confirmés vu la difficulté de poser un diagnostic psychiatrique à l'âge adolescent :

Il est utile de revoir brièvement certains aspects relatifs à la dernière ordonnance. D'abord, rappelons que cette enfant souffre de certains troubles de santé mentale. Les derniers diagnostics connus par le Tribunal sont émis le 15 janvier 2018 par le **Dr Jean-Pierre Bienvenu**. À ce moment, il élimine un trouble du spectre de l'autisme (TSA), mais retient des traits de troubles de personnalité limite ainsi qu'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité.

[...]

Le 11 mai, l'enfant rencontre pour la première fois le **Dr Sylvain Palardy**, pédopsychiatre du CÉNAA. Contrairement à l'opinion du Dr Bienvenu, ce dernier mentionne qu'il n'est pas prêt à éliminer le diagnostic de TSA. Il est également discuté que la médication pour l'anxiété soit réintroduite puisque l'enfant l'a cessée au mois de novembre 2017. Il demande que les observations en centre de réadaptation se poursuivent pour revoir l'enfant dans un délai de trois ou quatre mois.

[...]

Dre Hébert réitère les diagnostics suivants :

- Émergence d'enjeux de personnalité limite en consolidation ;
- Troubles d'opposition avec provocation ;
- Trouble déficitaire de l'attention avec présentation combinée inattention et impulsivité non-traité.

De plus, elle ajoute les diagnostics suivants :

- Trouble lié à l'usage de substances (cocaïne et cannabis) ;
- Troubles de conduite ;
- Problème relationnel parents-enfant, dont conflit de loyauté entre les mesures des Centres jeunesse versus les attentes parentales ;
- Symptômes de stress post-traumatique⁵⁴⁹.

⁵⁴⁹ *Protection de la jeunesse — 193763, supra note 490 au para 20,29,58-59.*

L'objectif de définir la ligne de conduite attendue des adolescentes prend toute son importance dans le contexte où cela impacte directement les mesures mises en place, mais aussi en raison de la place accordée par les adolescentes à se « sentir normale » et à ne pas ressortir du lot. Comme l'explique Mathilde, lorsqu'une infirmière lui avait dit que c'était « correct » de trouver que c'était difficile de manger, elle s'était sentie pour la première fois normalisée, voire banalisée, plutôt qu'étiquetée comme problématique ou opposante.

Les caractéristiques « normales » attendues de l'adolescente sont influencées par des facteurs sociodémographiques. Comme expliqué dans la partie descriptive des résultats, certaines de ces caractéristiques n'ont pas pu être détaillées vu le manque d'informations à cet effet dans le matériel de recherche. Une des caractéristiques qui ressort toutefois clairement est le genre. La norme comportementale attendue chez les filles s'insère ici dans le cadre théorique plus large de la déviance et du concept de la « mauvaise fille » : « Une “mauvaise fille”, c'est l'adolescente que le corps social juge comme ne répondant pas aux critères attendus de la “bonne fille” »⁵⁵⁰. L'institution judiciaire est alors utilisée pour contrôler les adolescentes « déviantes », « c'est-à-dire qui ne respectent pas les attitudes attendues d'elles »⁵⁵¹.

Basée sur des préjugés et stéréotypes, la stigmatisation des adolescentes affublée de l'étiquette de la « mauvaise fille » est un phénomène bien documenté⁵⁵². Dans la jurisprudence, on retrouve des termes relevant de cette étiquette comme « passive-

⁵⁵⁰ Blanchard, *supra* note 358 à la p 43.

⁵⁵¹ *Ibid.* à la p 300.

⁵⁵² Turcotte et Lanctôt, *supra* note 424 à la p 85.

agressive », « impulsive », « opposante », « arrogante », « émotive » et « sensible » pour décrire les problématiques chez l'adolescente⁵⁵³. Les comportements violents et d'opposition sont régulièrement soulevés pour appuyer le motif de compromission de TCS. Cet étiquetage place l'adolescente dans la catégorie de déviante, soit le fait d'avoir une conduite jugée anormale⁵⁵⁴. En entretien, Alice relève d'ailleurs comment son adaptation a été plus difficile lors de son placement initial en centre de réadaptation parce qu'elle ne considérait pas correspondre au profil de l'adolescente placée, de la « mauvaise fille » :

Alice : Oui. Je pense que l'adaptation s'est faite. Dans le sens... J'étais plus adaptée. Au début, c'était comme, c'est quoi ça une unité ? Je connaissais zéro ça. Puis aussi le profil de clientèle, admettons, est très... était quand même différent avec les problématiques que moi je pouvais avoir dans le sens où je consommais pas ou j'avais pas de problème de fugue ou, etc. Tandis que, puis je veux vraiment pas généraliser, mais dans le sens où dans mon unité à moi où j'étais, il y avait beaucoup de ce genre de problématiques-là. Donc au début, j'étais genre « Qu'est-ce que je fais là » puis à la fin il y avait plus ses questionnements là. Là c'était comme l'habitude.

Les références aux fugues et à la consommation de substances renvoient aux stéréotypes communs de l'adolescente prise en charge par la protection de la jeunesse, traitée comme une personne différente, mauvaise, violente ou perturbée⁵⁵⁵. Le tribunal soulève systématiquement si l'adolescente a déjà fugué (17 jugements), consommé (30 jugements) ou eu des comportements sexuels jugés à risque (16 jugements). Il est assez révélateur qu'aucun jugement de l'échantillon concernant un garçon ne discute de son corps ou de sa sexualité. Le genre féminin dans le contexte de la protection de la jeunesse semble ainsi « justifier l'usage de normes de genre réduisant les adolescentes déviantes à leurs corps,

⁵⁵³ *JL*, *supra* note 475 au para 17; *Protection de la jeunesse - 072055*, 2007 QCCQ 9209 au para 11; *Protection de la jeunesse — 132525*, *supra* note 522 au para 25; *Protection de la jeunesse — 157783*, 2015 QCCQ 20547 au para 15.

⁵⁵⁴ Turcotte et Lanctôt, *supra* note 424 à la p 85.

⁵⁵⁵ *Ibid.*

leurs sexualités ou leurs difficultés psychiatriques»⁵⁵⁶. Si une telle part des jugements concernant les adolescentes examinent leurs facteurs de vulnérabilité, cela laisse entendre une préoccupation institutionnelle à protéger les filles des risques du « monde extérieur » et plus largement, la manière dont l'institution conçoit et balise la déviance juvénile⁵⁵⁷.

La situation de l'adolescente est contextualisée à partir d'anecdotes pour tenter une explication à ses comportements. Il est souvent précisé que l'adolescente ayant un diagnostic de TCA performe à l'école et a un grand potentiel, alors que l'on évoque que l'adolescente qui consomme a des pairs non recommandables ou des parents consommateurs :

En 2009, la négligence au plan éducatif est toujours présente et l'adolescente a maintenant un problème de consommation.

Faut-il se surprendre ? Le père consomme et tolère à la maison la consommation de cannabis de sa fille⁵⁵⁸.

Le tribunal mentionne les difficultés personnelles que vit l'adolescente au quotidien, tel que les relations conflictuelles avec ses parents ou ses multiples déplacements dans différentes unités en raison de ses comportements difficiles. L'assiduité aux suivis psychiatriques, la prise de médication et l'historique hospitalier sont détaillés tout comme l'évolution des diagnostics. Essentialisée à des dimensions sexuelles et sanitaires, l'adolescente est alors présentée comme une personne vulnérable, nécessitant une protection étatique, alors que l'adolescent est vu comme une personne dont il faut « réformer ou réprimer le comportement »⁵⁵⁹. En effet, la déviance des garçons est plutôt

⁵⁵⁶ Vuattoux, *supra* note 23 à la p 64.

⁵⁵⁷ *Ibid* à la p 60.

⁵⁵⁸ *Protection de la jeunesse — 10453*, *supra* note 495 aux para 4-5.

⁵⁵⁹ Vuattoux, *supra* note 23 à la p 64.

mise en relation avec la violence⁵⁶⁰. Alors que les garçons sont l'objet de seulement 27 jugements sur 99, 16 des 34 jugements qui discutent de l'agressivité concernent des garçons, soit près de la moitié alors qu'ils ne constituent que le quart de l'échantillon. Trois des quatre jugements qui précisent que l'enfant est aussi pris en charge sous la LSJPA concernent des garçons.

Avec une surreprésentation de filles dans les données, il ressort clairement une tendance à judiciariser le refus de soins des adolescentes via le système de protection de la jeunesse. La sanitarisation/psychiatisation/psychologisation des situations vécues par les adolescentes est d'ailleurs documentée comme plus systématique lorsque comparé à son utilisation dans les dossiers concernant des garçons⁵⁶¹. Une étude française a relevé que le soin forcé est beaucoup plus commun chez les filles alors qu'il n'est appliqué qu'exceptionnellement chez les garçons en situation de grande souffrance psychique⁵⁶².

Selon ce qui est considéré comme anormal par les actrices médico-judiciaires, l'analyse des données permet de dégager trois catégories pour définir le comportement attendu de l'adolescente normale : sa réussite scolaire et sa situation d'emploi (le cas échéant), l'abstinence de drogue et d'alcool et l'abstinence sexuelle, ou à tout le moins une sexualité protégée, ainsi que l'observance thérapeutique. Le cumul de ces catégories constitue la définition de l'adolescente normale. Toutefois, le fait d'avoir un comportement qui

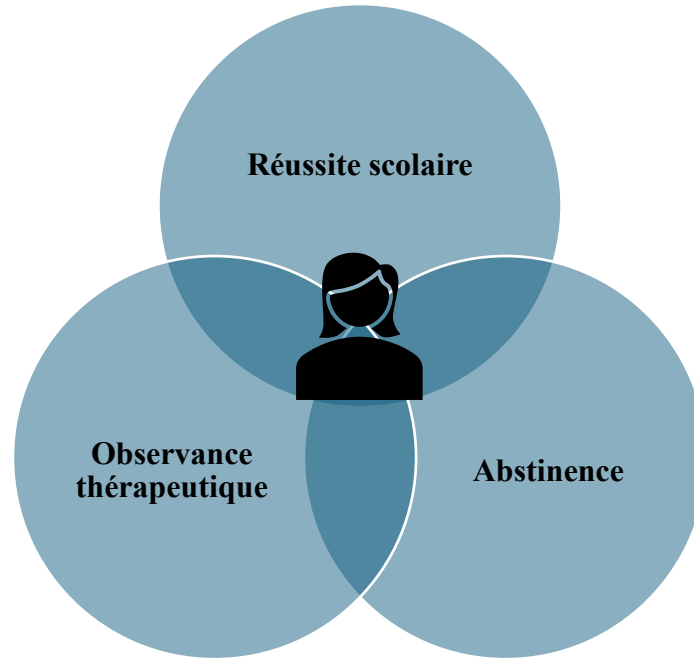
⁵⁶⁰ *Ibid* à la p 65.

⁵⁶¹ *Ibid* à la p 49.

⁵⁶² *Ibid* à la p 57.

s'éloigne ou s'oppose à une seule de ces catégories marque une dérogation à la norme et place l'adolescente sur le spectre de l'anormalité.

Figure 2 - Définition de l'adolescente normale (triade de la normalité)



Cette triade de la normalité pour les adolescentes refusant des soins psychiatriques additionnée à l'injonction à la collaboration présentée dans la sous-section précédente présentent de grandes similitudes avec les quatre exigences envers les personnes judiciarisées relevées dans le cadre de quatre ethnographies judiciaires concernant des adultes : la prise de «la médication psychiatrique comme recommandé par les psychiatres», «la collaboration complète avec les équipes médicales ou sociales», «l'abstinence complète de consommation de drogue ou d'alcool» et «la nécessité de s'engager dans la vie active et de travailler»⁵⁶³. Conséquemment, l'adolescente ne se conformant pas aux attentes dans ces catégories vient se placer sur le spectre de la déviance, pouvant alors conduire à l'intervention sociojudiciaire et la prise en charge thérapeutique.

⁵⁶³ Bernheim, « Profilage », *supra* note 268 à la p 55.

En gardant en tête la dimension genrée des résultats, je tâcherai d'élaborer chaque catégorie de la triade de la normalité : la réussite scolaire et professionnelle (1), l'abstinence de drogue, d'alcool et de sexe (2) ainsi que l'observance thérapeutique (3).

1) Réussite scolaire et professionnelle

Dans la moitié (50,5 %) des jugements collectés, le tribunal relève le comportement de l'adolescente en matière de scolarité pour justifier si elle agit bien ou mal. Par exemple, une adolescente qui va bien à l'école doit nécessairement pouvoir corriger ses comportements pour ne pas « gâcher » son avenir prometteur. Il est question de la réussite académique actuelle de l'adolescente dans 13 jugements. Le tribunal ne manque pas de souligner les aptitudes de l'adolescente qui « dispose de très bonnes capacités intellectuelles », affirme que « son bon parcours scolaire (programme international) démontre ses capacités » ou qu'elle « démontre sa volonté de réussir et présente un très bon potentiel »⁵⁶⁴. Cela va même jusqu'à associer le diagnostic de TCA avec un indicateur de réussite scolaire : « comme bien des adolescentes souffrant d'anorexie, X performe très bien au niveau scolaire, mais est aux prises avec une problématique d'anxiété de performance »⁵⁶⁵. À l'inverse, dans 37 jugements, la non-scolarisation ou les difficultés scolaires sont analysées. Le tribunal rabroue l'adolescente qui « démontre davantage d'intérêt pour les rencontres d'amis que pour le programme scolaire »⁵⁶⁶. L'adolescente qui cesse de fréquenter l'école est considérée comme oisive et ses difficultés sont justifiées par le manque d'investissement personnel et de motivation dans sa scolarité⁵⁶⁷.

⁵⁶⁴ *Protection de la jeunesse* — 101564, 2010 QCCQ 12909 au para 15; *Protection de la jeunesse* — 149082, *supra* note 493 au para 7; *Protection de la jeunesse* — 219715, 2021 QCCQ 16893 au para 14.

⁵⁶⁵ *Protection de la jeunesse* — 211642, *supra* note 532 au para 9.

⁵⁶⁶ *Protection de la jeunesse* — 23406, *supra* note 484 au para 11.

⁵⁶⁷ *Protection de la jeunesse* — 22193, *supra* note 484 au para 4; *Protection de la jeunesse* — 20959, *supra* note 530 au para 11; *Protection de la jeunesse* — 193763, *supra* note 490 au para 226.

Ce discours récurrent sur la scolarisation démontre une attente de réussite scolaire, sans nécessairement laisser place aux facteurs influençant réellement cette réussite scolaire tels que les hospitalisations⁵⁶⁸, les déplacements récurrents d'un centre de réadaptation à un autre⁵⁶⁹ ou le manque de place dans un programme adapté aux difficultés scolaires de l'adolescente. Or le rétablissement est jugé comme nécessitant la réussite scolaire et les problèmes scolaires sont présentés comme sous-entendant un dysfonctionnement social. Ainsi, lorsque le tribunal veut souligner l'amélioration de la situation d'un adolescent, il souligne sa fréquentation scolaire :

Depuis quelques mois, la situation de l'adolescent s'améliore de façon significative. Il fréquente l'école et prend ses médicaments. Ses comportements sont plus acceptables. En outre, les sorties chez sa mère se déroulent relativement bien⁵⁷⁰.

Alors que lorsque la situation inverse se produit, les impacts au niveau scolaire sont identifiés :

Alors que l'adolescente fonctionnait positivement tant dans son milieu d'accueil que dans son milieu scolaire, depuis janvier 2021, ses comportements se détériorent. Elle perd sa motivation scolaire. Elle refuse de passer un examen⁵⁷¹.

Bien que la situation d'emploi soit peu discutée (10 %) dans nos données, ce qui s'explique notamment par le fait qu'il n'est pas attendu qu'une personne mineure travaille, lorsqu'il en est question, le tribunal en parle de façon dichotomique, soit pour démontrer que

⁵⁶⁸ Dans son entretien, Alice mentionne qu'elle n'a pas fréquenté l'école pendant ses périodes d'hospitalisation : « [...] De même si on me sort, ça fait comme deux ans que je n'ai pas été dehors. Je ne suis plus à l'école pendant ce temps-là. Je sais que si je sors, je vais en plus devoir doubler mon secondaire 4 parce que ma scolarité ne se poursuivait quasiment pas ».

⁵⁶⁹ « L'éducatrice responsable de l'enfant à [l'unité B] mentionne qu'habituellement, il faut un délai de 10 jours pour qu'un usager débute sa scolarisation. » : *Protection de la jeunesse — 193763*, *supra* note 490 au para 225.

⁵⁷⁰ *Protection de la jeunesse — 183065*, *supra* note 491 au para 17.

⁵⁷¹ *Protection de la jeunesse — 221041*, 2022 QCCQ 4785 au para 4.

l'adolescente va bien⁵⁷², soit pour souligner son incapacité à conserver un emploi en raison de ses problématiques personnelles⁵⁷³. L'adolescente exprime parfois son souhait d'obtenir un emploi⁵⁷⁴. Cela rejoint le discours sur l'emploi tenu par les tribunaux à l'égard des personnes avec des troubles de santé mentale, selon lequel leur rétablissement passe par l'obtention d'un emploi⁵⁷⁵. À l'instar de ce discours, la réussite scolaire et professionnelle des adolescentes refusant un soin est gage d'un fonctionnement social et implicitement, d'une conduite normale. Une adolescente normale fréquente l'école et réussit bien.

