

La relation contractuelle entre le professionnel de la santé et le patient dans un contexte de santé mentale en droit québécois

Version révisée — jurisprudence approfondie

Introduction

En droit québécois, la relation entre un professionnel de la santé et un patient s'inscrit dans un cadre juridique qui conjugue la théorie générale des obligations et le droit spécifique des contrats. Ce cadre est largement tributaire des principes du Code civil du Québec, en particulier des articles 1457 et 1458 C.c.Q., qui imposent au professionnel de fournir des soins conformes aux règles de l'art, avec prudence, diligence et compétence, ainsi que des articles 10 et 11 C.c.Q., qui garantissent au patient le droit de consentir librement et de manière éclairée aux soins.

La Cour d'appel du Québec a eu l'occasion de faire la synthèse de ces obligations dans *M.G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607, où elle rappelle que le médecin a quatre grandes catégories d'obligations envers son patient : obtenir son consentement libre et éclairé (ce qui suppose de satisfaire au devoir d'information), poser un diagnostic juste, prescrire et administrer un traitement adéquat, et respecter le secret professionnel (par. 142). Cette décision-synthèse constitue aujourd'hui le point d'ancrage le plus fiable pour circonscrire le contenu de la relation contractuelle patient-médecin, y compris dans le contexte particulier de la santé mentale.

Dès lors qu'un patient consulte un médecin et que celui-ci accepte de le traiter, il se forme un **contrat de soins** — contrat synallagmatique à titre onéreux ou gratuit — fondé sur un échange de consentements et impliquant des obligations réciproques : le patient s'engage à collaborer et à fournir les informations pertinentes, tandis que le médecin s'oblige à poser un diagnostic et à recommander ou prodiguer un traitement selon les standards reconnus.

Cependant, dans le domaine de la **santé mentale**, ce rapport contractuel se complexifie considérablement. Le droit québécois pose la présomption de capacité (art. 10 C.c.Q.) comme principe fondamental, même en présence d'un trouble mental, mais cette présomption est vulnérable en pratique : elle peut être écartée ou restreinte par une évaluation médicale ou par décision judiciaire, notamment dans le cadre d'une garde en établissement ou d'une ordonnance de traitement. La jurisprudence relative à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal — notamment *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*, [1991] R.J.Q. 1969 (C.S.), et *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G.*, 1994 CanLII 6105 (QC CA) — a directement façonné la façon dont les tribunaux québécois évaluent l'aptitude à consentir aux soins en contexte psychiatrique, et sera étudiée en détail plus loin.

Ce contexte psychiatrique est marqué par des déséquilibres structurels de pouvoir : le médecin détient le savoir scientifique, le contrôle des moyens thérapeutiques et parfois l'autorité légale pour imposer un traitement; le patient, de son côté, se trouve dans une position de vulnérabilité accrue, amplifiée par les stigmates sociaux liés à la maladie mentale et par la rareté des ressources spécialisées. Il en résulte un terrain propice à des tensions, voire à des dérives, où le **paternalisme médical** — parfois justifié par un

devoir d'assistance — peut, s'il est exercé sans contrepoids ni contrôle objectif, se transformer en atteinte à l'autonomie et aux droits fondamentaux du patient.

I. Fondements contractuels de la relation thérapeutique

1. Le contrat de soins

En droit québécois, la relation médecin-patient se matérialise généralement sous la forme d'un contrat de soins qui naît dès l'acceptation par un médecin de traiter un patient qui sollicite ses services. Ce contrat est synallagmatique, c'est-à-dire qu'il crée des obligations réciproques, et peut être à titre onéreux (honoraires) ou gratuit (soins dispensés dans un établissement public).

Dans *M.G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607, la Cour d'appel rappelle que le devoir de renseignement du médecin est une **obligation de moyens**, dont l'intensité varie selon l'urgence de la situation, la nécessité de l'intervention et la situation particulière du patient (par. 144). De même, le diagnostic et le traitement relèvent d'une obligation de moyens et non de résultat : la faute s'apprécie en fonction de ce qu'aurait fait un médecin normalement prudent et compétent, placé dans les mêmes circonstances (par. 147 à 149).

Vincent Karim précise la portée de cette qualification : le médecin ne garantit pas la guérison de son patient, mais promet de mettre en œuvre tous les moyens offerts par la médecine moderne pour y parvenir; il appartient donc au patient qui recherche la responsabilité du médecin de faire la preuve d'une faute, une présomption générale jouant en faveur du professionnel qui a rempli ses obligations (Karim, *Les obligations*, vol. 1, sous art. 1458, nos 3872-3873). Le critère retenu par les tribunaux est objectif et abstrait : il ne s'agit pas de savoir si le médecin a fait de son mieux, mais si sa conduite est conforme à celle d'un médecin prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances et possédant les mêmes connaissances, habiletés et degré de spécialisation (Karim, sous art. 1457, no 3503). Cette appréciation demeure contextuelle : le milieu de pratique, le matériel disponible, les ressources allouées et l'urgence de la situation sont tous des facteurs pertinents (Karim, sous art. 1457, no 3501) — une précision particulièrement utile en psychiatrie, où les ressources et les contraintes organisationnelles diffèrent sensiblement de la médecine générale ou spécialisée somatique.

Les obligations du professionnel découlent principalement des articles 1457 et 1458 C.c.Q., et comportent :

- **Devoir de compétence et de conformité aux règles de l'art** : le médecin doit diagnostiquer et traiter selon les connaissances scientifiques reconnues, en tenant compte des standards de pratique de sa discipline (*Hôpital Notre-Dame et Théoret c. Laurent*, [1978] 1 R.C.S. 605, où la Cour suprême a reconnu la responsabilité d'un chirurgien pour une erreur de diagnostic posée sans examen suffisant).
- **Obligation de prudence et diligence** : intervenir dans des délais raisonnables et éviter tout comportement susceptible de causer un préjudice évitable au patient.

- **Devoir d'information** (art. 10 et 11 C.c.Q.) : expliquer au patient la nature du diagnostic, les options thérapeutiques, les risques fréquents ou graves, ainsi que les conséquences prévisibles d'un refus de traitement. Selon *Chouinard c. Landry*, [1987] R.J.Q. 1954 (C.A.), et *Godin c. Quintal*, [2002] R.J.Q. 2925 (C.A.), les renseignements attendus du médecin portent notamment sur le diagnostic, la nature et l'objectif du traitement, les effets escomptés, les risques encourus et les conséquences d'un défaut de traitement. Cette obligation n'est toutefois pas absolue : Karim précise que seuls les risques normalement prévisibles et d'une certaine gravité doivent être divulgués, à l'exclusion des risques exceptionnels ou d'une probabilité négligeable, et que le manquement au devoir d'information n'est sanctionné que si le tribunal est d'avis que le patient n'aurait pas consenti au traitement s'il avait été mieux informé (Karim, sous art. 1458, nos 3870-3871) — un principe qui rejoint directement le test de la subjectivité rationnelle de l'arrêt *Pinsonneault* évoqué plus loin.

Les obligations du patient ne sont pas purement passives. Elles incluent le devoir de collaboration (se conformer raisonnablement aux traitements prescrits et aux suivis requis), le devoir de fournir des informations exactes et complètes, et le respect des directives médicales, sous réserve du droit au refus de traitement.

Le défaut pour le médecin de respecter ses obligations peut engager sa responsabilité contractuelle (art. 1458 C.c.Q.), tandis qu'un manquement grave du patient à ses engagements peut avoir un impact sur la relation de soins ou l'évaluation des conséquences dommageables.

Cette responsabilité contractuelle repose sur le principe de la **force obligatoire du contrat**, que Karim rattache à l'article 1458 C.c.Q. : le contrat est la loi des parties, il s'impose à elles comme au juge, et ne peut être révoqué ou modifié unilatéralement, sauf exceptions prévues par la loi (Karim, sous art. 1458, nos 3850-3851). Pour engager la responsabilité contractuelle du médecin, le patient doit établir trois éléments essentiels : **la faute, le préjudice et le lien de causalité** entre les deux — aucune condamnation ne pouvant être prononcée si la faute alléguée n'a causé aucun préjudice, ou si le dommage ne résulte pas directement de la faute reprochée (Karim, sous art. 1458, no 3852). C'est précisément cette exigence de causalité qui, en psychiatrie, se heurte le plus souvent à la complexité de l'étiologie des troubles mentaux — un enjeu repris à la section IV.3.

2. Le consentement et la capacité

Le consentement libre et éclairé constitue la pierre angulaire de tout contrat de soins. L'article 10 C.c.Q. proclame le droit à l'intégrité et exige le consentement de la personne avant toute intervention; l'article 11 précise que ce consentement doit être éclairé et donné par une personne apte à le faire.