2) *Abstinence*

Des enjeux de consommation sont mentionnés dans 30 jugements de l'échantillon. Dans tous ces résultats, le tribunal présente la consommation, abusive ou non, d'une drogue ou d'alcool comme un comportement problématique. L'adolescente devrait savoir qu'il est mal de consommer et ne pas souhaiter consommer : elle « aime vapoter, a consommé de l'alcool et en aime le goût »⁵⁷⁶. La consommation semble assimilée explicitement à de la toxicomanie. Il est fait mention dans quelques jugements de la *Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes* (DEP-ADO) qui permet de dépister la possibilité d'une consommation problématique. Il en est question lorsque l'adolescent a eu une cote « rouge », indiquant un « problème évident requérant une intervention spécialisée en dépendance »⁵⁷⁷. Plusieurs

⁵⁷² *JL*, supra note 475 ; *Protection de la jeunesse — 101564*, supra note 564 ; *Protection de la jeunesse — 171872*, supra note 530 ; *Protection de la jeunesse — 20959*, supra note 521 ; *Protection de la jeunesse — 231 731*, supra note 4.

⁵⁷³ *Sherbrooke A*, supra note 490 ; *Protection de la jeunesse — 06802*, 2006 QCCQ 17948 ; *Protection de la jeunesse — 073274*, supra note 181 ; *Protection de la jeunesse — 171 872*, supra note 28.

⁵⁷⁴ *Protection de la jeunesse — 114111*, supra note 474 ; *Protection de la jeunesse — 185533*, 2018 QCCQ 16199.

⁵⁷⁵ Bernheim, « Refus », supra note 2 à la p 33.

⁵⁷⁶ *Protection de la jeunesse — 22192*, 2022 QCCQ 3301 au para 7.

⁵⁷⁷ *Protection de la jeunesse — 219715*, supra note 564 au para 17 ; *Protection de la jeunesse — 194555*, supra note 474 au para 13 ; *Protection de la jeunesse — 191741*, supra note 518 au para 14.

éléments contextuels entourent habituellement la présentation d'un enjeu de consommation chez une adolescente pour démontrer comment « [l]a consommation de drogue lui a nui dans presque toutes les sphères de sa vie »⁵⁷⁸. Le fait que les parents consomment aussi est indiqué dans trois jugements.

La consommation de l'adolescente est décrite comme teintant la réussite scolaire⁵⁷⁹, la paix au sein du milieu familial⁵⁸⁰ et entraînant la fréquentation de pairs consommateurs et conséquemment non recommandables⁵⁸¹. À cet effet, le réseau social de l'adolescente n'est discuté que dans 14 jugements de l'échantillon, mais 10 de ces jugements discutent des pairs en lien avec la consommation de l'adolescente :

Le fonctionnement social de l'adolescente est aussi en péril. Elle fréquente des personnes qui consomment et qui ont des difficultés tant au plan scolaire, personnel (sont connues des services sociaux) que social (ont des démêlés ou antécédents judiciaires)⁵⁸².

La consommation est considérée comme une preuve d'immatrité et un facteur d'aggravation des enjeux de santé mentale de l'adolescente⁵⁸³. Une adolescente normale à l'inverse ne consommerait pas alors qu'elle a un diagnostic psychiatrique ou à tout le moins, ferait preuve de maturité et d'introspection en percevant que consommer de l'alcool

⁵⁷⁸ *Protection de la jeunesse* — 15883, *supra* note 507 au para 16.

⁵⁷⁹ *Protection de la jeunesse* — 19840, 2019 QCCQ 10595 au para 6; *Protection de la jeunesse* — 171872, *supra* note 531 au para 12; *Protection de la jeunesse* — 15883, *supra* note 507 au para 16; *Protection de la jeunesse* — 149082, *supra* note 493 au para 7; *Protection de la jeunesse* — 10453, *supra* note 495 au para 29.

⁵⁸⁰ *Protection de la jeunesse* — 191741, *supra* note 518 au para 4; *Protection de la jeunesse* — 171872, *supra* note 531 au para 12; *Protection de la jeunesse* - 06802, *supra* note 573 au para 4.

⁵⁸¹ *Protection de la jeunesse* — 22192, *supra* note 576 au para 7; *Protection de la jeunesse* — 219715, *supra* note 564 au para 9; *Protection de la jeunesse* — 19840, *supra* note 579 au para 6; *Protection de la jeunesse* — 157493, 2015 QCCQ 20230 au para 11; *Protection de la jeunesse* — 149082, *supra* note 493 au para 9; *Protection de la jeunesse* — 126998, *supra* note 507 au para 1; *JL*, *supra* note 475 au para 22.

⁵⁸² *Protection de la jeunesse* — 149082, *supra* note 493 au para 9.

⁵⁸³ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 34.

et du cannabis est un comportement négatif qui la met en danger⁵⁸⁴. L'usage de drogue ou la consommation d'alcool amènent alors une stigmatisation sur la base de standards moraux, qui renvoie à la norme sociétale attendue de l'adolescente et étiquette l'adolescente consommatrice avec des stéréotypes négatifs⁵⁸⁵. Le tribunal cherche une admission de faute de la part de l'adolescente consommatrice qui doit réaliser « l'impact de ses troubles de comportement sur sa sécurité »⁵⁸⁶ et considérer « sa consommation de stupéfiants comme étant problématique et [envisager] de cesser d'en faire usage »⁵⁸⁷. Une telle reconnaissance d'un enjeu par l'adolescente est indiquée dans huit jugements et est soulignée comme un premier pas vers la guérison. La mobilisation de l'adolescente pour son rétablissement prend une place importante dans le discours de la cour. Cette lecture est encore plus présente dans la situation où cette consommation est faite de façon concomitante à la prise de médication, que la médication a été cessée ou lorsque la drogue est utilisée comme automédication, par exemple pour aider à « gérer son anxiété »⁵⁸⁸ :

Cette consommation de drogue et d'alcool par la défenderesse est contre-indiquée vu son état et la médication qu'elle doit absolument prendre. Dans une très forte proportion, lors de ses sorties ou fugues, elle consomme de telles substances. Le réseau social entourant la défenderesse démontre ainsi, à chaque occasion, son incapacité à répondre adéquatement aux besoins de la défenderesse.

La défenderesse démontre le bien-fondé du diagnostic de la docteure Lamontagne en agissant ainsi. La défenderesse ne reconnaît pas sa maladie, ne comprend pas les bienfaits de sa médication et les méfaits de ne pas la prendre et de consommer drogue et alcool. Pourtant, suite à une fugue de quelques semaines durant laquelle la défenderesse cesse sa médication, il faut des mois aux soignants pour parvenir à stabiliser à nouveau son état de santé.

[...]

⁵⁸⁴ *Protection de la jeunesse* — 176620, *supra* note 474 au para 7.

⁵⁸⁵ Claire Meehan, « “Junkies, Wasters and Thieves”: School-Based Drug Education and the Stigmatisation of People Who Use Drugs » (2017) 15:1 *Journal for Critical Education Policy Studies* 85 à la p 90.

⁵⁸⁶ *Protection de la jeunesse* — 216161, 2021 QCCQ 11167 au para 12.

⁵⁸⁷ *Protection de la jeunesse* — 114111, *supra* note 474 au para 13.

⁵⁸⁸ *Protection de la jeunesse* — 189951, 2018 QCCQ 18828 au para 9.

La défenderesse apparaît une [sic] personne hautement vulnérable. Pour se donner du courage, en vue de son témoignage à l'instruction, elle consomme du speed. C'est à la pause du midi qu'elle profite de son deux heures de liberté dont elle dispose quotidiennement pour se rendre chez le voisin de sa mère pour consommer. Sa mère ne semble pas être intervenue pour la protéger⁵⁸⁹.

Suivant le constat de la consommation de substance, le tribunal, habituellement à la demande de l'équipe traitante, considère qu'« une abstinence totale doit être au rendez-vous. Des tests de dépistage de drogues doivent être faits **régulièrement** » [en gras dans le texte]⁵⁹⁰. La participation à des programmes en matière de consommation, à des cures de désintoxication ainsi que l'évolution de la consommation et l'implication dans son suivi sont différents éléments analysés.

Il est difficile de savoir exactement combien de jugements prévoient dans leur dispositif une ordonnance concernant la consommation étant donné que la majorité des jugements comportent des conclusions « carte blanche » incorporant tout suivi ou soin requis pour l'état de santé de l'adolescente. 11 jugements ont une conclusion concernant précisément le suivi en toxicomanie où le tribunal ordonne que l'adolescente bénéficie⁵⁹¹ ou continue un tel suivi et s'y investisse⁵⁹². L'adolescente doit être « enclin[e] à accepter l'aide offerte, notamment sur le plan de sa consommation »⁵⁹³ et « faire les efforts nécessaires pour continuer à travailler son problème de toxicomanie et recevoir tous les services d'aide en

⁵⁸⁹ *JL*, supra note 475 aux para 7-9, 20.

⁵⁹⁰ *Protection de la jeunesse — 10453*, supra note 495 aux para 27-28. Voir aussi : *JL*, supra note 475 au para 23.

⁵⁹¹ *Protection de la jeunesse - 06802*, supra note 573 au para 23; *Protection de la jeunesse — 10453*, supra note 495 au para 38; *Protection de la jeunesse — 114111*, supra note 474 au para 41; *Protection de la jeunesse — 126998*, supra note 507 au para 57; *Protection de la jeunesse — 157493*, supra note 581 au para 28; *Protection de la jeunesse — 15883*, supra note 507 au para 39; *Protection de la jeunesse — 191741*, supra note 518 au para 37; *Protection de la jeunesse — 194555*, supra note 474 au para 28.

⁵⁹² *Protection de la jeunesse — 149082*, supra note 493 au para 23; *Protection de la jeunesse — 19840*, supra note 579 au para 18a; *Protection de la jeunesse — 219715*, supra note 564 au para 26.

⁵⁹³ *Protection de la jeunesse — 219715*, supra note 564 au para 17.

lien avec son état de santé »⁵⁹⁴. Ces discours entourant la consommation de l'adolescente et prêchant l'abstinence complète évoquent une idée claire que l'adolescente « normale » doit être abstiner.

Parallèlement à la consommation de substances, la sexualité est elle aussi vue comme problématique. Le tribunal et ses différentes actrices utilisent différentes expressions pour qualifier les comportements sexuels des adolescentes tels que : « inappropriés »⁵⁹⁵, « choquants »⁵⁹⁶ ou « inquiétants »⁵⁹⁷. On reproche aussi à l'adolescente d'être hypersexualisée, d'avoir « une vie sexuelle active » ou d'adopter des comportements sexualisés⁵⁹⁸. Abordée dans 16 jugements, tous concernant des filles, la sexualité est vue comme une prise de risque de l'adolescente vulnérable. La question de la sexualité est toujours discutée selon le fait que l'adolescente a des relations sexuelles non protégées ou le fait qu'elle désire être enceinte. Dans six décisions, il est précisé que l'adolescente a des relations sexuelles non protégées. Il est question d'un risque d'abus sexuel dans quatre décisions, dont une indiquant explicitement que l'adolescente est impliquée dans des « activités de prostitution »⁵⁹⁹.

L'activité sexuelle des adolescentes est considérée comme anormale et les grossesses ou les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) viennent en quelque sorte

⁵⁹⁴ *Protection de la jeunesse* — 185533, *supra* note 574 au para 12.

⁵⁹⁵ *Rouyn-Noranda*, *supra* note 490 au para 33.

⁵⁹⁶ *Protection de la jeunesse* — 122814, 2012 QCCQ 11291 au para 5.

⁵⁹⁷ *Protection de la jeunesse* — 184354, *supra* note 490 au para 27.

⁵⁹⁸ *Protection de la jeunesse* — 132525, *supra* note 522 au para 25; *Protection de la jeunesse* — 191192, *supra* note 495 au para 7; *Protection de la jeunesse* — 171575, 2017 QCCQ 3849 au para 16.

⁵⁹⁹ *Protection de la jeunesse* — 171612, 2017 QCCQ 3356 au para 24.

rendre visibles cette activité sexuelle jugée « précoce »⁶⁰⁰. Par exemple, le fait pour l'adolescente de cesser de prendre une contraception alors qu'elle a des relations sexuelles avec son copain est clairement jugé comme un manque de maturité⁶⁰¹. En effet, plutôt que de concevoir la sexualité comme un comportement normal chez les adolescentes, celle-ci est envisagée « à l'aune du risque sexuel (celui des infections sexuellement transmissibles et de la grossesse non prévue) »⁶⁰² :

Elle aurait un intérêt pour la sexualité et a une vie sexuelle active. Elle demande régulièrement des sorties avec des copains. Elle ne remet aucunement en question ses comportements. D'ailleurs, deux fugues sont survenues récemment. À son retour, elle ne s'ouvre qu'à demi aux intervenants sur ce qu'elle fait lors des fugues.

En raison de sa sexualité active, des méthodes contraceptives lui sont proposées, mais elle les conteste, voulant décider. La DPJ demande au Tribunal de recommander à l'enfant d'utiliser un moyen de contraception. Il est dans l'intérêt de la jeune fille d'avoir recours à des moyens contraceptifs pour éviter une maladie transmise sexuellement ou une grossesse non désirée⁶⁰³.

Dans la littérature sur le traitement de la sexualité des adolescentes, il est décrit que l'adolescente est perçue comme devant protéger sa virginité et sa fécondité, contrairement aux garçons pour lesquels on normalise davantage l'implication dans une activité sexuelle en raison de leurs désirs masculins jugés naturels⁶⁰⁴. La DPJ ou les pédopsychiatres traitantes craignent la possibilité d'une grossesse qui « est tout à fait incompatible avec [une] condition médicale » psychiatrique. La grossesse est vue comme un obstacle au rétablissement (*recovery*) de l'adolescente avec un enjeu de santé mentale que ce soit en raison de la nécessité de modifier une médication psychiatrique tératogène pendant la grossesse ou vu que l'adolescente étant déjà « incapable de voir à son propre entretien sans

⁶⁰⁰ Ellis-Sloan, *supra* note 424 au para 2.2.

⁶⁰¹ JL, *supra* note 475 au para 18.

⁶⁰² Vuattoux, *supra* note 23 à la p 45.

⁶⁰³ *Protection de la jeunesse — 23406*, *supra* note 484 aux para 13-14.

⁶⁰⁴ Ellis-Sloan, *supra* note 424 au para 2.2.

encadrement sérieux » serait nécessairement incapable de « voir à l’entretien et l’éducation d’un jeune enfant »⁶⁰⁵. Cette crainte est exacerbée par le fait que la grossesse chez l’adolescente est conçue dans l’imaginaire collectif comme un symbole de la déviance et la perception que ce sont les « mauvaises filles » qui ont des bébés alors qu’elles sont mineures⁶⁰⁶. Dans deux de ces situations, le tribunal n’hésite donc pas à ordonner l’administration d’un contraceptif :

AUTORISE le Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda ainsi que tout établissement et/ou ressource d’hébergement à l’intérieur desquels la défenderesse pourrait ultérieurement être transférée, à administrer à cette dernière, contre son gré, une médication contraceptive injectable, tel le Dépo-Provera ;⁶⁰⁷

Cela permet en quelque sort de prévenir le « mauvais choix » que pourraient faire ces adolescentes, à défaut de pouvoir forcer l’abstinence⁶⁰⁸. L’intervention judiciaire est alors conçue comme « le régulateur des supposés débordements sexuels des adolescentes »⁶⁰⁹. L’institution sociojudiciaire est positionnée comme protectrice de l’adolescente exposée « à certains risques, notamment au plan sexuel »⁶¹⁰. Le philosophe Michel Foucault écrivait dans son ouvrage *Histoire de la sexualité*, que « le sexe, ça ne se juge pas seulement, ça s’administre »⁶¹¹. Il fait aussi état dans son ouvrage comment la sexualité interrogée est notamment celle des enfants et des fous⁶¹². On administre, on psychiatrise, on judiciaire la sexualité donc, selon cette approche. L’étude de la sexualité doit ainsi être faite avec

⁶⁰⁵ Rouyn-Noranda supra note 490 aux para 33-35.

⁶⁰⁶ Ellis-Sloan, supra note 424 au para 2.3.

⁶⁰⁷ Rouyn-Noranda, supra note 490 au para 56.

⁶⁰⁸ Ellis-Sloan, supra note 424 au para 2.4.

⁶⁰⁹ Ibid à la p 300.

⁶¹⁰ Protection de la jeunesse — 149082, supra note 493 au para 9.

⁶¹¹ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité*, v.1, Bibliothèque des histoires, Paris, Gallimard, 1976 aux pp 34-35.

⁶¹² Ibid à la p 53.

celle des institutions avec lesquelles le sexe entretient des rapports de pouvoir, tels que les institutions médicales (guérir ou prévenir) et judiciaires (punir ou protéger)⁶¹³.

3) *Observance thérapeutique*

Au cœur de la définition de l'adolescente normale qui ressort de l'analyse des résultats est l'exigence de la *compliance* (l'observance thérapeutique), c'est-à-dire le respect de la prise de médication prescrite et l'assiduité aux suivis recommandés par l'équipe traitante. C'est la catégorie de la triade de la normalité qui est la plus récurrente dans l'échantillon. Cela n'est toutefois pas surprenant étant donné que le refus de soins, et donc une forme ou une autre de non-observance thérapeutique, est un critère de sélection de l'échantillon. Le refus de soins de l'adolescente constitue conséquemment l'opposé du comportement attendu, bien que le droit de refuser un soin est clairement prévu au C.c.Q. pour la personne mineure de 14 ans et plus⁶¹⁴. La littérature sur la question de l'observance thérapeutique (*compliance*) aux traitements de santé mentale chez les adolescentes conclut qu'elle est généralement faible en raison de leur désir d'autonomie et d'indépendance⁶¹⁵. Pourtant, pour le tribunal, ce désir est plutôt associé à un manque de maturité de l'adolescente ou d'une absence de reconnaissance de sa maladie⁶¹⁶.

La prise de la médication est discutée dans 37 % des jugements, mais il ne serait pas surprenant que plus d'adolescentes de l'échantillon prennent de la médication⁶¹⁷. La

⁶¹³ Nicolas Sallée, Gabriel Girard et Isabelle Perreault, *Sexualité, savoirs et pouvoirs*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2019, à la p 9.

⁶¹⁴ Arts. 14 et 16 C.c.Q.

⁶¹⁵ Burns, Cortell et Wagner, *supra* note 338 à la p 948; Nevins, *supra* note 499 à la p 475.

⁶¹⁶ Rouyn-Noranda, *supra* note 490 au para 17.

⁶¹⁷ Dans le cadre de deux ethnographies en milieu pédopsychiatrique, LeFrançois a constaté que tous les adolescents objets de l'étude s'étaient fait prescrire un traitement médicamenteux. (LeFrançois, « Mental Torture », *supra* note 39 à la p 219).

médication est principalement abordée à la suite d'un refus ou à une prise inadéquate par l'adolescente. Le tribunal est alors saisi pour autoriser l'administration de la médication contre le gré de l'adolescente. Les pédopsychiatres traitantes ou expertes sont souvent appelées à témoigner pour justifier le bien-fondé de la médication et son administration. Le tableau suivant fait état des différentes façons dont la prise de la médication est discutée, par les professionnelles, les parents ou l'adolescente :

Tableau 17 - Traitement de la question de la médication dans le corps de la décision

	Nombre de jugements	
	Cour supérieure	Ch.j.
Effets secondaires des médicaments	2	2
Posologie et administration du traitement médicamenteux	4	9
Médication et consommation	2	3
Interruption du traitement par l'adolescente ou refus complet de la prise de médication	5	9
Nécessité de commencer une médication ou une nouvelle médication	3	7
Bien-fondé de la médication	9	5

En plus des jugements qui donnent « carte blanche » et qui ne sont pas discutés ici (puisque'il n'était pas question précisément d'une médication dans le jugement), la médication n'est souvent pas précisée, allant ainsi à l'encontre des prescriptions de l'arrêt *FD* qui exige l'analyse du plan de soins selon les critères de l'article 12 C.c.Q.⁶¹⁸. Lorsqu'elle l'est, il s'agit d'autorisation d'administrer des antipsychotiques dans le cadre d'une autorisation de soins à la Cour supérieure. Le tableau suivant détaille les différents traitements médicamenteux discutés dans les jugements étudiés :

⁶¹⁸ *FD*, *supra* note 3 au para 54; *Protection de la jeunesse — 211449*, *supra* note 181 au para 111.

Tableau 18 - Médicaments discutés*

Médicaments discutés	Nombre de jugements		Participant
	Cour supérieure	Ch.j.	
Antipsychotiques (ex : Clozapine, aripiprazole [Abilify Maintena], rispéridone [Risperdal Consta et Risperdal], olanzapine [Zyprexa], palipéridone (« Invega », « Invega Sustenna » ou « Invega Trinza »), quétiapine (« Séroquel »)	8	2	1 (Haldol)
Stabilisateur d'humeur (ex. : acide valproïque [Epival], Lithium, Lamictal)	4	0	0
Antidépresseur (ex : fluoxétine [Prozac])	1	3	3
Médication sédatrice	1	0	2
Médicament pour l'anxiété/anxiolytique	1	3	1 (Ativan)
Médicaments visant à atténuer les effets secondaires d'autres médicaments [ex. : antiparkinsonniens, benzodiazépines]	4	0	0
Médication contraceptive [ex. : Dépo-Provera]	2	0	0
Médication pour dormir/somnifère	2	0	1
Médication pour TDAH	0	6	0
Médicament non précisé [ex. : traitement approprié à la condition, médicaments psychiatriques, médication recommandée par les médecins, médication en lien avec ses diagnostics en santé mentale incluant la schizophrénie]	4	11	0

* Plus d'un médicament peut être discuté par jugement ou par participante.

Cas particulier, dans un jugement de la Cour supérieure, le juge refuse de rendre l'autorisation demandée par l'établissement de santé concernant la médication et l'électroconvulsivothérapie vu l'absence d'une évaluation psychiatrique et d'un diagnostic

précis et probant⁶¹⁹. Dans deux situations exceptionnelles, mais méritant tout de même d’être soulevée vu leurs particularités, le traitement pharmacologique à imposer ne fait pas consensus au sein des médecins, mais il est tout de même ordonné par le tribunal :

Le CISSS des Laurentides demande que le Tribunal autorise la psychiatre [Dre Provost] à lui administrer plusieurs soins contre son gré, dont l’administration d’antipsychotiques et autres médicaments psychiatriques. Une approche thérapeutique inhabituelle dans le présent tableau clinique puisqu’elle ne présente pas de signes de psychose. Cette approche n’est pas entièrement partagée par deux autres psychiatres, Drs Zarrelli et Colette, du moins pour le moment⁶²⁰.

La médication et son observance stricte sont souvent considérées comme la seule finalité possible comme traitement d’un problème de santé mentale chez l’adolescente. Cela s’inscrit dans le contexte plus large de la médicalisation des problèmes sociaux des adolescentes, principale revendication des centaines de participantes du *Forum Jeunes et santé mentale : Pour un regard différent* tenu en 2016⁶²¹. La médicalisation réfère au processus par lequel des problèmes non médicaux sont définis et traités comme des problèmes médicaux⁶²². Les comportements déviants sont alors transformés en enjeu de santé mentale et traités comme tels, détournant alors l’attention du contexte social dans lequel s’inscrit ce comportement⁶²³. Le refus de prendre la médication recommandée amène l’équipe traitante à demander des autorisations de soins, à faire des signalements à la protection de la jeunesse, voire à mettre fin au suivi en pédopsychiatrie⁶²⁴. Le suivi médical est vu comme indissociable d’un traitement médicamenteux, considéré comme un

⁶¹⁹ *Rivière-des-Prairies*, supra note 515 aux para 43-45.

⁶²⁰ *Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides c X*, supra note 197 au para 35. Voir aussi : *Protection de la jeunesse — 213839*, supra note 473 aux para 24-25.

⁶²¹ Mouvement jeunes et santé mentale, *La médicalisation des problèmes sociaux des jeunes en santé mentale: un enjeu de société!* mémoire présenté dans le cadre de la consultation du Forum de la Relève étudiante pour la Santé au Québec, 2017 à la p 2.

⁶²² Aneshensel, Phelan et Bierman, supra note 548 à la p 9.

⁶²³ *Ibid.*

⁶²⁴ *Protection de la jeunesse — 149082*, supra note 493 au para 13.

essentiel et justifiant des échecs multiples de prescription au nom de la « recherche de la recette pharmacologique idéale »⁶²⁵. Aucune alternative thérapeutique autre que l'observance stricte et complète du plan de traitement proposé n'est jugée comme pouvant produire les mêmes effets bénéfiques escomptés de la médication⁶²⁶. En fait, le souhait d'explorer d'autres avenues thérapeutiques n'est pas vraiment considéré : « la médication, et plus particulièrement son observance stricte, constitue depuis plusieurs décennies “la voie royale vers la guérison” »⁶²⁷. La culture médico-centrée en psychiatrie se focalise sur la prescription de médicaments et l'usage de contentions et de salle d'isolement, amenant une forme de contrôle oppressif des personnes psychiatisées. Ces pratiques sont décrites par certains auteurs comme de la violence clinique légalisée⁶²⁸.

Une association est faite entre le fonctionnement normal de l'adolescente et l'exigence de prendre sa médication tel que recommandé. Le fait que l'adolescente refuse une médication en raison de ses effets secondaires n'est pas jugé comme valable, mais est perçu comme un caprice et justifie plutôt qu'une « médication intramusculaire [soit] débutée en raison d'une mauvaise observance »⁶²⁹. L'adolescente refusant sa médication est donc automatiquement anormale, car aucune justification ne semble possible pour que l'équipe traitante prenne en considération son refus. La non-observance thérapeutique est alors considérée comme un

⁶²⁵ *Protection de la jeunesse — 213839*, *supra* note 473 aux para 24-27.

⁶²⁶ *Sherbrooke A*, *supra* note 490 au para 13; *Sherbrooke B* *supra* note 490 au para 12.

⁶²⁷ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 34.

⁶²⁸ LeFrançois et Coppock, *supra* note 321 à la p 165; Polvere, *supra* note 339 à la p 183; Bernheim, « Profilage », *supra* note 268 à la p 50.

⁶²⁹ *Sherbrooke A*, *supra* note 490 au para 5; *Protection de la jeunesse — 211449*, *supra* note 181 aux para 18-19; *Protection de la jeunesse — 213586*, *supra* note 474 aux pp 13 et 27.

problème de comportement inhérent à l'adolescente et la forcer à prendre sa médication devient alors un problème à résoudre⁶³⁰.

Il est reconnu que l'assurance-maladie publique québécoise est lacunaire pour les avenues thérapeutiques autres que la médication, notamment le suivi psychologique, ce qui tend à favoriser systématiquement le recours à la médication pour régler un enjeu de santé mentale⁶³¹. Dans notre échantillon, le suivi psychologique est fréquemment ordonné ou recommandé [toutes les participantes aux entretiens ont d'ailleurs eu un tel suivi]. 48 % des jugements collectés réfèrent à un suivi thérapeutique, que ce soit avec une psychologue, une pédopsychiatre, une travailleuse sociale ou des rencontres de groupes d'aide. L'attente avant de pouvoir avoir accès à un tel suivi, le changement de thérapeute ou l'absence de lien de confiance entre l'adolescente et son thérapeute sont souvent évoqués :

A... déclare que le lien de confiance ne s'est pas établi entre elle et le psychologue. Elle demande de changer de thérapeute. Elle déclare aussi être plus ou moins satisfaite des services octroyés par son pédopsychiatre. Elle invoque donc son droit de refuser de recevoir de services de santé dans de telles conditions.

La Direction de la protection de la jeunesse soumet qu'elle ne peut offrir les services d'un autre psychologue compte tenu du manque de ressources dans cette région et de la problématique particulière de l'adolescente⁶³².

Les raisons derrière la non-observance thérapeutique ne sont généralement pas explorées par le tribunal. Pourtant, comme le nomment plusieurs participantes et tel qu'établi dans la littérature, le fait de ne pas avoir été informé adéquatement sur les traitements, de ne pas avoir été impliqué dans la prise de décisions ou l'absence d'objectif clair et réaliste au

⁶³⁰ Polvere, *supra* note 339 à la p 182.

⁶³¹ Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 34.

⁶³² *Dans la situation de G(A)*, 2003 CanLII 32946 aux para 11-12 (CQ).

traitement peuvent être des raisons qui mènent l'adolescente à s'impliquer moins dans son rétablissement⁶³³.

Inversement, comme Alice, Mathilde et Butterfly l'ont expliqué dans le cadre de leurs entretiens, les adolescentes peuvent être amenés à observer adéquatement leur traitement [*compliant*] pour éviter des contentions, une prise forcée de la médication ou pour obtenir un congé plus expéditif. C'est aussi le constat qui ressort d'une ethnographie menée auprès de 14 personnes âgées de 14 à 28 ans qui ont vécu une expérience d'institutionnalisation dans des lieux comme des centres de réadaptation et des hôpitaux psychiatriques⁶³⁴. Selon cette forme de consentement collaboratif, qualifiée de conformité agentique [*agentic compliance*], l'adolescente accepte d'activement se conformer aux règles institutionnelles bien qu'elles soient contraires à ses valeurs ou sa façon de penser pour être considérée par les actrices institutionnelles comme *compliant* : « Youth also enacted the strategy of agentic compliance as a result of fear and a desire to exit the institutional setting⁶³⁵ ». La décision de se conformer et d'observer son traitement, qui peut mener directement ou indirectement à la décision de ne pas refuser un soin, est le moyen pour l'adolescente de « se normaliser ».

3.3.3 Une adolescente normale ne refuse pas un soin.

Le C.c.Q. prévoit qu'une personne mineure de 14 ans et plus peut consentir seule aux soins requis par son état de santé et que l'autorisation du tribunal est nécessaire pour

⁶³³ Turcotte et Fenchel, *supra* note 534 à la p 9; Serobatse, Du et Koen, *supra* note 249 aux pp 6-7; Polvere, *supra* note 339 aux pp 189-190.

⁶³⁴ Polvere, *supra* note 339 à la p 188; Turcotte et Fenchel, *supra* note 534 à la p 9.

⁶³⁵ Polvere, *supra* note 339 aux pp 188 et 190.

soumettre cette personne mineure à des soins qu'il refuse (sauf exception lorsque la vie ou l'intégrité de la personne mineure est menacée ou en cas d'urgence)⁶³⁶. Aucune distinction n'est faite par le législateur entre les soins requis par l'état physique ou mental. La personne mineure de 14 ans et plus a donc le droit de refuser des soins psychiatriques, mais exercer un tel refus, comme le montre mon étude, est considéré comme un problème. L'absence d'analyse juridique du refus de soins dans la très grande majorité des décisions (73 % des jugements) démontre le faible traitement par le tribunal des règles de droit s'appliquant en situation de refus de soins par une personne mineure de 14 ans et plus. La question n'est donc pas de savoir comment on parle juridiquement du refus de soins vu que le raisonnement de la juge avant de rendre ses conclusions omet majoritairement de traiter du droit applicable.

Le refus de soins est interprété systématiquement dans notre échantillon comme allant à l'encontre du meilleur intérêt de l'enfant. Cette interprétation du refus par l'institution judiciaire s'insère dans la logique où l'on considère que l'observance au traitement est le comportement normal de l'adolescente. Ainsi, le refus de soins est discuté de façon à mettre en exergue qu'il s'agit d'un problème : « troubles de comportement relatifs à des refus de soins pour sa santé mentale »⁶³⁷ ou « problème de refus de soins pour sa santé mentale »⁶³⁸. Cette association entre le refus de soins et la normalité entraîne des conséquences directes sur la possibilité d'exprimer un tel refus. Les moyens mobilisés pour rectifier « la

⁶³⁶ Arts 14 et 16 C.c.Q..

⁶³⁷ *Protection de la jeunesse* — 095233, *supra* note 507 au para 9.

⁶³⁸ *Protection de la jeunesse* — 126998, *supra* note 507 au para 1; *Protection de la jeunesse* — 15883, *supra* note 507 au para 5; *Protection de la jeunesse* — 182978, *supra* note 507 au para 2; *Protection de la jeunesse* — 191741, *supra* note 518 au para 29; *Protection de la jeunesse* — 173448, 2017 QCCQ 8552 au para 3; *Protection de la jeunesse* — 114111, *supra* note 474 au para 9.

problématique de refus de soin » sont multiples. Cette dernière sous-section vise ainsi à analyser comment l'a-normalisation du refus de soins est réalisée en pratique via notamment deux mécanismes que j'ai pu documentés dans ce projet de recherche : le signalement à la protection de la jeunesse et le consentement forcé.

En premier lieu, cette recherche permet de constater que les professionnelles de la santé qui font face à un refus de soins de l'adolescente se tournent régulièrement vers le signalement à la DPJ plutôt que de mobiliser la Cour supérieure pour obtenir une autorisation de soins. Malgré la compétence concurrente de la Cour supérieure et de la Ch.j. en la matière, il a été reconnu que la Cour supérieure reste le tribunal principal pour trancher les litiges portant sur le refus de soins d'une personne mineure de 14 ans et plus, sauf dans les cas où la LPJ trouve application⁶³⁹. Bien que la Cour supérieure soit la voie à privilégier pour pouvoir forcer les soins, le fardeau est beaucoup moins lourd pour les professionnelles de passer par la protection de la jeunesse, car il n'y a pas de nécessité de prouver l'inaptitude de l'adolescente ni bien souvent de justifier le plan de soins, d'autant plus que c'est à la DPJ que revient le fardeau de prouver le motif de compromission et que les mesures sont dans le meilleur intérêt de l'enfant. Il importe de rappeler que l'évaluation du meilleur intérêt de l'enfant est l'objet d'un important débat, notamment parce qu'il renvoie « au développement "normal" de l'enfant » et porte une charge morale « susceptible d'entraîner le tribunal au-delà des questions strictement juridiques »⁶⁴⁰. Le dispositif thérapeutique du jugement est le même que pour une autorisation de soins.

⁶³⁹ *Kredl c Attorney General of Quebec*, *supra* note 182.