Dans *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G.*, 1994 CanLII 6105 (QC CA), la Cour d'appel a précisé que le consentement libre et éclairé repose sur trois critères : le patient doit être informé de sa condition, il doit être capable de recevoir et de comprendre cette information, et il doit être en mesure de prendre une décision et de l'exprimer. Dans cette affaire, la Cour a confirmé qu'un patient atteint de troubles psychiatriques graves, mais lucide quant à sa décision, avait le droit de refuser un traitement antipsychotique, en l'absence de régime de protection.

En principe, tout majeur est présumé apte à consentir à ses soins (art. 10 C.c.Q.), et ce même en présence d'un trouble de santé mentale, sauf preuve contraire. Cette présomption peut toutefois être fragilisée en psychiatrie, notamment par :

- Des évaluations de l'aptitude fondées sur le comportement du patient ou sur un diagnostic psychiatrique, parfois de manière préventive, ce qui peut soulever des enjeux de discrimination ou de paternalisme médical.
- Le recours aux régimes de protection (tutelle, curatelle) qui transfèrent la capacité décisionnelle à un représentant légal.
- L'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38.001), qui autorise, sous certaines conditions et avec contrôle judiciaire, l'hospitalisation ou le traitement sans consentement.

Pour encadrer l'évaluation de l'aptitude, les tribunaux québécois se sont largement inspirés, depuis *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*, [1991] R.J.Q. 1969 (C.S.), des critères dits « de la Nouvelle-Écosse », soit : (1) la personne comprend la nature de sa maladie; (2) elle comprend la nature et le but du traitement proposé; (3) elle comprend les risques associés à ce traitement; (4) elle comprend les risques encourus en l'absence de traitement; et (5) sa capacité à consentir n'est pas compromise par la maladie elle-même. Ces critères illustrent l'exigence d'une évaluation *in concreto*, centrée sur la compréhension réelle du patient face au soin précis en cause, et non sur la seule existence d'un diagnostic psychiatrique.

Ainsi, même dans un contexte psychiatrique, le lien contractuel n'est pas aboli par défaut — il est modulé, parfois restreint, mais reste le cadre de référence pour apprécier les droits et obligations réciproques.

II. Spécificités en contexte de santé mentale

1. Consentement libre et éclairé : un défi renforcé

En santé mentale, le consentement libre et éclairé conserve sa valeur juridique fondamentale, mais il est plus difficile à garantir dans la pratique. Le médecin doit fournir une information complète et intelligible sur la nature du trouble, les objectifs du traitement, les effets secondaires connus, les alternatives thérapeutiques raisonnables (incluant l'absence de traitement), ainsi que l'impact anticipé sur la qualité de vie. La Cour suprême a posé, dans *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192 — une décision de common law fréquemment citée par la doctrine québécoise par analogie —, que le médecin doit répondre aux questions précises du patient et divulguer spontanément la nature de l'intervention proposée, sa gravité et les risques importants ou particuliers qui s'y rattachent.

Sur le terrain civiliste québécois, *M.G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607, ajoute un élément déterminant : même si le défaut d'obtenir un consentement pleinement éclairé constitue une faute professionnelle, la responsabilité du médecin n'est engagée que si le patient établit un lien de causalité entre ce manquement et le préjudice — soit qu'il n'aurait pas consenti à l'intervention s'il avait été adéquatement informé. Cette détermination se fait selon le test de la « subjectivité rationnelle », qui consiste à apprécier quelle aurait été la réponse raisonnablement probable de ce patient précis, et non celle d'une personne

raisonnable abstraite (par. 145-146). Ce test prend un relief particulier en santé mentale, où l'appréciation de ce qu'aurait fait « ce » patient exige de prendre au sérieux son vécu et ses valeurs, plutôt que de les écarter au nom du diagnostic.

Dans le domaine psychiatrique, certains enjeux apparaissent plus aigus :

- **Risque d'invalidation subjective de la parole du patient** : il arrive que le psychiatre considère les déclarations du patient comme intrinsèquement peu fiables en raison du diagnostic, sans procéder à des vérifications objectives (analyses biologiques, observations comportementales documentées, imagerie médicale, données cliniques cumulées).
- **Impact sur l'autonomie contractuelle** : un tel comportement peut miner le lien de confiance, réduire la participation du patient aux décisions et, en droit, constituer un manquement à l'obligation d'information et de diligence prévue aux articles 1457 et 1458 C.c.Q.

La jurisprudence rappelle constamment, depuis *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G.*, que l'incapacité ne se présume pas et que le refus d'entendre la version du patient sans base objective pourrait engager la responsabilité contractuelle et extracontractuelle du professionnel.