⁶⁴⁰ Emmanuelle Bernheim, « Sur la réforme des mères déviantes : les représentations de la maternité dans la jurisprudence de la Chambre de la jeunesse, entre différenciation et responsabilité » (2017) 47 *Revue générale de droit* 45 aux pp 53-54.

Cependant, il est souvent plus favorable aux professionnelles de la santé, car dans 81 résultats, la Ch.j. autorise la demande, mais sans préciser la nature des soins autorisés. Le tribunal octroie conséquemment une ordonnance « carte blanche » permettant « au psychiatre et au personnel médical d'en déterminer les paramètres »⁶⁴¹ : « L'observation de la pratique des tribunaux démontre [...] qu'un diagnostic psychiatrique permet aisément de passer outre le refus de soins et participe de la nouvelle mission judiciaire, thérapeutique, qui serait celle de la gestion des "groupes à risque"⁶⁴² ».

Le fait que les établissements de santé se tournent vers la protection de la jeunesse lors d'un refus de soins suscite des questionnements au niveau juridique. En effet, si l'adolescente a le droit de refuser des soins, pourquoi lorsqu'elle exerce son droit, cela constitue-t-il un motif de compromission, plus précisément un TCS dans près du ¾ des jugements de la Ch.j. étudiés ? Pourtant, si la vie ou l'intégrité de l'adolescente est menacée, le consentement des parents suffit en vertu de l'article 16 alinéa 2 C.c.Q. (consentement substitué). À la lecture de l'article 38 f) LPJ, on peut constater que la définition législative du TCS vient en quelque sorte contrecarrer le droit de refuser un soin en prévoyant qu'un enfant de 14 ans et plus qui « de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui » et qui s'oppose à la mise en place des moyens nécessaires pour mettre fin à sa situation compromettant sa sécurité ou son développement⁶⁴³. Le fait de refuser un soin n'est alors

⁶⁴¹ Cela constitue toutefois une erreur de droit de la part du juge lorsque la grille d'analyse de l'article 12 C.c.Q. n'est pas appliquée et que l'ordonnance est imprécise (*Protection de la jeunesse* — 211449, *supra* note 181 au para 11.). *Protection de la jeunesse* — 207447, *supra* note 490 au para 51.

⁶⁴² Bernheim, « Refus », *supra* note 2 à la p 29.

⁶⁴³ Art.38 f) LPJ.

plus considéré comme l'exercice d'un droit, mais est plutôt assimilé à une conduite anormale de l'adolescente qui s'oppose et porte atteinte à son intégrité.

Dans le cadre d'une étude menée auprès de 13 centres jeunesse, des chercheurs ont analysé l'évolution des signalements concernant des enfants âgés de 0 à 17 ans recevant des services en vertu de la LPJ. De cette cohorte, ils ont distingué un groupe cible composé des jeunes qui ont refusé des soins pour leur santé mentale, ont un comportement suicidaire, ou ont des soins de santé mentale non assurés ou refusés par leurs parents ou leur milieu de vie⁶⁴⁴. L'étude a documenté que les jeunes du groupe cible « sont signalés plus fréquemment par des professionnels (77,3 %) que ceux du groupe général (67,4 %) »⁶⁴⁵. Ils ont constaté que la proportion des jeunes dont le refus de soins en santé mentale menace leur sécurité ou leur développement est de 45,4 % au moment de leur orientation vers un suivi social⁶⁴⁶. Cela va dans le sens des résultats de la présente recherche qui ont permis de constater que le signalement d'un refus de soins est utilisé de façon à faire le pont entre le milieu hospitalier et les centres de réadaptation. Un tel signalement survient notamment quand l'hôpital n'est plus en mesure d'accompagner adéquatement l'adolescente, comme en témoigne l'histoire d'Alice expliquée précédemment (un signalement avait été fait pour qu'Alice soit placée en centre de réadaptation vu l'échec de l'hospitalisation). Les centres de réadaptation sont alors utilisés comme un moyen de faire comprendre drastiquement à l'adolescente qu'elle doit collaborer et s'investir dans son processus de rétablissement :

Dans le cadre d'une demande en protection où la DPJ recommande de confier l'adolescente à un centre de réadaptation en raison de son anorexie : « C'est dans ce contexte que l'aide du centre jeunesse est maintenant requise. X a

⁶⁴⁴ Nadeau et al, *supra* note 361 à la p 4.

⁶⁴⁵ *Ibid* à la p 5.

⁶⁴⁶ *Ibid* à la p 9.

besoin, semble-t-il, d'un événement radical, comme un placement, pour comprendre la nécessité immédiate de s'investir dans son processus de guérison »⁶⁴⁷.

[Soulignement du tribunal]

Cela m'amène à un deuxième moyen mobilisé pour contourner le refus de soins de l'adolescente, soit l'alliance du soin et de la contrainte par les professionnelles de la santé et les intervenantes des services sociaux, menant à un consentement forcé de l'adolescente, comme détaillé dans la section 3.2. La contrainte se trouve principalement sous la forme d'un hébergement forcé (hospitalisation ou centre de réadaptation) et le recours aux contentions. Une ou plusieurs de ces formes de contraintes se trouve dans 20 % des jugements de notre échantillon et est nommé par deux des participantes. Une ethnographie d'une durée de quatre mois dans une unité pédopsychiatrique a aussi constaté que si une adolescente refuse de participer à ses soins et aux activités proposées par l'équipe traitante, cela entraîne des conséquences allant d'une suspension à une rencontre d'urgence avec le personnel traitant pour lui expliquer qu'en refusant, elle agit à l'encontre de son traitement⁶⁴⁸. Ce consentement forcé est décrit comme étant "like mental torture", "terrible", "horrible"⁶⁴⁹. La sécurité de l'adolescente, son meilleur intérêt et son manque de maturité sont les justifications données par les professionnelles de la santé pour ne pas la faire participer dans les décisions concernant ses soins⁶⁵⁰. Ainsi, le consentement forcé devient un obstacle au refus de soins, car l'adolescente consent aux soins de façon à éviter les conséquences⁶⁵¹.

⁶⁴⁷ *Protection de la jeunesse — 095233, supra* note 507 au para 17.

⁶⁴⁸ C'est la même conclusion à laquelle arrive LeFrançois dans le cadre de son ethnographie. (LeFrançois, « Mental Torture », *supra* note 39 à la p 215).

⁶⁴⁹ *Ibid.*

⁶⁵⁰ *Ibid* à la p 218.

⁶⁵¹ *Ibid* aux pp 219-220.

Les adolescentes sont peu informées de leurs droits en matière de consentement aux soins, tel qu'en témoignent les expériences vécues par les cinq participantes. Cette atteinte au droit à l'information est aussi le constat et la principale revendication du *Mouvement jeunes et santé mentale*⁶⁵². Le droit de refuser un soin requis inclut le droit de préférer une avenue thérapeutique à une autre ou de se mettre en porte-à-faux avec les recommandations de l'équipe traitante, à l'exception pour les personnes mineures que cela ne doit pas mettre leur vie en danger ou menacer leur intégrité⁶⁵³. S'inscrivant dans le champ plus large du droit de consentir au soin, son exercice implique que l'adolescente prenne la décision en toute connaissance de cause et sans pression induite. Cependant, les résultats de cette recherche tendent davantage à démontrer que l'expression de préférence ou d'un désaccord mène à une judiciarisation des adolescentes et à une ordonnance outrepassant la volonté de cette dernière. Même en l'absence d'une telle judiciarisation, des pratiques internes forcent le consentement de l'adolescente. En fait, il ne semble tout simplement pas possible de refuser un soin psychiatrique pour une personne mineure de 14 ans et plus, peu importe ce que prévoit le droit. L'adolescente qui refuse un soin vient nécessairement dévier de la trajectoire comportementale normale. En d'autres mots, une adolescente normale ne refuse pas un soin.

⁶⁵² Mouvement jeunes et santé mentale, « Déclaration commune », en ligne: <<https://mouvementjeunessm.com/>>.

⁶⁵³ Art.16 al.2 C.c.Q.

*Le système de protection de la jeunesse est
une institution comme les autres : quand il
fonde sa réponse sur un mauvais diagnostic
de la réalité, il peut créer de la souffrance au
lieu de la soulager.*
L. Ricard⁶⁵⁴

CONCLUSION

La conclusion de cette thèse est l'occasion de faire ressortir les éléments les plus importants à retenir de ma recherche. À la suite de ces grands constats, je discuterai de ce que les résultats amènent comme perspective sur l'usage du droit et son effectivité pour la population étudiée. Cette étape de la discussion me permettra de prendre position dans le débat doctrinal sur le droit de refuser des soins requis pour la personne mineure de 14 ans et plus. Je terminerai en abordant des pistes de solution et de recherche envisageables pour favoriser l'accès au droit de refuser des soins pour ce groupe d'âge.

Cette recherche a démontré l'usage de la Ch.j. comme véhicule principal de judiciarisation du refus de soins psychiatriques des personnes mineures de 14 ans et plus, plus particulièrement pour les filles. Il importe de rappeler que l'article 16 C.c.Q. prévoit plutôt que c'est la Cour supérieure qui a compétence pour octroyer une autorisation de soins en cas de refus de soins par la personne mineure de 14 ans et plus. Ce chevauchement de compétence n'est pas anodin et le fait qu'un tribunal d'exception soit majoritairement, et de loin, saisi en cas de tels refus soulève d'importantes interrogations.

⁶⁵⁴ Laurence Ricard, « Protéger les milliers de fillettes de Granby », *Le Devoir [de Montréal]* (20 décembre 2022), en ligne : <<https://www.ledevoir.com/opinion/idees/775243/protection-de-la-jeunesse-protoger-les-milliers-de-fillettes-de-granby>>.

Tout d'abord, le chevauchement de compétences amène des pratiques différentes selon le tribunal saisi. Le refus de soins judiciairisé à la Cour supérieure ne sera donc pas l'objet de la même évaluation juridique que celui devant la Ch.j. Une de ces différences notables est le fait que contrairement aux autorisations de soins régies par le droit commun, lorsque nous sommes en contexte d'application de la LPJ, il n'est pas nécessaire de conclure à l'inaptitude de la personne mineure de 14 ans et plus pour que la Ch.j. ait compétence. Le critère attributif de compétence de la Ch.j. découle plutôt de la conclusion que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis en raison d'un motif de compromission prévu à l'article 38 LPJ⁶⁵⁵. Ainsi, selon ce raisonnement, l'adolescente que l'on jugerait apte à refuser des soins ne pourrait pas être l'objet d'une autorisation de soins et son refus devrait être respecté, mais elle pourrait être l'objet d'une ordonnance de soins outrepassant son refus si, par exemple, son refus de soins est assimilé à un TCS (comme c'est parfois le cas dans les jugements étudiés). Le choix du tribunal pour judiciairisier le refus de soins de l'adolescente emporte donc de lourdes conséquences sur la possibilité que des soins soient ordonnés contre son gré, malgré son aptitude à consentir.

Il est difficile de savoir si le choix de signaler à la DPJ, de ne pas signaler et plutôt saisir la Cour supérieure ou de mobiliser des mécanismes informels, tels que décrits à la figure 1, est le propre de pratiques hospitalières qui divergent selon les établissements de santé. Cette question se pose aussi à la lumière de la surreprésentation des filles dans les résultats, soulevant l'hypothèse d'une judiciairisation par le soin des comportements jugés anormaux des filles et d'une judiciairisation en vertu de la LSJPA pour les comportements anormaux

⁶⁵⁵ *Protection de la jeunesse — 207447, supra* note 490 aux para 18-19.

des garçons. Une analyse des pratiques des établissements de santé québécois serait tout indiquée afin de savoir s’il existe des directives institutionnelles à cet effet et si la tendance à judiciaireiser par le biais de la Ch.j. est un choix conscient du personnel médical, un manque de connaissance de leur part sur le droit applicable ou leur réponse à des directives de l’établissement de santé. Une telle analyse permettrait notamment de confirmer le mécanisme de pont entre les établissements de santé et la protection de la jeunesse, lorsque l’hôpital se retrouve dans une situation d’impasse thérapeutique et signale l’adolescente à la DPJ pour qu’elle soit prise en charge en centre de réadaptation, comme ce fut le cas pour Alice.

Au-delà d’un critère de compétence distinct, le contexte dans lequel les procédures se tiennent diffère aussi de façon importante. Lorsque la situation est présentée devant la Ch.j., cela implique que les parents sont aussi des parties à l’instance alors qu’ils sont exclus ou uniquement mis en cause dans le cas des autorisations de soins. Conséquemment, les parents sont impliqués directement dans la situation et leurs propres comportements sont l’objet d’une évaluation du tribunal. Le refus de soins de l’adolescente peut ainsi mener à une intrusion de la DPJ dans la vie des parents. À l’inverse de la Cour supérieure qui se questionne uniquement sur l’aptitude et le plan de soins pour rendre une autorisation de soins, l’intervention de la DPJ est historiquement associée à « la surveillance et le contrôle des familles »⁶⁵⁶. Il est d’ailleurs révélateur, bien qu’anecdotique, que le jugement d’autorisation de soins où la vie de l’adolescente est discutée le plus en détail concerne une

⁶⁵⁶ Emmanuelle Bernheim, « Droit des pauvres, pauvres droits : la Chambre de la jeunesse, au carrefour des inégalités et de la nouvelle gestion publique » (2023) 64:1 *Les Cahiers de droit* 11 à la p 14.

adolescente qui est aussi prise en charge par la DPJ⁶⁵⁷. De surcroît, il est difficile de comprendre pourquoi l'établissement de santé décide parfois d'aller en autorisation de soins alors que la DPJ est déjà impliquée et qu'une ordonnance de soins aurait pu être demandée à la Ch.j.

Par ailleurs, il a été constaté que la grande majorité des jugements de l'échantillon comportaient des conclusions sans précision sur les modalités de soins, s'apparentant ainsi à des jugements de type « carte blanche ». Aucune justification n'a été trouvée pour expliquer le nombre si élevé de jugements récents de l'échantillon ne respectant pas les prescriptions de la Cour d'appel dans l'arrêt *DM* concernant les précisions requises pour les conclusions. Le non-respect des prescriptions de la Cour d'appel dans l'arrêt *DM* pour ce qui des précisions requises pour les conclusions est quasi systématique au sein des jugements de l'échantillon. Il est vrai que les jugements de la Ch.j. et d'autorisations de soins sont souvent rendus sur le banc. Toutefois, face aux importantes implications qu'occasionnent une autorisation de soins ou une ordonnance de soins sur le droit à l'intégrité de la personne mineure, il est légitime de s'interroger sur la manière dont on peut raisonnablement s'attendre d'une adolescente qu'elle comprenne les raisons justifiant l'atteinte à ses droits en absence de toute analyse. Les entretiens ont d'ailleurs été révélateurs sur l'importance accordée par les participantes à se faire expliquer leurs droits et comprendre les objectifs des traitements imposés.

⁶⁵⁷ *JL*, *supra* note 475.

À cet effet, le spectre du consentement (figure 1) qui a été développé dans le cadre de ce travail illustre l'éventail de mécanismes informels qui interfère dans la possibilité d'exprimer un consentement ou un refus de soins libre et éclairé. Comprendre ce spectre permet de représenter plus adéquatement la réalité pratique du droit. Les entretiens mettent en lumière que le droit de refuser un soin psychiatrique n'est à peu près pas expliqué aux personnes mineures et qu'elles sont trop souvent mises à l'écart des prises de décision concernant leurs soins, les laissant dans l'incompréhension et l'incertitude et niant certains droits fondamentaux. Deux réalités principales quant à l'expression d'un refus de soins psychiatriques sont ainsi ressorties des résultats : les entretiens ont relevé des difficultés d'accès au droit de refuser un soin psychiatrique et la jurisprudence a démontré que lorsqu'un tel refus est exprimé, les soins sont presque systématiquement autorisés contre le gré de la personne mineure. Ces réalités, combinées au spectre du consentement, témoignent des importants rapports de pouvoir qui se déploient entre le système de santé, la protection de la jeunesse, l'institution judiciaire et la personne mineure de 14 ans et plus.

Finalement, il importe de retenir de cette thèse que l'institution judiciaire tient un discours empruntant aux mécanismes de normalisation, et ce, particulièrement à l'égard des filles. Le refus de soins n'est pas vu comme l'exercice d'un droit, mais plutôt comme un comportement à corriger ou un enjeu de santé à guérir. Le refus de soin est interprété systématiquement comme allant à l'encontre du meilleur intérêt de l'adolescente et surtout, est considéré comme un comportement anormal de l'adolescente. Ma recherche a permis de définir le comportement d'une adolescente jugée normale par l'institution judiciaire et ainsi d'identifier la triade de la normalité (figure 2). Ces trois catégories témoignent d'une

prise en charge du refus de soins qui va bien au-delà de l'analyse juridique prescrite par la loi et qui emprunte aux codes de la régulation des comportements, souvent associés à la psychiatrie. Les résultats obligent conséquemment à se détacher d'une vision purement positiviste du droit de refuser un soin pour tenir compte des obstacles, tels que la normalisation, qui interviennent dans l'expression d'un tel refus. C'est en raison de ces grands constats que j'en suis arrivée à la conclusion qu'il n'est pas possible en pratique pour une personne mineure de 14 ans et plus de refuser un soin psychiatrique.

Ces grands constats nous alertent sur plusieurs incohérences juridiques à l'égard du droit de refuser un soin psychiatrique pour les personnes mineures de 14 ans et plus. Que l'exercice d'un droit se conclut par un signalement à la protection de la jeunesse et soit décrit comme une « problématique de refus de soins » est questionnant sur l'effectivité qui lui est donnée. Le fait que toutes les participantes aux entretiens ne se sont pas fait expliquer le droit de refuser un soin et que des mécanismes informels comme le chantage ont entravé la possibilité de refuser un soin semble démontrer qu'aucun espace n'est donné dans l'institution de santé pour l'exercice réel de ce droit. Cela laisse entendre que le droit de refuser un soin est effectif seulement dans certains contextes précis, comme discuté dans les débats parlementaires, tels que pour la contraception ou l'avortement. Pourtant, le législateur prévoit le droit de refuser tout soin requis, sans exclusion. Le fait que la majorité des autorisations de soins concernant ce groupe d'âge traite de soins physiques laisse aussi penser que le droit est appliqué de façon discriminatoire entre des enjeux de santé physique et de santé mentale, à l'inverse de ce que la loi prévoit. Un refus de soins psychiatriques semble moins prédisposé à être l'objet d'une autorisation de soins qu'un refus de soins

physiques. Il importe de garder des balises en cas de refus de soins contraire à l'intérêt de l'enfant, mais ces balises ne doivent pas venir entraver l'exercice complet de ce droit ni empêcher cette norme juridique d'atteindre sa finalité prévue par le législateur. Ce constat témoigne des obstacles significatifs que rencontrent les personnes mineures dans l'exercice de leurs droits.

Le traitement judiciaire qui est fait des refus de soins psychiatriques laisse entrevoir qu'un refus libre et éclairé par une personne apte à consentir n'est pas réellement un élément important dans la décision d'autoriser un soin contre le gré de la personne si cette personne est mineure. Cela contrecarre l'objectif modérateur du tribunal qui, plutôt que d'évaluer le plan de soins et de s'assurer que les bénéfices surpassent les inconvénients, légitimise le pouvoir médical et l'atteinte à l'intégrité des droits de la personne sans son consentement, au seul nom du meilleur intérêt de l'enfant. Un meilleur intérêt qui semble trop souvent déterminé sans la participation dudit enfant. De plus, l'absence d'analyse juridique du refus de soins empêche de connaître comment le refus de soins est traité juridiquement. Dans ce contexte, il semble difficile de prétendre que les adolescentes peuvent réellement exprimer leurs volontés quant à leurs soins et que leurs volontés seront prises en considération par le tribunal.

Comme rapporté dans le cadre juridique, plusieurs auteurs considèrent qu'un double refus (refus de soins par l'enfant, supporté par les parents) nécessite un signalement à la DPJ. Je vois difficilement sur quelle base juridique une telle équation peut se formuler étant donné que l'article 16 C.c.Q. est très clair à l'effet que l'autorisation de soins est le mécanisme à

privilégier pour prodiguer des soins contre le gré de la personne et le régime de la LPJ reste d'application exceptionnelle. Je suis d'avis qu'une personne mineure de 14 ans et plus a le droit de consentir, et de façon proportionnelle, dans les limites légales, de refuser les soins requis par son état de santé, en vertu de l'article 14 C.c.Q. L'exercice d'un droit prévu par le C.c.Q. ne peut pas automatiquement être interprété comme un TCS et justifier un signalement à la DPJ, qu'il soit supporté par les parents ou non. L'exercice d'un droit ne peut pas être vu systématiquement comme un problème. Bref, il ne saurait y avoir d'exercice effectif d'un droit sans que les conditions nécessaires à sa mise en place soient respectées. Cela implique notamment que les adolescentes soient adéquatement informées de leurs droits, qu'un consentement de qualité soit obtenu avant de prodiguer ou non des soins, qu'une autorisation de soins soit demandée si les soins qui ont été refusés sont jugés nécessaires et que le tribunal analyse rigoureusement l'aptitude de l'adolescente et le plan de soins. Le recours à la Ch.j. doit rester limité aux situations où la sécurité ou le développement de l'enfant est réellement compromis. Ainsi, le refus de soins ne doit pas être interprété comme équivalent à « porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique »⁶⁵⁸. Si le recours se retrouve devant la Ch.j., les critères d'analyse présentés dans *Protection de la jeunesse — 211449* doivent dûment être appliqués⁶⁵⁹.

Dans tous les cas, une harmonisation des pratiques serait souhaitable afin d'assurer l'égalité des droits à toutes les personnes mineures de 14 ans et plus, peu importe l'établissement de santé dans lequel elles sont hospitalisées et leur genre. Il importe de faire un changement de paradigme au sein des institutions judiciaires, de santé et de protection de la jeunesse

⁶⁵⁸ Art 38 f) *LPJ*.

⁶⁵⁹ *Protection de la jeunesse — 211449*, *supra* note 181.

pour reconnaître à juste titre les personnes mineures comme détentrices de droits. La pleine effectivité des droits des adolescentes en matière de santé requiert non seulement leur implication dans les décisions qui les concernent, mais également une remise en question de la surmédicalisation des enjeux sociaux des jeunes, comme critiquée par différentes instances⁶⁶⁰. Il est urgent de reconnaître l'autonomie des adolescentes quant à leurs soins et favoriser leur participation à toutes les étapes du parcours de soins⁶⁶¹.

Un travail de terrain dans une unité de pédopsychiatrie, davantage d'entretiens avec la population étudiée ainsi que des observations durant des audiences concernant un refus de soins sont des pistes de recherche intéressantes pour compléter la présente recherche et étoffer la compréhension de l'exercice du droit de refuser un soin psychiatrique pour les personnes mineures de 14 ans et plus. L'objectif ultime serait d'être en mesure de suggérer concrètement des solutions pour préserver l'autonomie de ce groupe d'âge, en mettant de l'avant leur réel meilleur intérêt et obtenir des données plus représentatives des différents facteurs socioéconomiques impliqués. Une meilleure compréhension des mécanismes en place est la clé pour assurer une plus grande effectivité du droit de refuser des soins psychiatriques pour la personne mineure de 14 ans et plus. Les questions restent nombreuses : comment serait-il possible de créer des espaces de parole, mais surtout d'écoute pour ces jeunes dans le cadre de traitements psychiatriques ? Une approche orientée sur le rétablissement serait-elle la clé pour rééquilibrer les rapports de pouvoir qui

⁶⁶⁰ Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, A/HRC/35/21, 28 mars 2017 à la p 17; Mouvement jeunes et santé mentale, *supra* note 621.

⁶⁶¹ Polvere, *supra* note 339 à la p 191.

s'exercent dans un tel contexte et assurer une réelle prise de décision partagée ?⁶⁶²

Comment le système pourrait-il prendre davantage en charge les parents dans une perspective globale d'intervention plutôt qu'une intervention ciblée et concentrée sur l'adolescente ? Cette thèse de maîtrise est donc un bras tendu vers les autres juristes ainsi que les différentes professionnelles œuvrant auprès de ces adolescentes pour développer des façons de faire respectant leurs droits et plus éloignées d'une approche hospitalo-centriste et paternaliste. Bref, il importe de trouver l'équilibre nécessaire pour préserver l'autonomie des enfants et les impliquer dans les décisions concernant leurs soins au même titre que la loi leur permet, plutôt que de leur retirer leurs droits ou appliquer des mécanismes interférant dans l'exercice de leurs droits. La simple reconnaissance formelle de ce droit ne suffit pas, il faut s'assurer qu'il puisse réellement être exercé.

⁶⁶² Sur l'approche basée sur le rétablissement pour favoriser la prise de décision partagée avec les adolescentes, voir notamment : *Ibid.*

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION

Droit québécois

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

Code civil du Québec, RLRQ c C-1991.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, RLRQ c I-8, r 9.

Code de déontologie des médecins, RLRQ c M-9, r 17.

Code de procédure civile, RLRQ c C-2501.

Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse, LQ 1994, c 35.

Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives, LQ 1984, c 4.

Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives, LQ 2006, c 34.

Loi sur la commissaire au bien-être et aux droits de l'enfant, RLRQ c C-32101.

Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, RLRQ c G-1.021.

Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ c P-341.

Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux, RLRQ c R-22.1.

Règlement sur la révision de la situation d'un enfant, RLRQ c P-341, r 8.

Droit fédéral

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

Code criminel, LRC 1985, c C-46.

Loi sur le divorce, LRC 1985, c 3.

Droit international

Convention relative aux droits de l'enfant, 20 novembre 1989, 1557 R.T.N.U. 3 (entrée en vigueur le 2 septembre 1990).

JURISPRUDENCE

AC c Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille), [2009] 2 RCS 181.

AF c Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, 2021 QCCA 928.

Allan Memorial Institute v McIntosh, EYB 1999-15815 (La référence) (QCCS).

AN c Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2022 QCCA 1167.

CD (Dans la situation de) (1999), AZ-50111485 (SOQUIJ) (CQ).

Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda c X, 2012 QCCS 512.

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Établissement de Rouyn-Noranda) c JL, 2017 QCCS 2975.

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Établissement de Val-D'or) c AR, 2017 QCCS 2976.

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides c X, 2022 QCCS 4513.

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

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c PL, 2016 QCCS 1693.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c X, 2020 QCCS 3763.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c X, 2022 QCCS 4772.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c X, 2023 QCCS 1230.

Centre universitaire de santé McGill (CUSM--Hôpital général de Montréal) c X, 2017 QCCS 3946.

Dans la situation de G(A), 2003 CanLII 32946 (CQ).

Dans la situation de : M (F), [2000] RDF 800 (CQ).

Dans la situation de TP (2004), AZ-50265130 (SOQUIJ) (CQ).

FD c Centre universitaire de santé McGill, 2015 QCCA 1139.

Hôpital Rivière-des-Prairies du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM) c X, 2018 QCCS 4673.

Hopp c Lepp, [1980] 2 RCS 192.

Institut Philippe Pinel de Montréal c AG, [1994] RJQ 2523 (CS).

Institut Philippe-Pinel de Montréal c Blais, [1991] RJQ 1969 (CS).

JL-R, 2005 CanLII 15325 (CQ).

JR c Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2009 QCCA 480.

Kredl c Attorney General of Quebec, [1966] RCS 320.

Nancy B c Hotel-Dieu de Quebec, [1992] RJQ 361 (CS).

Nouveau-Brunswick (Ministre de la santé et des services communautaires) c C(GC), [1988] 1 RCS 1073.

P (D) c S (C), [1993] 4 RCS 141.

Parenteau c Drolet, [1994] RJQ 689 (CA).

Protection de la jeunesse - 086, 2008 QCCQ 1876.

Protection de la jeunesse — 444, [1990] JE 90-1012 (CQ).

Protection de la jeunesse -- 599, [1993] RJQ 611 (CQ).

Protection de la jeunesse - 0857, 2008 QCCQ 5743.

Protection de la jeunesse - 06802, 2006 QCCQ 17948.

Protection de la jeunesse — 10453, 2010 QCCQ 10582.

Protection de la jeunesse — 15883, 2015 QCCQ 9173.

Protection de la jeunesse — 19840, 2019 QCCQ 10595.

Protection de la jeunesse — 20920, 2020 QCCQ 13234.

Protection de la jeunesse — 20959, 2020 QCCQ 13162.

Protection de la jeunesse — 22192, 2022 QCCQ 3301.

Protection de la jeunesse — 22193, 2022 QCCQ 3302.

Protection de la jeunesse — 23406, 2023 QCCQ 1284.

Protection de la jeunesse - 064789, 2006 QCCQ 23261.

Protection de la jeunesse - 071889, 2007 QCCQ 8557.

Protection de la jeunesse - 072055, 2007 QCCQ 9209.

Protection de la jeunesse - 073274, 2007 QCCQ 14576.

Protection de la jeunesse — 073312, 2007 QCCQ 19917.

Protection de la jeunesse — 075306, 2007 QCCQ 16409.

Protection de la jeunesse — 078319, 2007 QCCQ 19225.

Protection de la jeunesse — 085587, 2008 QCCQ 16939.

Protection de la jeunesse — 085722, 2008 QCCQ 17352.

Protection de la jeunesse — 088315, 2008 QCCQ 21028.

Protection de la jeunesse — 088398, 2008 QCCQ 21417.

Protection de la jeunesse — 094299, 2009 QCCQ 16291.

Protection de la jeunesse — 094800, 2009 QCCQ 16904.

Protection de la jeunesse — 095233, 2009 QCCQ 18997.

Protection de la jeunesse — 101564, 2010 QCCQ 12909.

Protection de la jeunesse — 114111, 2011 QCCQ 10025.

Protection de la jeunesse — 114323, 2011 QCCQ 11943.

Protection de la jeunesse — 122814, 2012 QCCQ 11291.

Protection de la jeunesse — 122999, 2012 QCCQ 11991.

Protection de la jeunesse — 123979, 2012 QCCA 1483.

Protection de la jeunesse — 124717, 2012 QCCQ 12971.

Protection de la jeunesse — 126662, 2012 QCCQ 17209.

Protection de la jeunesse — 126998, 2012 QCCQ 17549.

Protection de la jeunesse — 132525, 2013 QCCQ 11074.

Protection de la jeunesse — 133650, 2013 QCCQ 11172.

Protection de la jeunesse — 143190, 2014 QCCQ 14957.

Protection de la jeunesse — 144113, 2014 QCCQ 16114.

Protection de la jeunesse — 149082, 2014 QCCQ 21043.

Protection de la jeunesse — 153635, 2015 QCCQ 12041.

Protection de la jeunesse — 156461, 2015 QCCQ 18545.

Protection de la jeunesse — 157493, 2015 QCCQ 20230.

Protection de la jeunesse — 157783, 2015 QCCQ 20547.

Protection de la jeunesse — 159302, 2015 QCCQ 16989.

Protection de la jeunesse — 168201, 2016 QCCQ 17360.

Protection de la jeunesse — 168528, 2016 QCCQ 17628.

Protection de la jeunesse — 171575, 2017 QCCQ 3849.

Protection de la jeunesse — 171612, 2017 QCCQ 3356.

Protection de la jeunesse — 171872, 2017 QCCQ 4489.

Protection de la jeunesse — 171892, 2017 QCCQ 4503.

Protection de la jeunesse — 173448, 2017 QCCQ 8552.

Protection de la jeunesse — 176620, 2017 QCCQ 16801.

Protection de la jeunesse — 179090, 2017 QCCQ 18723.

Protection de la jeunesse — 182978, 2018 QCCQ 12491.

Protection de la jeunesse — 183065, 2018 QCCQ 12740.

Protection de la jeunesse — 184354, 2018 QCCQ 14001.

Protection de la jeunesse — 185533, 2018 QCCQ 16199.

Protection de la jeunesse — 186344, 2018 QCCQ 15474.

Protection de la jeunesse — 188360, 2018 QCCQ 18507.

Protection de la jeunesse — 188401, 2018 QCCQ 17336.

Protection de la jeunesse — 189951, 2018 QCCQ 18828.

Protection de la jeunesse — 191192, 2019 QCCQ 10325.

Protection de la jeunesse — 191741, 2019 QCCQ 11110.

Protection de la jeunesse — 193763, 2019 QCCQ 3916.

Protection de la jeunesse — 194555, 2019 QCCQ 14099.

Protection de la jeunesse — 195573, 2019 QCCQ 16319.

Protection de la jeunesse — 207447, 2020 QCCQ 9601.

Protection de la jeunesse — 207525, 2020 QCCQ 15229.

Protection de la jeunesse — 211180, 2021 QCCQ 2819.

Protection de la jeunesse — 211449, 2021 QCCS 1399.

Protection de la jeunesse — 211642, 2021 QCCQ 9516.

Protection de la jeunesse — 213586, 2021 QCCQ 6665.

Protection de la jeunesse — 213839, 2021 QCCQ 15216.

Protection de la jeunesse — 216161, 2021 QCCQ 11167.

Protection de la jeunesse — 219715, 2021 QCCQ 16893.

Protection de la jeunesse — 221041, 2022 QCCQ 4785.

Protection de la jeunesse — 221800, 2022 QCCQ 3195.

Protection de la jeunesse — 221805, 2022 QCCQ 3510.

Protection de la jeunesse — 226231, 2022 QCCA 1653.

Protection de la jeunesse — 231731, 2023 QCCQ 8107.

Protection de la jeunesse — 234176, 2023 QCCQ 6001.

PT, Re, 2005 CanLII 29580 (CQ).

Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c Directrice de la protection de la jeunesse du CISSS A, 2024 CSC 43.

Québec (Curateur public) c Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand, [1996] 3 RCS 211.

R c Morgentaler, [1988] 1 RCS 30.

Reibl c Hughes, [1980] 2 RCS 880.

X (Dans la situation de), 2006 QCCQ 10098.

X, Re, 2004 CanLII 23183 (CQ).

Young c Young, [1993] 4 RCS 3.

DOCTRINE: MONOGRAPHIES

Blanchard, Véronique, *Vagabondes, voleuses, vicieuses: adolescentes sous contrôle, de la Libération à la libération sexuelle*, Genre!, Paris, Éditions François Bourin, 2019.

Boutin, Gérald, *L'entretien de recherche qualitatif: théorie et pratique*, 2e éd, Québec, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2018.