2. Paternalisme médical et justification légale

Le paternalisme médical se définit comme la tendance du professionnel à décider à la place du patient au nom de son intérêt supposé. En droit québécois, il trouve parfois un fondement légal :

- **Art. 16 C.c.Q.** : permet des soins sans consentement en cas d'urgence, lorsque la vie ou l'intégrité est menacée et qu'il est impossible d'obtenir le consentement.
- **Loi P-38.001** : encadre la garde en établissement, c'est-à-dire la faculté de retenir une personne pour évaluer si son état mental présente un danger grave et immédiat. Il importe de noter que la garde, à elle seule, n'autorise pas légalement à imposer un traitement : elle permet de contenir temporairement le risque et de procéder à une évaluation psychiatrique, mais non de soigner sans consentement. Pour imposer un soin contre le gré d'une personne inapte, l'établissement doit obtenir une autorisation judiciaire de soins distincte, fondée sur l'art. 16 C.c.Q. Ce régime a été substantiellement modifié par le projet de loi 23 (2026, c. 19), sanctionné le 12 juin 2026 — voir la section V du présent texte, qui lui est consacrée.

Cependant, ces exceptions sont d'interprétation stricte. La Cour suprême a affirmé, dans *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.), le principe cardinal selon lequel une personne apte a le droit de refuser un traitement, même vital, en vertu de son droit à l'inviolabilité et à l'autodétermination garanti par les articles 10 et 11 C.c.Q. — un principe transposable, avec les nuances qu'impose la loi P-38.001, au refus de traitement psychiatrique par un patient jugé apte. De même, dans *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G.*, la Cour d'appel a maintenu le droit d'un patient hospitalisé en psychiatrie légale de refuser une médication antipsychotique, rappelant que le simple fait d'être atteint d'un trouble mental grave n'emporte pas, en soi, une présomption d'incapacité.

Il faut cependant se garder de conclure, de cette distinction juridique stricte, que la garde en établissement est sans effet sur la liberté du consentement aux soins. Une personne sous garde conserve, formellement, le droit de refuser un examen, un soin ou un traitement non ordonné par le tribunal — un droit que le PL 23 réaffirme d'ailleurs explicitement dans le nouvel article 16 de la loi, qui impose à l'établissement de l'informer de ce droit et de le respecter, sauf ordonnance judiciaire, urgence ou soins d'hygiène. Mais le vécu concret de la garde — la privation de liberté, l'environnement institutionnel fermé, l'absence fréquente de représentation juridique durant la garde préventive — engendre chez de nombreux usagers un sentiment d'emprisonnement qui les pousse à « consentir » à des soins qu'ils pourraient légalement refuser, simplement pour hâter leur sortie ou éviter d'aggraver leur situation aux yeux de l'équipe traitante. Ce consentement, bien que juridiquement valide en apparence, est vicié dans les faits par une contrainte informelle que le droit peine à saisir, puisqu'elle ne repose sur aucune ordonnance et n'est donc pas contestable comme telle. C'est un exemple concret de ce que la partie III appelle la transformation du contrat sous l'effet du pouvoir institutionnel : la ligne légale entre garde et soin peut demeurer intacte sur papier tout en étant, dans les faits, largement effacée par le rapport de force vécu par la personne gardée.

L'Association des juristes progressistes observe d'ailleurs, dans son mémoire sur le PL 23, une tendance à la « dissipation des mécanismes de garde et d'autorisation de soins » : bien que le Code civil maintienne cette distinction — la garde répondant à une logique de risque et d'urgence, l'autorisation de soins à une démonstration rigoureuse du besoin médical —, la pratique montre que la garde sert souvent à faciliter l'obtention subséquente d'une autorisation judiciaire de soins, en permettant de réaliser les évaluations psychiatriques qui l'appuieront. En allongeant la durée de la garde initiale et en permettant deux évaluations psychiatriques sans intervention du tribunal, le PL 23 renforcerait cette articulation entre garde et soin, ce qui, selon l'AJP, fragiliserait davantage les droits des usagers plutôt que de clarifier la distinction. Le sentiment de coercition informelle décrit ci-dessus risque donc de s'accentuer, et non de s'atténuer, avec la réforme — un point qui complète l'analyse de la section V.1.

Un usage abusif ou instrumentalisé des dispositions permettant les soins sans consentement — par exemple pour imposer un traitement médicamenteux sans danger imminent ni évaluation documentée — peut rompre l'équilibre contractuel en écartant indûment l'autonomie décisionnelle du patient, et constituer une faute civile engageant la responsabilité du médecin (art. 1457 et 1458 C.c.Q.) et, le cas échéant, la responsabilité institutionnelle de l'établissement.