Butler, Judith, *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*, Thinking gender, New York, Routledge, 1990.

Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Quadrige, Paris, P.U.F., 2013.

Chan, Wendy, Dorothy E Chunn et Robert Menzies, dir, *Women, Madness and the Law: A Feminist Reader*, Londres, Routledge, 2012.

Deleury, Edith, Louise Langevin et Christelle Landheer-Cieslak, *La personne humaine, entre autonomie et vulnérabilité: mélanges en l'honneur d'Édith Deleury*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2015.

Ferron Parayre, Audrey, *Donner un consentement éclairé à un soin : réalité ou fiction*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2020.

Forward, Susan et Donna Frazier, *Le chantage affectif: quand ceux que nous aimons nous manipulent*, Paris, InterÉditions, 1998.

Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité*, tome 1, Bibliothèque des histoires, Paris, Gallimard, 1976.

———, *Les anormaux: cours au Collège de France : (1974-1975)*, Hautes études, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, Éditions du Seuil et Gallimard, 1999.

———, *Surveiller et punir, Naissance de la prison*, tel, Paris, Gallimard, 1975.

Gansel, Yannis, *Vulnérables ou dangereux ? : Une anthropologie du souci des adolescents difficiles*, Sociétés, Espaces, Temps, Lyon, ENS Éditions, 2019.

Gendreau, Caroline, *Le droit du patient psychiatrique de consentir à un traitement: élaboration d'une norme internationale*, Montréal, Les Éditions Thémis, 1996.

Goubau, Dominique, *Le droit des personnes physiques*, 7e éd, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2022.

Hill Collins, Patricia, *Intersectionality*, 2e éd, Key concepts, Cambridge, Polity Press, 2020.

Kaufmann, Jean-Claude, *L'entretien compréhensif*, 4e éd, Paris, Armand Colin, 2016.

Kouri, Robert P et Suzanne Philips-Nootens, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 3e éd, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2012.

———, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4e éd, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017.

Krieg-Planque, Alice, *Analyser les discours institutionnels*, Armand Colin, 2012.

Lévy-Bruhl, Henri, *Sociologie du droit*, Que sais-je, Paris, Presses universitaires de France, 1964.

Malaurie, Philippe et Hugues Fulchiron, *La famille*, 4e éd, Droit civil, Paris, Lextenso éditions, 2011.

Michel, Andrée, *Le féminisme*, 9e éd, Que sais-je? Paris, Presses universitaires de France, 2007.

Ministère de la Justice, *Commentaires du ministre de la Justice - Le Code civil du Québec*, 1, Québec, Les Publications du Québec, 1993.

Paillé, Pierre et Alex Mucchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 5e éd, U, Paris, Armand Colin, 2021.

Philips-Nootens, Suzanne, Robert P Kouri et Pauline Lesage-Jarjoura, *Éléments de responsabilité civile médicale: le droit dans le quotidien de la médecine*, 5e éd, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2021.

Piemonte, Jennifer L et Jonathan M Metzl, *Gun violence and mental health: myths and strategies for socio-legal research*, Edward Elgar Publishing, 2020.

Provost, Mario, *Droit de la protection de la jeunesse*, Montréal, Québec, LexisNexis Canada, 2017.

Roy, Claude C et Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, *La petite histoire de Sainte-Justine, 1907-2007: pour l'amour des enfants*, Montréal, Éditions du CHU Saint-Justine, 2007.

Sallée, Nicolas, Gabriel Girard et Isabelle Perreault, *Sexualité, savoirs et pouvoirs*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2019.

Soler, Léna, *Introduction à l'épistémologie*, 3e éd, Philo, Paris, Ellipses, 2019.

Stéphanie Gaudet et Dominique Robert, *L'aventure de la recherche qualitative: Du questionnement à la rédaction scientifique*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2018.

Vuattoux, Arthur, *Adolescences sous contrôle. Genre, race, classe et âge au tribunal pour enfants*, Académique, Paris, Presses de Sciences Po, 2021.

DOCTRINE: ARTICLES

Arbour, Marie-Ève et Mariève Lacroix, « Le statut juridique du corps humain ou l'oscillation entre l'objet et le sujet de droit » (2010) 40:1-2 *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke* 231.

Audet, Nancy, Scandales à la DPJ: Et les jeunes, dans tout ça ?, *La Presse canadienne* (4 novembre 2024) en ligne: <<https://www.lapresse.ca/dialogue/opinions/2024-11-04/scandales-a-la-dpj/et-les-jeunes-dans-tout-ca.php>>.

Barnett, Phoebe et al, « Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data » (2019) 6:4 *The Lancet Psychiatry* 305.

Bernheim, Emmanuelle, « Droit des pauvres, pauvres droits : la Chambre de la jeunesse, au carrefour des inégalités et de la nouvelle gestion publique » (2023) 64:1 *Les Cahiers de droit* 11.

———, « De l'existence d'une norme de l'anormal. Portée et valeur de la recherche empirique au regard du droit vivant: une contribution à la sociologie du droit » (2011) 52 *Les Cahiers de droit* 461.

———, « Le refus de soins psychiatrique est-il possible au Québec? Instrumentalisation du droit et mission thérapeutique de la justice » (2019) 11:1 *Aporia* 28.

———, « Profilage et violence judiciaire : la multijudiciarisation civile et administrative en santé mentale à l'intersection de la classe sociale, du genre et de la race » (2024) 57:1 *Criminologie* 45.

———, « Sur la réforme des mères déviantes : les représentations de la maternité dans la jurisprudence de la Chambre de la jeunesse, entre différenciation et responsabilité » (2017) 47 *Revue générale de droit* 45.

———, « The Triumph of the “Therapeutic” in Quebec Courts: Mental Health, Behavioural Reform and the Decline of Rights » (2022) 38 *Windsor yearbook of access to justice* 125.

Bernheim, Emmanuelle, Guillaume Chalifour et Richard-Alexandre Laniel, « La santé mentale en justice - Invisibilité et déni de droits: Une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins » (2015) 9:2 *McGill Journal of Law and Health* 337.

Bernheim, Emmanuelle et Claire Lebeke, « De la mère « normale » Normes, expertises et justice en protection de la jeunesse » (2013) *Enfances, Familles, Générations* 2.

Bibeau, François, « L'intérêt de l'enfant est un fondement de notre société », *Le Devoir [de Montréal]* (31 août 2019) , en ligne : <<https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/561732/l-interet-de-l-enfant-est-un-fondement-de-notre-societe>>.

Boldt, Richard C, « Adolescent Decision Making: Legal Issues with Respect to Treatment for Substance Misuse and Mental Illness Roundtable on Adolescent Decision Making » (2012) 15:1 *Journal of Health Care Law and Policy* 75.

Boysen, Guy et al, « Gendered Mental Disorders: Masculine and Feminine Stereotypes About Mental Disorders and Their Relation to Stigma » (2014) 154:6 *The Journal of Social Psychology* 546.

Brady, Geraldine, « Children and ADHD: seeking control within the constraints of diagnosis » (2014) 28:3 *Children & Society* 218.

Bridge, Caroline, « Adolescents and Mental Disorder: Who Consents to Treatment? » (1997) 3:1 *Medical Law International* 51.

Brisson, Julien, Vardit Ravitsky et Bryn Williams-Jones, « “Fostering Autonomy” for Adolescents to Access Health Services: A Need for Clarifications » (2021) 68:6 *Journal of Adolescent Health* 1038.

Brown, Katherine et Erin Murphy, « Falling through the Cracks: The Quebec Mental Health System Note » (2000) 45:4 *McGill Law Journal* 1037.

Burns, Craig D, Ranon Cortell et Barry M Wagner, « Treatment Compliance in Adolescents After Attempted Suicide: A 2-Year Follow-up Study » (2008) 47:8 *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 948.

Carabin, François, « Fréquenter la DPJ décuple les risques de troubles mentaux à l'âge adulte, selon une étude », *Le Devoir [de Montréal]* (27 novembre 2024), en ligne : <<https://www.ledevoir.com/societe/824516/frequenter-dpj-decuple-risques-troubles-mentaux-age-adulte-selon-etude>>.

———, « Québec nomme la première commissaire aux droits des enfants », *Le Devoir [de Montréal]* (9 avril 2025), en ligne : <<https://www.ledevoir.com/politique/quebec/865702/quebec-nomme-premiere-commissaire-droits-enfants>>.

Champlain, Yves de, « L'écriture en recherche qualitative : le défi du rapport à l'expérience » (2011) 11 *Recherches qualitatives* (Hors-Série) 51.

Cognet, Martine, « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques » (2017) 5:3 *Les cahiers de la LCD* 25.

Constant, Jacques, « L'enfant est toujours différent. La notion d'enfant dans la pratique de la pédopsychiatrie » (2008) 56:4 *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence (Enfants d'ailleurs. Vivre les différences)* 174.

Corrigan, Patrick W et Amy C Watson, « The paradox of self-stigma and mental illness: Clinical Psychology: Science and Practice » (2002) 9:1 *Clinical Psychology: Science and Practice* 35.

Costanzo, Valérie, « Qui protège les jeunes de la DPJ? », *Le Devoir [de Montréal]* (28 décembre 2024) , en ligne : <<https://www.ledevoir.com/opinion/idees/827953/protége-jeunes-dpj>>.

Costanzo, Valérie, Emmanuelle Bernheim et Marilyn Coupienne, « Entre le marteau et l'enclume : préoccupations éthiques et déontologiques des avocates en protection de la jeunesse » (2022) 52:2 *Revue générale de droit* 223.

Coupienne, Marilyn, « Se défendre, se taire ou renoncer ? Regards sur la participation des familles « négligentes » à la Chambre de la jeunesse » (2023) 33:2 *Nouvelles pratiques sociales* 115.

Crenshaw, Kimberlé W, « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur » (2005) 39:2 *Cahiers du Genre* 51.

Day, David C, « The Capable Minor's Healthcare: Who Decides? » (2007) 86:3 *Canadian Bar Review* 379.

Ducas, Isabelle, Une définition plus juste du « meilleur intérêt de l'enfant » réclamée, *La Presse canadienne* (9 mai 2019) en ligne: <<https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2019-05-09/une-definition-plus-juste-du-meilleur-interet-de-l-enfant-reclamee>>.

Elger, Bernice Simone, « Protectionnisme versus autonomie bien dosée: quel est le meilleur intérêt de l'adolescent? Controverse en éthique sur le thème de “La médecine prédictive et les enfants” » (1998) 56 *Médecine et hygiène* 490.

Ellis-Sloan, Kyla, « Teenage Mothers, Stigma and Their ‘Presentations of Self’ » (2014) 19:1 *Sociological Research Online* 16.

Evans, Nicola, Deborah Edwards et Judith Carrier, « Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care: a scoping review » (2020) 18:2 *JBI Evidence Synthesis* 275.

Freekelton, Ian, « Therapeutic Jurisprudence Misunderstood and Misrepresented Price and Risks of Influence Therapeutic Jurisprudence at the Conference of the International Association of Law & Mental Health in Padua, Italy » (2007) 30:2 *Thomas Jefferson Law Review* 575.

Frug, Mary Joe, « A Postmodern Feminist Legal Manifesto (An Unfinished Draft) » (1992) 105:5 *Harvard Law Review* 1045.

Gamache, Claire et Frédéric Millaud, « Le psychiatre face au refus de traitement : une démarche clinique et juridique » (1999) 24:1 *Santé mentale au Québec* 154.

Gignac, Martin et al, « La croisée des chemins, 50 ans de soins aux enfants » (2015) 40:2 *Santé mentale au Québec* 191.

Greenham, Stephanie L et Joseph Persi, « The State of Inpatient Psychiatry for Youth in Ontario: Results of the ONCAIPS Benchmarking Survey » (2014) 23:1 *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent* 31.

Harding, Sandra, « The Method Question » (1987) 2:3 *Hypatia* 19.

Haussleiter, Ida Sibylle et al, « Homelessness among psychiatric inpatients in North Rhine-Westphalia: a retrospective routine data analysis » (2022) 22:1 *BMC Psychiatry* 1.

Hum, P et al, « Le refus de soin : forces et faiblesses du consentement » (2015) 12:1 *Éthique & Santé* 56.

Jami, Irène, « Judith Butler, théoricienne du genre » (2008) 44:1 *Cahiers du Genre* 205.

Johnston, Carolyn, « Overriding competent medical treatment refusal by adolescents: when “no” means “no” » (2009) 94:7 *Archives of Disease in Childhood* 487.

Keller, Simon, « Moral Blackmail and the Family » (2016) 13:6 *Journal of Moral Philosophy* 699.

Kinderman, Peter, Kate Allsopp et Anne Cooke, « Responses to the Publication of the American Psychiatric Association’s DSM-5 » (2017) 57:6 *Journal of Humanistic Psychology* 625.

Kolar, Maja et al, « Involuntary psychiatric treatment and the erosion of consent: A critical discourse analysis of mental health legislation in British Columbia, Canada » (2022) 27:6 *Health*: 1.

Kouri, Robert P, « Le consentement aux soins: aperçu général et quelques questions controversées » (2011) 2 *Cours de perfectionnement du notariat* 1.

Kouri, Robert P et Suzanne Philips-Nootens, « Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé : un concept pour le moins ambigu » (2003) 63 *Revue du Barreau* 1.

Laflamme, Lucie, « Le Livre des personnes: Dix ans après » (2003) 105:2 *Revue du notariat* 155.

Lanctôt, Nadine et Benjamin Desai, « La nature de la prise en charge des adolescentes par la justice : jonction des attitudes paternalistes et du profil comportemental des adolescentes » (2002) 26:4 *Déviance et Société* 463.

LeFrançois, Brenda, « “It’s Like Mental Torture”: Participation and Mental Health Services » (2008) 16:2 *The International Journal of Children’s Rights* 211.

LeFrançois, Brenda A, « Children’s Participation Rights: Voicing Opinions in Inpatient Care » (2007) 12:2 *Child and Adolescent Mental Health* 94.

LeFrançois, Brenda A et Vicki Coppock, « Psychiatrised Children and their Rights: Starting the Conversation » (2014) 28:3 *Children & Society* 165.

Léger-Riopel, Nicholas, « Le critère de la dangerosité et l’admission involontaire du patient mineur en matière de santé mentale : une impasse pour la pédopsychiatrie? » (2015) 46:1-2 *Revue de l’Université de Moncton* 243.

Lévesque, Fanny, Compressions en santé: Québec suspend de nouveaux services aux adolescents, *La Presse canadienne* (20 février 2025) en ligne:
<<https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2025-02-20/compressions-en-sante/quebec-suspend-de-nouveaux-services-aux-adolescents.php>>.

Liegghio, Maria, « Too Young to Be Mad: Disabling Encounters with “Normal” from the Perspectives of Psychiatrized Youth » (2016) 5:3 *Intersectionalities*: 110.

Mackinnon, Catharine Alice et Béatrice de Gasquet, « “Sexuality” » (2012) 46:2 *Raisons politiques* 101.

Manaouil, Cécile & Agathe Berly, « Les soins sans consentement chez les mineurs » (2020) 1:6 *La Presse Médicale Formation* 582.

Meehan, Claire, « “Junkies, Wasters and Thieves”: School-Based Drug Education and the Stigmatisation of People Who Use Drugs » (2017) 15:1 *Journal for Critical Education Policy Studies* 85.

Mills, China, « The Psychiatrization of Poverty: Rethinking the Mental Health–Poverty Nexus » (2015) 9:5 *Social and Personality Psychology Compass* 213.

Moore, Dawn, « The benevolent watch: Therapeutic surveillance in drug treatment court » (2011) 15:3 *Theoretical Criminology* 255.

Morrison, Denis, « Opinion: consentement éclairé et capacité en pratique clinique psychiatrique (une perspective québécoise) » (1989) 34:2 *The Canadian Journal of Psychiatry* 110.

Nadeau, Danielle et al, « Comportements suicidaires d’un jeune ou refus de recevoir des soins en santé mentale : quand la situation est signalée à la DPJ... » (2014) 60:2 *Service social* 1.

Nevins, Thomas E, « Non-compliance and its management in teenagers » (2002) 6:6 *Pediatric Transplantation* 475.

Noreau, Pierre, « L'épistémologie de la pensée juridique : de l'étrangeté... à la recherche de soi » (2011) 52:3-4 *Les Cahiers de droit* 687.

Oger, Claire et Caroline Ollivier-Yaniv, « Analyse du discours institutionnel et sociologie compréhensive : vers une anthropologie des discours institutionnels » (2003) 71 *Mots : Les langages du politique* 125.

Ogilvie, James M et Steve Kisely, « Examining the health and criminal justice characteristics for young people on compulsory community treatment orders: An Australian birth cohort and data linkage study » (2022) 83 *International Journal of Law and Psychiatry* 1.

O'Reilly, Richard L et al, « Principles Underlying Mental Health Legislation » (2010) 55:10 *The Canadian Journal of Psychiatry* 1.

Otero, Marcelo, « Traiter les intraitables : l'univers des autorisations judiciaires de soins à Montréal » (2016) 28:2 *Nouvelles pratiques sociales* 203.

Pagé, Geneviève, « Sur l'indivisibilité de la justice sociale ou Pourquoi le mouvement féministe québécois ne peut faire l'économie d'une analyse intersectionnelle » (2014) 26:2 *Nouvelles pratiques sociales* 200.

Paré, Mona, « Of Minors and the Mentally Ill: Re-Positioning Perspectives on Consent to Health Care » (2011) 29:1 *Windsor Yearbook of Access to Justice* 107.

Persi, Joe, Brian M Bird & Christina DeRoche, « A Comparison of Voluntary and Involuntary Child and Adolescent Inpatient Psychiatry Admissions » (2016) *Residential Treatment for Children & Youth* 1.

Polvere, Lauren, « Agency in Institutionalised Youth: A Critical Inquiry » (2014) 28:3 *Children & Society* 182.

Poole, Jennifer M et al, « Sanism, 'Mental Health', and Social Work/Education: A Review and Call to Action » (2012) 1 *Intersectionalities*: 20.

Rajwani, Khaleel, « Should Adolescents be Included in Emerging Psychedelic Research? » (2022) 5:2 *Canadian Journal of Bioethics* 36.

Revillard, Anne et al, « À la recherche d'une analyse féministe du droit dans les écrits francophones » (2009) 28:2 *Nouvelles Questions Féministes* 4.

Ricard, Laurence, « Protéger les milliers de fillettes de Granby », *Le Devoir [de Montréal]* (20 décembre 2022), en ligne : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/775243/protection-de-la-jeunesse-protoger-les-milliers-de-fillettes-de-granby>.

- Rössler, Wulf, « The stigma of mental disorders » (2016) 17:9 *EMBO reports* 1250.
- Rouget, Sébastien, « « C'est pour ton bien. ». Face au refus de soin de l'enfant » (2017) 73:1 *Enfances & Psy* 146-154.
- Schölin, Lisa et al, « Detention of children and adolescents under mental health legislation: a scoping review of prevalence, risk factors, and legal frameworks » (2024) 24:1 *BMC Pediatrics* 12.
- Serobatse, Mosidi B, Plessis Emmerentia Du et Magdalena P Koen, « Interventions to promote psychiatric patients' compliance to mental health treatment : a systematic review : original research » (2014) 19:1 *Health SA Gesondheid: Journal of Interdisciplinary Health Sciences* 1.
- Smith, W Gary, Angela Collings & Anabela Degraaf, « Young people admitted on a Form 1 to a general hospital: A worrisome trend » (2004) 9:4 *Paediatrics & Child Health* 228.
- Somerville, Margaret A, « Refusal of Medical Treatment in Captive Circumstances » (1985) 63:1 *Canadian Bar Review* 59.
- Stein, BA & L Tanzer, « Morbidity and Mortality of Certified Adolescent Psychiatric Patients » (1988) 33:6 *The Canadian Journal of Psychiatry* 488.
- Szmukler, George, « Treatment pressures, coercion and compulsion in mental health care » (2008) 17:3 *Journal of Mental Health* 229.
- Szmukler, George et Paul S Appelbaum, « Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care » (2008) 17:3 *Journal of Mental Health* 233.
- Tan, Jacinta, Tony Hope et Anne Stewart, « Competence to refuse treatment in anorexia nervosa » (2003) 26:6 *International Journal of Law and Psychiatry (Anorexia Special Issue)* 697.
- Tran, Don Quang, Andrew G Ryder et G Eric Jarvis, « Reported immigration and medical coercion among immigrants referred to a cultural consultation service » (2019) 56:5 *Transcult Psychiatry* 807.
- Tranchant, Carole et al, « Expériences de la stigmatisation en lien avec la santé mentale chez des jeunes de trois communautés au Nouveau-Brunswick » (2019) 25:2 *Reflets* 36.
- Turcotte, Mathilde et François Fenchel, « Bringing 'care' back into locked residential institutions: What can we learn from adolescents' experiences of secure care? » (2024) 33:4 *Child Abuse Review* e2891.

Turcotte, Mathilde et Nadine Lanctôt, « The many faces of the “foster care youth” label: How young women manage the stigma of out-of-home placement » (2023) 14:1 *International Journal of Child, Youth and Family Studies* 84.

Walker, Susan et al, « Clinical and social factors associated with involuntary psychiatric hospitalisation in children and adolescents: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis » (2021) 5:7 *The Lancet Child & Adolescent Health* 501.

Wallot, Hubert, « De l'École Gamelin à Rivière-des-Prairies : de la cassure du château à sa restauration ? » (2015) 40:2 *Santé mentale Québec* 79.

DOCTRINE: DICTIONNAIRES ET ENCYCLOPÉDIES

Académie nationale de médecine, Dictionnaire médical de l'Académie nationale de médecine, 2020.

Cajolet-Laganière, Hélène, Pierre Martel et Chantal-Édith Masson, *Dictionnaire Usito : Parce que le français ne s'arrête jamais*, Sherbrooke, Édition Delisme, 2025.

Javeau, Claude, *Encyclopædia Universalis*, en ligne:
<<https://www.universalis.fr/encyclopedie/rupture-epistemologique/>>.

Le petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Paris, Le Robert éd, 2022.

Reid, Hubert et Simon Reid, *Dictionnaire du droit québécois et canadien*, 6e éd, Montréal, Wilson & Lafleur, 2023.

DOCTRINE : CHAPITRES DANS DES OUVRAGES COLLECTIFS

Aneshensel, Carol S, Jo C Phelan & Alex Bierman, « The Sociology of Mental Health: Surveying the Field » dans Carol S Aneshensel, Jo C Phelan et Alex Bierman, dir, *Handbook of the Sociology of Mental Health*, Handbooks of Sociology and Social Research, 2e éd, Springer, Dordrecht, 2013 1.

Deschamps, Pierre, « Intégrité de la personne - Règles juridiques applicables », dans *JurisClasseur Québec, Droit civil, Personne et famille*, fasc.2, Montréal, LexisNexis Canada, 2017 (QL).

Bernheim, Emmanuelle, « L'approche empirique en droit: prolégomènes » dans Dalia Gesualdi-Fecteau et Emmanuelle Bernheim, dir, *La recherche empirique en droit: méthodes et pratiques*, Montréal, Les Éditions Thémis, 2022 1.

———, « Prendre le droit comme un « fait social » - La sociologie du droit par et pour elle-même » dans Georges Azzaria, dir, *Les cadres théoriques et le droit*, Cowansville, Yvon Blais, 2013.

Bourgeois, Isabelle, « L'analyse documentaire » dans Isabelle Bourgeois, dir, *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*, 7e éd, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2021 339.

Cantwell, Nigel, « Words that Speak Volumes » dans Institut international des droits de l'enfant and Office of the UN High Commissioner for Human Rights, dir, *18 Candles: The Convention on the Rights of the Child Reaches Majority*, Sion, Institut international des droits de l'enfant, 2007 21.

Coppock, Vicki, « 'Mad', 'bad' or misunderstood? » dans Harry Hendrick, dir, *Child Welfare and Social Policy: An Essential Reader*, Bristol, Policy Press, 2005 285.

Fournier, Martine, « Le féminisme dans les sciences humaines » dans Maud Navarre, dir, *La grande histoire du féminisme*, Barbara, Auxerre, Éditions Sciences humaines, 2022.

Freeman, Michael, « Children's rights as human rights: Reading the UNCRC » dans Jens Qvortrup, William A Corsaro et Michael-Sebastian Honig, dir, *The Palgrave handbook of childhood studies*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2009 377.

Gesualdi-Fecteau, Dalia et Laurence Guénette, « Le recours à l'entretien dans la recherche en droit » dans *La recherche empirique en droit: méthodes et pratiques*, Montréal, Les Éditions Thémis, 2022 81.

Guay, Hélène, « Les droits de la personnalité » dans *Personnes et successions*, vol. 3, Collection de droit 2022-2023, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2022 55.

Hanson, Karl, « Schools of thought in children's rights » dans Manfred Liebel, dir, *Children's Rights from Below Cross-Cultural Perspectives*, Londres, Palgrave Macmillan, 2012 63.

Knoppers, Bartha et Sonia Le Bris, « L'inviolabilité de la personne et responsabilité hospitalière à la lumière du nouveau Code civil du Québec : Quand le prisme législatif sclérose la pratique médicale ? » dans *La responsabilité hospitalière, maximiser la protection, minimiser l'exposition*, Toronto, L'Institut Canadien, 1994 1.

Martino, Wayne et Maria Pallotta-Chiarolli, « Schooling, Normalisation, and Gendered Bodies: Adolescent Boys' and Girls' Experiences of Gender and Schooling » dans Dennis Thiessen et Alison Cook-Sather, dir, *International Handbook of Student Experience in Elementary and Secondary School*, Dordrecht, Springer Netherlands, 2007 347.

Ménard, Jean-Pierre, « Les nouvelles règles relatives au consentement aux soins médicaux » dans *Congrès annuel du Barreau du Québec (1991)*, S.F.C.B.Q., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1991 667.

N Roy, Simon, « L'étude de cas » dans Isabelle Bourgeois, dir, *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*, 7e éd, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2021 157.

Naples, Nancy A, « Feminist Studies as a Site of Critical Knowledge Production and Praxis » dans Nancy A Naples, dir, *Companion to Feminist Studies*, John Wiley & Sons, Ltd, 2020 1.

Paquet, Marie-Nancy, « Prendre les moyens légaux de soigner : choix ou obligation? » dans *Obligations et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défailant (2008)*, S.F.C.B.Q., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2008 163.

Rainville, Annie et Doris Provencher, « Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques » dans *La protection des personnes vulnérables (2010)*, S.F.C.B.Q., Cowansville, Édition Yvon Blais, 2010 143.

Savoie-Zajc, Lorraine, « L'entrevue semi-dirigée » dans Isabelle Bourgeois, dir, *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*, 7e éd, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2021 273.

Séguin, Éric, « Le refus de soins injustifié d'un mineur âgé de 14 ans et plus: quand l'établissement de santé doit-il intervenir pour le protéger? » dans *Pouvoirs publics et protection 2003*, S.F.C.B.Q., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2003 149.

Vallée, Guylaine, « La jurisprudence, les archives institutionnelles et les entrevues: des sources utiles pour une étude empirique du droit? L'exemple de recherches en droit du travail » dans Dalia Gesualdi-Fecteau et Emmanuelle Bernheim, dir, *La recherche empirique en droit: méthodes et pratiques*, Montréal, Les Éditions Thémis, 2022 57.

DOCTRINE : RAPPORTS

Comité de coordination des chantiers jeunesse, *Faire front commun contre la détresse et les difficultés graves des jeunes*, document de travail, 2001.

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*, Observation générale No 14, E/C.12/2000/4, 2000.

Comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en centre d'accueil, *Rapport du comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en centre d'accueil*, Québec, Ministère des affaires sociales, 1976.

Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*, Québec, Les Publications du Québec, 2004.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 1988.

Commission parlementaire spéciale sur la protection de la jeunesse, *Rapport de la commission parlementaire spéciale sur la protection de la jeunesse*, Québec, Montréal, Assemblée nationale du Québec, 1982

Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, Québec, Les Publications du Québec, 2021.

Équipe de travail sur la modernisation des processus judiciaires en matière d'administration de la justice, *L'intervention judiciaire en matière de protection de la jeunesse : constats, difficultés et pistes de solution*, Québec, Les Publications du Québec, 2004.

Gouvernement du Québec, « Intervention du DPJ à la suite d'un signalement », en ligne: <<https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/services-jeunes-difficulte-famille/protection-de-la-jeunesse/intervention-du-dpj-a-la-suite-d-un-signallement>>.

Groupes de réflexion sur des questions de droit de la famille reliées à la garde et au droit de visite des enfants, 2000-FCY-5F, Ottawa, Ministère de la Justice, 2000.

Groupe de travail sur l'évaluation de la Loi sur la protection de la jeunesse, *La protection de la jeunesse... Plus qu'une loi*, Québec, Les Publications du Québec, 1992.

Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, *État de la situation et recommandations au regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse*, Québec, Les Publications du Québec, 1998

Les directrices et directeurs de la protection de la jeunesse / directrices et directeurs provinciaux, *Quand la violence conjugale est au cœur de la vie de l'enfant, Bilan des directrices et directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs et directrices provinciaux*, 2024.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018.

Mouvement jeunes et santé mentale, « Déclaration commune », 2016, en ligne: <<https://mouvementjeunessm.com/documentation/>>.

———, *La médicalisation des problèmes sociaux des jeunes en santé mentale: un enjeu de société!*, 2017, en ligne : < <https://mouvementjeunessm.com/documentation/>>.

———, *Le (non-)accès aux soins et services en santé mentale, Des barrières à déconstruire*, dans *Portrait Jeunes et santé mentale : Ensemble, pensons le changement*, 2025, en ligne : < <https://mouvementjeunessm.com/documentation/>>.

Shadley, Richard, *Rapport de la Commission d'enquête sur l'administration et le fonctionnement de l'hôpital de Rivière-des-Prairies*, Québec, 1986.

Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, par Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Human Rights Council, A/HRC/35/21, 2017.

Traoré, Issouf, Micha Simard & Dominic Julien, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. Résultats de la troisième édition – 2022-2023*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2024.

DOCTRINE : THÈSES ET MÉMOIRES

Bernheim, Emmanuelle, *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire: une étude du pluralisme normatif appliqué*, thèse de doctorat, Université de Montréal, 2011 [non publiée].

Gauthier-Boiteau, Delphine, « *Si la mère aspire à reprendre pleinement la responsabilité de l'enfant, elle doit se concentrer sur sa réhabilitation, prendre soin de sa santé mentale et devenir stable* »: *du contrôle thérapeutique des mères judiciairisées à la chambre de la jeunesse*, mémoire de maîtrise en droit, Université du Québec à Montréal, 2023 [non publié].

Malacket, Andréanne, *L'intérêt de l'enfant : notion polymorphe susceptible d'instrumentalisation ou de détournement L'exemple de l'avant-projet de Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et d'autorité parentale*, Mémoire de maîtrise en droit, Université de Montréal, 2010 [non publié].

Perrault, Édith, *Le caractère a normal en procès : le discours judiciaire en matière de filicide : production et reproduction des normes et stéréotypes sexistes*, mémoire de maîtrise en droit, Université du Québec à Montréal, 2022 [non publié].

Séguin, Éric, *L'inévitable judiciarisation du refus injustifié de l'adolescent à des soins requis par son état de santé*, mémoire de maîtrise en droit, Université de Sherbrooke, 2009 [non publié].

AUTRES SOURCES

Commission permanente des Affaires sociales, 3e sess., 29e légis., *Journal des débats*, 30 (13 décembre 1972).

Sous-commission des institutions, n°3, 1re sess., 34e légis., *Journal des débats*, 125 (27 août 1991).

vol.33, n°19, *Étude détaillée du projet de loi n° 31, Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse*, 1re sess., 34e légis., 1994.

vol.39, n°40, *Étude détaillée du projet de loi n° 125 - Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives*, 37e légis., 2e sess., 2006.

UN Committee on the Rights of the Child, *General comment no. 4 (2003), Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*, par UN Committee on the Rights of the Child, UN, digitallibrary.un.org, CRC/GC/2003/4, 1 juillet 2003.

ANNEXE I

Banque de données	Mots clés ou autres indices de repérage (les combinaisons effectuées)
CAIJ	consentement aux soins mineur
CAIJ	consentement soins enfant « troubles alimentaires »
CanLII	consentement soins enfant « troubles alimentaires »
CanLII	consentement ET mineur ET « santé mentale » ET adolescent Filtre : Québec
SOQUIJ	« ordonnance de soins » ET mineur OU adolescent Filtre : Cour supérieure
SOQUIJ	Filtre : Législation citée <i>Code civil du Québec</i> , 16 al. 2
CAIJ	Lois annotées → code civil du Québec → 16 → Références du C.c.Q.. annoté (2023) dans la section 4. 4. <i>Refus de recevoir les soins par le mineur âgé de 14 ans et plus : B. Illustrations</i>
SOQUIJ	consentement pres : 5 soins ET adolescent ET psychiatrie
CanLII	(consentement/5 soins) ET adolescent ET psychiatrie
CanLII	adolescent ET pédopsychiatrie Filtres : Québec
CanLII	« garde en établissement » ET adolescent Filtres : Québec

CanLII	(consentement/5 soins) ET mineur ET « toxicomanie »
CanLII	(consentement/5 soins) ET ado ET « toxicomanie »
CanLII	« troubles de comportement sérieux » ET ado ET soin

ANNEXE II

Définition d'un soin psychiatrique : Tout traitement ordonné ou prodigué par un professionnel de la santé, tel que la médication, une hospitalisation, un hébergement en centre de réadaptation, des contentions physiques, être placé en salle d'isolement, le gavage et l'hydratation forcée.

- 1) Question brise-glace : parlez-moi de vous, que faites-vous dans la vie ?
- 2) Avez-vous déjà consulté en pédopsychiatrie ? Avez-vous déjà été hospitalisé en pédopsychiatrie ?
- 3) Si oui, pouvez-vous me raconter :
 - Le contexte
 - L'évènement ayant mené à la consultation en pédopsychiatrie
 - La prise en charge faite par le pédopsychiatre et/ou l'établissement de santé en général
 - Les soins que vous avez reçus pendant votre prise en charge en pédopsychiatrie
 - L'après (est-ce qu'un suivi a été mis en place ou non, est-ce qu'une médication a été proposée, pris)
 - Contacts avec la protection de la jeunesse lorsque vous étiez âgés de 14 et 18 ans ? Si oui, avez-vous déjà été l'objet d'une mesure de protection (jugement de la Ch.j.) ? Est-ce que le signalement était en lien avec le motif de consultation en pédopsychiatrie ?
 - Votre expérience en général en lien avec l'établissement de santé et l'équipe de soin et possiblement de services sociaux
 - toute autre information jugée pertinente
- 4) Qu'est-ce que le consentement aux soins pour vous ?
- 5) Est-ce que les professionnels de la santé qui avaient la charge de votre dossier vous ont parlé du consentement aux soins ? Si oui, pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé ?