Sur ce dernier point, l'arrêt de principe *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, [1996] 3 R.C.S. 211, mérite d'être souligné : la Cour suprême y a reconnu qu'une atteinte à la dignité de patients vulnérables hébergés en établissement de santé, même en l'absence de séquelles permanentes, pouvait constituer une atteinte illicite aux droits protégés par les articles 1 et 4 de la Charte des droits et libertés de la personne et, si elle est intentionnelle au sens de l'article 49 al. 2, donner ouverture à des dommages exemplaires. Ce précédent, bien qu'il porte sur un contexte de négligence institutionnelle plutôt que sur un traitement psychiatrique imposé, fournit un cadre transposable pour sanctionner les atteintes graves à la dignité des patients en santé mentale, y compris celles résultant d'un paternalisme médical non contrôlé.

3. Sectorialisation et choix du médecin

En théorie, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) ne limite pas le choix du médecin par une sectorialisation stricte. Le patient peut choisir son médecin, sous réserve de la disponibilité et de la volonté de celui-ci de l'accepter comme patient.

En pratique, la rareté des psychiatres et les modes d'organisation interne des CISSS et CIUSSS engendrent une sectorialisation de facto : les patients sont dirigés vers un psychiatre désigné par le réseau en fonction de la disponibilité, et la possibilité réelle de refuser ou de changer de professionnel est extrêmement limitée.

Ce contexte rapproche la relation thérapeutique du contrat d'adhésion (art. 1379 C.c.Q.) : le contenu des obligations est largement déterminé par l'établissement ou le système, sans possibilité pour le patient de négocier les conditions essentielles. Il s'agit ici d'une thèse doctrinale plutôt que d'un principe consacré par la jurisprudence québécoise, qui n'a pas encore qualifié explicitement le contrat de soins psychiatriques de contrat d'adhésion; elle demeure néanmoins un argument sérieux, cohérent avec l'esprit protecteur des articles 1432 et 1437 C.c.Q. en matière d'interprétation et de clauses abusives, et pourrait justifier l'imposition de garanties supplémentaires pour protéger les droits du patient, notamment en matière d'information, de consentement et de possibilité de recours.

III. De la relation contractuelle à la relation de pouvoir : cadre théorique

Les parties précédentes ont décrit un phénomène récurrent — consentement fragilisé, paternalisme, sectorialisation — sans encore le nommer dans un cadre théorique unifié. Or c'est peut-être là l'idée centrale qui traverse tout le présent texte : le contrat de soins psychiatriques demeure, formellement, un contrat au sens des articles 1378 et suivants C.c.Q., mais son exercice concret est profondément transformé par le pouvoir institutionnel exceptionnel que la loi confère à l'une des parties. Cette partie propose d'explicitier ce cadre et d'en tirer les conséquences doctrinales.

1. La thèse : d'un contrat à une relation hybride

En droit civil, le contrat repose sur plusieurs postulats classiques : la liberté contractuelle, l'égalité juridique des parties, la bonne foi et l'autonomie de la volonté. En psychiatrie, ces postulats sont constamment mis à l'épreuve. Le médecin peut demander une garde, solliciter une ordonnance de traitement, produire l'expertise qui servira au juge, interpréter les refus du patient, qualifier un comportement de symptôme, apprécier le degré de collaboration attendu et, dans une large mesure, contrôler l'accès aux services. Le patient, de son côté, ne dispose d'aucun pouvoir symétrique.

Le contrat continue donc d'exister juridiquement — les obligations analysées à la partie I ne disparaissent pas —, mais il est profondément transformé par ce pouvoir institutionnel. La question de théorie générale des obligations qui se pose alors est la suivante : peut-on encore parler d'un véritable contrat lorsque l'une des parties possède le pouvoir légal de suspendre plusieurs droits fondamentaux de l'autre? Le présent texte propose d'y répondre par la thèse suivante :

La relation entre le psychiatre et le patient demeure juridiquement une relation contractuelle. Toutefois, les pouvoirs exceptionnels conférés au psychiatre et aux établissements de santé mentale — garde, ordonnance de soins, évaluation de la capacité, contrôle de l'accès aux services — transforment progressivement ce contrat en une relation hybride où coexistent le droit des obligations et le droit de la protection. Cette hybridation accroît considérablement le risque que les mécanismes destinés à protéger le patient deviennent eux-mêmes des instruments de limitation de son autonomie. Dès lors, la bonne foi, la preuve objective, le devoir d'information et le contrôle judiciaire ne constituent pas seulement des garanties procédurales : ils deviennent les conditions essentielles permettant au contrat de soins de conserver sa légitimité juridique.