6) Est-ce que les professionnels de la santé qui avaient la charge de votre dossier vous expliquaient les soins que vous alliez recevoir ? Si oui, pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé ?

7) Considérez-vous que vous pouviez refuser des soins psychiatriques ?

8) Avez-vous déjà refusé un soin psychiatrique pendant alors que vous aviez entre 14 et 18 ans ? Si oui, pouvez-vous me raconter :

– Soin refusé

– Réception de votre refus par l'équipe médicale/l'entourage/l'équipe sociale

– Motifs de votre refus

– Conséquences/respect de votre refus

9) Considérez-vous que vous avez consenti à tous les soins psychiatriques reçus (médication, hospitalisation, gavage, hydratation forcée, contention physique, isolement)

10) Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Profil social :

1) Quel âge avez-vous ?

2) Quel est votre genre ?

3) Vous identifiez-vous à une minorité ethnique, culturelle et/ou sexuelle ?

4) Quel est votre revenu ?

5) Avez-vous déjà eu une ordonnance judiciaire pour recevoir des traitements psychiatriques contre votre gré ?

ANNEXE III

Les jugements sont répartis entre 1990 et 2023.

	Ch.j.	Cour supérieure	Cour d'appel
1990	1	0	0
1993	1	0	0
1999	1	1	0
2000	1	0	0
2003	1	0	0
2004	2	0	0
2005	2	0	0
2006	3	0	0
2007	6	0	0
2008	4	0	0
2009	3	0	0
2010	2	0	0
2011	2	0	0
2012	5	1	0
2013	2	0	0
2014	3	0	0
2015	6	0	0
2016	2	1	0
2017	8	2	0
2018	8	1	0
2019	6	0	0
2020	4	1	0
2021	6	1	0
2022	5	2	1
2023	3	1	0
Total	87	11	1

ANNEXE IV

Avez-vous été suivi en pédopsychiatrie alors que vous étiez âgés entre 14 et 18 ans?

**Vous êtes invité.e à participer à
une recherche**



Nous cherchons des **adultes de 18 à 30 ans** qui ont une expérience en pédopsychiatrie (avec ou sans hospitalisation) pour des entrevues de 30 min. à 1h. Ces entrevues porteront sur votre expérience vécue en pédopsychiatrie et la notion de consentement aux soins.

La participation est volontaire, anonyme et confidentielle. Elle n'aura aucune incidence sur vos rapports avec l'organisme diffusant cette affiche.

Pour toute question ou pour participer, vous pouvez entrer en contact avec l'équipe de recherche par courriel ou par Instagram:

Marianne Tétreault, candidate à la maîtrise, Faculté de droit, UOttawa



**Une
compensation
de 30\$ est
offerte**



Cette recherche a été approuvée au plan de l'éthique par le Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités de l'Université d'Ottawa.

Fonds de recherche
Société et culture
Québec 



uOttawa



ANNEXE V

Objet : Expérience en pédopsychiatrie comme adolescent. e — recherche

Partager votre expérience en pédopsychiatrie

Bonjour

Je suis candidate à la maîtrise en droit et j'ai besoin de votre aide dans le cadre de ma recherche. Le but de cette recherche est d'évaluer la possibilité de consentir/refuser des soins psychiatriques pour les jeunes de 14 à 18 ans et documenter leur expérience en pédopsychiatrie.

Nous cherchons des **adultes de 18 à 30 ans** qui ont vécu une expérience en pédopsychiatrie (avec ou sans hospitalisation) **alors qu'ils/elles étaient âgé(e)s entre 14 et 18 ans** pour des entrevues de 30 min à 1 h. Ces entrevues porteront sur votre expérience vécue en pédopsychiatrie et la notion de consentement aux soins.

La participation est volontaire, anonyme et confidentielle. Elle n'aura aucune incidence sur vos rapports avec l'organisme diffusant ce message. Une compensation de 30 \$ est offerte.

Pour toute question ou pour participer, vous pouvez entrer en contact avec l'équipe de recherche par courriel ou par Instagram :



Merci à l'avance !

Marianne Tétreault

LL.B., avocate

Étudiante à la maîtrise en droit (LL.M.)



uOttawa

ANNEXE VI

GRILLE D'ANALYSE QUALITATIVE — ARBRE THÉMATIQUE DE LA JURISPRUDENCE

Contrôle social	<ul style="list-style-type: none">• Signalement DPJ• Diagnostic• Thérapeutique• Traitement médicalisé
Normalisation	<ul style="list-style-type: none">• Comportements• Toxicomanie• Scolarisation• Réseau social• Meilleur intérêt• Emploi• Collaboration
Institutionnalisation	<ul style="list-style-type: none">• Hébergement• Hospitalisation• Services
Pouvoir	<ul style="list-style-type: none">• DPJ• Médical• Parents• Tribunal• Adolescent
Rapport généré	<ul style="list-style-type: none">• Vulnérabilité• Protectionnisme• Sexualité
Analyse juridique	<ul style="list-style-type: none">• Absence d'analyse• Analyse arrêt <i>FD</i>• Analyse inaptitude

	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse soins • Article 16 C.c.Q.. • Sécurité et développement compromis
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> • Rejette la demande • Autorise et précise les soins • Autorise les soins
Motif de compromission	<ul style="list-style-type: none"> • Santé menacée (38 c) LPJ 1984) • Mauvaise traitement (38 c) LPJ) • Non précisé • Négligence (38 b) LPJ) • Trouble de comportement sérieux (38 f) LPJ)

ANNEXE VII

GRILLE D'ANALYSE QUALITATIVE — ARBRE THÉMATIQUE DES ENTRETIENS

Institutionnalisation	<ul style="list-style-type: none">• Suivi externe• Centre jeunesse/Centre de réadaptation• Système• Hospitalisation
Contrôle	<ul style="list-style-type: none">• Diagnostic• Restriction• Thérapeutique• Médication• Ordonnance judiciaire• Gavage• Temps
Pouvoir	<ul style="list-style-type: none">• Parents• Médecin• Pédopsychiatre• Psychologue• Équipe (Travailleuse sociale, nutritionniste, ergothérapeute, infirmière)• DPJ (Intervenante DPJ, éducateur spécialisé)• Judiciaire (Tribunal, avocat)
Consentement	<ul style="list-style-type: none">• Forcé• Absence• Volontaire• Confiance• Explication• Refus

Responsabilité [de l'enfant]	<ul style="list-style-type: none">• Besoin d'aide• Mise en danger• Comportements• Peur• Culpabilité• Colère• Collaboration
---	--

ANNEXE VIII

GRILLE D'ANALYSE QUANTITATIVE — JURISPRUDENCE

Année	<ul style="list-style-type: none">• Attributs allant de 1990 à 2023
Niveau de tribunal	<ul style="list-style-type: none">• Ch.j.• Cour supérieure• Cour d'appel
Type de dossier	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance judiciaire• Autorisation de soins• Appel d'une ordonnance judiciaire• Appel d'une autorisation de soins
Genre	<ul style="list-style-type: none">• Féminin• Masculin• N/A
Âge	<ul style="list-style-type: none">• Attributs allant de 14 à 18 ans
Enjeu de santé mental principal	<ul style="list-style-type: none">• Dépression• Idées noires• Idées suicidaires• TCA• Automutilation• TCS• Symptômes psychotiques• Agressivité verbale et/ou physique• Tentative de suicide• Toxicomanie• Parents• Enjeux psychiatriques complexes

Durée de l'hébergement	<ul style="list-style-type: none">• Attributs allant de 0 mois à 36 mois, majorité (moins d'un an) et majorité (plus d'un an)
Durée de l'ordonnance de traitement	<ul style="list-style-type: none">• Attributs allant de 0 mois à 36 mois, majorité (moins d'un an) et majorité (plus d'un an)

ANNEXE IX

GRILLE D'ANALYSE QUANTITATIVE — ENTRETIENS

Genre	<ul style="list-style-type: none">• Féminin• Masculin• N/A
Âge	<ul style="list-style-type: none">• Attributs allant de 14 à 18 ans
Âge lors de l'entretien	<ul style="list-style-type: none">• Attributs allant de 18 à 30 ans
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">• Oui• Non• N/A
Suivi externe	<ul style="list-style-type: none">• Oui• Non• N/A
Centre de réadaptation	<ul style="list-style-type: none">• Oui• Non• N/A
Minorité éthique, culturelle ou sexuelle	<ul style="list-style-type: none">• Minorité ethnique• Minorité culturelle• Minorité sexuelle• Ne s'identifie pas à une minorité
Milieu socioéconomiquement défavorisé	<ul style="list-style-type: none">• Oui• Non• N/A
Ordonnance judiciaire adulte	<ul style="list-style-type: none">• Oui• Non• N/A

ANNEXE X

Jugements ne faisant aucune analyse juridique et se contentant d'un résumé factuel de la situation : 40

Protection de la jeunesse — 23406, 2023 QCCQ 1284 ; *Protection de la jeunesse* — 231731, 2023 QCCQ 8107 ; *Protection de la jeunesse* — 22193, 2022 QCCQ 3302 ; *Protection de la jeunesse* — 221805, 2022 QCCQ 3510 ; *JL-R*, 2005 CanLII 15325 (CQ) ; *Protection de la jeunesse* — 064789, 2006 QCCQ 23261 ; *Protection de la jeunesse* - 06802, 2006 QCCQ 17948 ; *Protection de la jeunesse* — 085587, 2008 QCCQ 16939 ; *Protection de la jeunesse* — 094299, 2009 QCCQ 16291 ; *Protection de la jeunesse* — 094800, 2009 QCCQ 16904 ; *Protection de la jeunesse* — 095233, 2009 QCCQ 18997 ; *Protection de la jeunesse* — 101 564, 2010 QCCQ 12909 ; *Protection de la jeunesse* — 10 453, 2010 QCCQ 10582 ; *Protection de la jeunesse* — 114 111, 2011 QCCQ 10025 ; *Protection de la jeunesse* — 114 323, 2011 QCCQ 11943 ; *Protection de la jeunesse* — 122 814, 2012 QCCQ 11291 ; *Protection de la jeunesse* — 124 717, 2012 QCCQ 12971 ; *Protection de la jeunesse* — 126 662, 2012 QCCQ 17209 ; *Protection de la jeunesse* — 126 998, 2012 QCCQ 17549 ; *Protection de la jeunesse* — 133 650, 2013 QCCQ 11172 ; *Protection de la jeunesse* — 144 113, 2014 QCCQ 16114 ; *Protection de la jeunesse* — 149 082, 2014 QCCQ 21043 ; *Protection de la jeunesse* — 156 461, 2015 QCCQ 18545 ; *Protection de la jeunesse* — 15 883, 2015 QCCQ 9173 ; *Protection de la jeunesse* — 179 090, 2017 QCCQ 18723 ; *Protection de la jeunesse* — 183 065, 2018 QCCQ 12740 ; *Protection de la jeunesse* — 184 354, 2018 QCCQ 14001 ; *Protection de la jeunesse* — 188 401, 2018 QCCQ 17336 ; *Protection de la jeunesse* — 191 192, 2019 QCCQ 10325 ; *Protection de la jeunesse* — 195 573, 2019 QCCQ 16319 ; *Protection de la jeunesse* — 20 959, 2020 QCCQ 13162 ; *Protection de la jeunesse* — 211 180, 2021 QCCQ 2819 ; *Protection de la jeunesse* — 219 715, 2021 QCCQ 16893 ; *Protection de la jeunesse* — 221 041, 2022 QCCQ 4785 ; *Protection de la jeunesse* — 221 800, 2022 QCCQ 3195 ; *Protection de la jeunesse* — 22 192, 2022 QCCQ 3301 ; *X, Re*, 2004 CanLII 23183 (CQ) ; *PT, Re*, 2005 CanLII 29580 (CQ) ; *Protection de la jeunesse* — 085722, 2008 QCCQ 17352 ; *Protection de la jeunesse* — 088398, 2008 QCCQ 21417.

Jugements appliquent l'arrêt F. D. : 9

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides c X, 2022 QCCS 4513 ; *Protection de la jeunesse* — 213 839, 2021 QCCQ 15216 ; *Protection de la jeunesse* — 234 176, 2023 QCCQ 6001 ; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c X*, 2023 QCCS 1230 ; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c PL*, 2016 QCCS 1693 ; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c X*, 2022 QCCS 4772 ; *Hôpital Rivière-des-Prairies du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM) c X*, 2018 QCCS 4673 ;

Protection de la jeunesse — 211 449, 2021 QCCS 1399 ;
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c X, 2020 QCCS 3763.

Jugements analysant l'inaptitude de l'adolescente et son refus de soin, mais n'analysent pas la légalité du plan de soin : 5

Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda c X, 2012 QCCS 512 ;
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Établissement de Rouyn-Noranda) c JL, 2017 QCCS 2975 ;
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Établissement de Val-D'or) c AR, 2017 QCCS 2976 ;
Dans la situation de TP, [2004] AZ-50265130 (SOQUIJ) (CQ);
Protection de la jeunesse — 078319, 2007 QCCQ 19225.

Jugement évaluant uniquement si les soins sont bénéfiques, opportuns et que les risques ne sont pas hors proportion avec les bénéfices : 3

Protection de la jeunesse — 078319, note 9 ;
Protection de la jeunesse — 207 525, note 4 ;
Protection de la jeunesse — 211 642, 2021 QCCQ 9516

Jugements fondant leur analyse sur l'article 16 C.c.Q. : 7

X (Dans la situation de), 2006 QCCQ 10098 ;
Protection de la jeunesse — 073274, 2007 QCCQ 14576 ;
Allan Memorial Institute v McIntosh, EYB 1999-15815 (QCCS);
CD (Dans la situation de), [1999] AZ-50111485 (SOQUIJ) (CQ);
Protection de la jeunesse -- 599, [1993] RJQ 611 (CQ);
Dans la situation de G(A), 2003 CanLII 32946 (CQ);
Protection de la jeunesse — 207 447, 2020 QCCQ 9601.

Jugements ayant une analyse se limitant à constater que la sécurité et le développement de l'enfant est compromis : 33

Dans la situation de : M (F), [2000] RDF 800 (CQ); *Protection de la jeunesse* — 072055, 2007 QCCQ 9209 ; *Protection de la jeunesse* — 075306, 2007 QCCQ 16409 ; *Protection de la jeunesse* — 088315, 2008 QCCQ 21028 ; *Protection de la jeunesse* — 122 999, 2012 QCCQ 11991 ; *Protection de la jeunesse* — 132 525, 2013 QCCQ 11074 ; *Protection de la jeunesse* — 143 190, 2014 QCCQ 14957 ; *Protection de la jeunesse* — 157 493, 2015 QCCQ 20230 ; *Protection de la jeunesse* — 157 783, 2015 QCCQ 20547 ; *Protection de la jeunesse* — 159 302, 2015 QCCQ 16989 ; *Protection de la jeunesse* — 168 201, 2016 QCCQ 17360 ; *Protection de la jeunesse* — 168 528, 2016 QCCQ 17628 ; *Protection de la jeunesse* — 171 612, 2017 QCCQ 3356 ; *Protection de la jeunesse* — 171 872, 2017 QCCQ 4489 ; *Protection de la jeunesse* — 171 892, 2017 QCCQ 4503 ; *Protection de la jeunesse* — 173 448, 2017 QCCQ 8552 ; *Protection de la jeunesse* — 176 620, 2017 QCCQ 16801 ; *Protection de la jeunesse* — 182 978, 2018 QCCQ 12491 ; *Protection de la jeunesse* — 185 533, 2018 QCCQ 16199 ; *Protection de la jeunesse* — 186 344, 2018 QCCQ 15474 ; *Protection de la jeunesse* — 188 360, 2018 QCCQ 18507 ; *Protection de la jeunesse* — 189 951, 2018 QCCQ 18828 ; *Protection de la jeunesse* — 191 741, 2019

QCCQ 11110 ; *Protection de la jeunesse* — 193 763, 2019 QCCQ 3916 ; *Protection de la jeunesse* — 194 555, 2019 14 099 QCCQ ; *Protection de la jeunesse* — 19 840, 2019 QCCQ 10595 ; *Protection de la jeunesse* — 20 920, 2020 QCCQ 13234 ; *Protection de la jeunesse* — 213 586, 2021 QCCQ 6665 ; *Protection de la jeunesse* — 216 161, 2021 QCCQ 11167 ; *Protection de la jeunesse* — 444, [1990] JE 90-1012 (CQ) ; *Protection de la jeunesse* - 071889, 2007 QCCQ 8557 ; *Protection de la jeunesse* — 073312, 2007 QCCQ 19917 ; *Protection de la jeunesse* — 171 575, 2017 QCCQ 3849.