Cette thèse est une proposition doctrinale de synthèse, non un principe consacré par la jurisprudence québécoise; elle offre néanmoins une grille de lecture qui permet de relier entre eux des enjeux jusqu'ici traités séparément — consentement, paternalisme, sectorialisation, preuve — comme les manifestations d'un phénomène unique : la déformation progressive du rapport contractuel sous l'effet du pouvoir institutionnel.

2. Le contrat de soins psychiatriques face au contrat civil classique

Le tableau suivant synthétise les principaux écarts entre le contrat civil classique et le contrat de soins en contexte psychiatrique, tels qu'ils se dégagent de l'analyse menée aux parties I et II :

Contrat civil classique	Contrat de soins psychiatriques	Renvoi
Libre négociation des termes	Choix très limité, souvent imposé par le réseau	Section II.3
Possibilité de quitter la relation	Parfois impossible (garde, ordonnance de soins)	Section II.2
Égalité juridique des parties	Forte asymétrie de pouvoir institutionnel	Section III.1
Consentement pleinement libre	Consentement parfois fragilisé par le diagnostic	Section II.1
Possibilité de changer de cocontractant	Rareté des psychiatres, sectorialisation de facto	Section II.3
Exécution volontaire	Possibilité d'exécution forcée par autorisation judiciaire de soins (art. 16 C.c.Q.), distincte de la garde	Section II.2

Ce tableau ne vise pas à disqualifier la nature contractuelle de la relation, mais à en mesurer l'écart par rapport au modèle classique — un écart qui, selon la thèse proposée ici, justifie un contrôle renforcé plutôt qu'un abandon de la grille contractuelle.

3. L'obligation de bonne foi comme fondement critique

Une bonne partie de la démonstration menée aux parties I et II repose, implicitement, sur l'obligation de bonne foi. Le Code civil impose la bonne foi dans la formation du contrat, dans son exécution et dans son extinction (art. 1375 C.c.Q.), et codifie par ailleurs la théorie de l'abus de droit (art. 6 et 7 C.c.Q.). Karim rappelle que ce régime ne requiert pas la preuve d'une intention malicieuse : une faute simple suffit, établie par la démonstration d'un exercice excessif et déraisonnable du droit ou d'une conduite non conforme aux exigences de la bonne foi contractuelle, le tout inspiré du jugement de la Cour suprême dans *Houle c. Banque Canadienne Nationale*, [1990] 3 R.C.S. 122, qui a précisé qu'un critère d'exercice raisonnable — plutôt que la seule malice — peut fonder la responsabilité pour abus d'un droit contractuel (Karim, sous art. 1458, no 3856).

Transposé au contrat de soins, ce principe permet de reformuler certains manquements déjà identifiés à la section II.1 non plus seulement comme des problèmes de consentement, mais comme des manquements à la bonne foi contractuelle. Lorsque le médecin ignore systématiquement les informations fournies par le patient, refuse de vérifier objectivement des effets secondaires rapportés, interprète tout refus comme un symptôme, ou se sert du diagnostic pour discréditer la parole du patient sans démarche de vérification, l'analyse ne se limite plus à un défaut d'information isolé : elle peut révéler un exercice du pouvoir clinique non conforme à l'exigence générale de bonne foi qui gouverne l'exécution de tout contrat, au même titre que pour n'importe quel cocontractant (art. 1375 C.c.Q.). Cette qualification change la nature de l'analyse : elle ne pose plus seulement la question de savoir si un renseignement précis a été omis, mais si la relation contractuelle, prise dans son ensemble, a été exécutée de manière loyale.

4. Le contrat de soins psychiatriques à l'épreuve du contrat d'adhésion

La section II.3 a évoqué, de façon ponctuelle, la possibilité de qualifier le contrat de soins psychiatriques de contrat d'adhésion. Il convient d'y revenir de façon plus systématique. L'article 1379 C.c.Q. définit le contrat d'adhésion comme celui dont les stipulations essentielles ont été imposées par l'une des parties ou rédigées par elle, pour son compte ou suivant ses instructions, et qui ne pouvaient être librement discutées. Trois critères se dégagent de cette définition, qu'il est possible d'appliquer successivement au contrat de soins psychiatriques :

- **L'imposition unilatérale des stipulations essentielles** : le lieu, le moment, l'intensité et parfois la nature même du traitement sont déterminés par l'établissement ou par le médecin désigné, non négociés avec le patient.
- **L'absence de discussion réelle** : la rareté des ressources en psychiatrie, décrite à la section II.3, prive le patient de toute possibilité concrète de renégocier les termes essentiels de sa prise en charge.
- **L'acceptation en bloc** : le patient est le plus souvent placé devant une alternative binaire — accepter les conditions offertes par le réseau ou renoncer aux soins — sans marge de négociation intermédiaire.

Lorsque ces trois critères sont réunis, les mécanismes protecteurs des articles 1432 et 1437 C.c.Q. trouvent à s'appliquer : l'interprétation stricte des clauses en faveur de l'adhérent, et la possibilité de faire annuler ou réduire une clause abusive. Il faut cependant réitérer la nuance déjà exprimée à la section II.3

: cette qualification demeure, à ce jour, une proposition doctrinale et non un principe consacré par la jurisprudence québécoise en matière de soins psychiatriques. Le test proposé ici vise précisément à combler cette lacune en offrant une grille d'analyse systématique, applicable cas par cas selon le degré réel de sectorialisation vécu par chaque patient.

5. La preuve : qui doit prouver quoi?

Le contentieux psychiatrique se noue le plus souvent autour de la preuve. Le médecin affirme que le patient est en épisode psychotique; le patient affirme subir des effets secondaires non reconnus. Cette confrontation soulève des questions que la section IV.1 a commencé à aborder sous l'angle de la causalité, et qu'il convient ici d'approfondir sous l'angle du fardeau et du seuil de preuve.

Le principe reste celui de la preuve prépondérante (balance des probabilités), et non celui, plus exigeant, de la preuve hors de tout doute raisonnable. Mais la question décisive est de savoir ce qui suffit à établir cette prépondérance lorsque le litige oppose une évaluation clinique subjective aux affirmations du patient. Les critères dégagés depuis *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais* (section II.1) offrent un premier repère : l'inaptitude ne se présume pas et doit reposer sur une évaluation concrète de la compréhension du patient, non sur la seule existence d'un diagnostic. Une simple impression clinique, non documentée par des observations, des examens ou des données objectives, est d'une force probante nettement moindre qu'une preuve appuyée sur des éléments vérifiables — analyses biologiques, imagerie, notes d'observation datées et signées, témoignages du personnel infirmier ou de proches.

Cette hiérarchie des preuves n'est pas qu'une question de bonnes pratiques cliniques : elle a une traduction directement contractuelle. Comme on l'a vu à la section IV.1, Karim rappelle que le patient peut recourir à une preuve par présomptions de fait lorsque la cause exacte du dommage demeure incertaine, et que le médecin peut alors repousser cette présomption en démontrant sa diligence à chaque étape du processus clinique — notamment par une documentation contemporaine et vérifiable. À l'inverse, l'absence de documentation objective peut jouer contre le professionnel : elle prive le tribunal des éléments qui permettraient de démontrer que le standard du médecin prudent et diligent (section I.1) a effectivement été respecté. La question probatoire rejoint ainsi directement l'obligation de bonne foi développée à la section III.3 : documenter objectivement, plutôt que trancher sur la seule base d'une impression, est aussi une manifestation concrète de l'exécution de bonne foi du contrat de soins.

6. L'alliance thérapeutique comme obligation contractuelle : une proposition doctrinale

La psychiatrie contemporaine accorde une place centrale aux notions d'alliance thérapeutique, de décision partagée et de rétablissement axé sur la participation du patient. Ces notions appartiennent d'abord au vocabulaire clinique; elles ne sont pas, à notre connaissance, reconnues comme telles par la jurisprudence civile québécoise. Le présent texte propose néanmoins, à titre de piste doctrinale originale et non comme un état du droit établi, de les rattacher à l'obligation de bonne foi développée à la section III.3.

L'hypothèse est la suivante : si la bonne foi contractuelle exige du médecin qu'il exécute le contrat de soins de manière loyale — qu'il écoute, vérifie objectivement plutôt que de présumer, et associe

réellement le patient aux décisions qui le concernent —, alors une alliance thérapeutique gravement déficiente pourrait constituer un indice pertinent, parmi d'autres, d'une exécution du contrat non conforme à l'article 1375 C.c.Q. Cette association reste à démontrer devant les tribunaux et devrait être maniée avec prudence : la qualité de l'alliance thérapeutique dépend de nombreux facteurs cliniques indépendants de la volonté du médecin, et il serait excessif d'en faire un critère autonome de responsabilité. Elle peut néanmoins servir d'indice contextuel, au même titre que d'autres éléments de preuve, pour apprécier si un professionnel a exécuté ses obligations avec la loyauté qu'exige le droit commun des contrats.

IV. Conséquences juridiques et voies de recours

1. Responsabilité contractuelle

En droit québécois, le manquement par un professionnel de la santé à ses obligations envers un patient peut engager sa responsabilité contractuelle si un lien contractuel de soins est reconnu.

- **Base légale** : art. 1458 C.c.Q., qui prévoit que toute personne a l'obligation d'exécuter ses obligations contractuelles avec prudence et diligence, sous peine de devoir réparer le préjudice causé. Selon *M.G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607 (par. 149), le critère est celui du médecin normalement prudent et compétent, agissant conformément aux standards généralement reconnus dans la profession — la faute pouvant résulter d'une action ou d'une omission.
- **Manquements possibles** : absence de vérification objective des symptômes ou effets secondaires, information insuffisante sur les risques ou alternatives, non-respect des normes scientifiques, omission d'évaluer la capacité de consentement de manière individualisée.

Lorsque le lien contractuel n'est pas clairement établi (par exemple, dans certains contextes d'urgence psychiatrique où le médecin agit sans consentement et sans engagement préalable de suivi), le patient peut se tourner vers la responsabilité extracontractuelle (art. 1457 C.c.Q.).

Il importe cependant de préciser, à la suite de Karim, que le choix entre les deux régimes n'est pas laissé à la discrétion du patient : l'article 1458 C.c.Q. **interdit le cumul** des règles de responsabilité contractuelle et extracontractuelle ainsi que les conclusions alternatives, et consacre la primauté du régime contractuel dès qu'un contrat de soins est établi ou allégué (Karim, sous art. 1458, nos 4001-4004, citant *Syndicat du garage du Cours Le Royer c. Gagnon*). En cas de doute sur l'existence même du lien contractuel — ce qui est fréquent dans les admissions psychiatriques d'urgence —, le demandeur peut néanmoins invoquer la responsabilité contractuelle à titre principal et la responsabilité extracontractuelle à titre subsidiaire dans une même procédure; le tribunal tranchera selon la preuve faite au fond (Karim, sous art. 1458, nos 4003-4004).

En matière de psychiatrie, la frontière entre contractuel et extracontractuel peut dépendre de l'existence d'un consentement initial (même tacite) à un suivi thérapeutique, du caractère ponctuel ou continu de l'intervention, et de la possibilité pour le patient de choisir ou non son médecin.

Sur le plan probatoire, Karim souligne que le demandeur n'a pas à établir la cause exacte du dommage lorsque celle-ci demeure incertaine : il peut recourir à une preuve par présomptions de fait pour démontrer, selon la balance des probabilités, que le préjudice ne se serait pas produit en l'absence de faute — étant entendu que la cause réelle du dommage peut demeurer un mystère tant que la cause la plus probable reste la faute du médecin (Karim, sous art. 1457). Le médecin peut alors repousser cette présomption en démontrant qu'il a agi avec diligence et conformément aux règles de l'art à chaque étape du processus clinique, sans quoi son obligation de moyens se trouverait indûment transformée en obligation de résultat. Ce mécanisme probatoire est particulièrement pertinent en santé mentale, où l'origine exacte d'une détérioration clinique — imputable à la maladie elle-même, à un traitement inadéquat ou à une combinaison des deux — est souvent difficile à isoler avec certitude.

2. Recours en contexte psychiatrique

Le cadre psychiatrique offre au patient plusieurs voies de contestation et de réparation, bien que leur accessibilité varie.

a) Recours administratifs et judiciaires spécialisés

- **Tribunal administratif du Québec (TAQ)** : compétence pour entendre les contestations liées aux décisions de garde en établissement prises en vertu de la Loi P-38.001. L'autorisation judiciaire de soins forcés, fondée sur l'art. 16 C.c.Q., relève actuellement d'un recours distinct devant la Cour supérieure, bien que le PL 23 prévoit de confier les deux types de demandes à la nouvelle section de l'intégrité de la personne du TAQ (voir section V.3). Le tribunal compétent peut confirmer, infirmer ou modifier la décision.
- **Cour supérieure** : recours en habeas corpus pour faire cesser une privation illégale de liberté (art. 10 C.c.Q., Charte canadienne art. 9), applicable immédiatement lorsque la détention est jugée abusive ou non conforme aux exigences légales.

b) Recours civils

- Action en responsabilité devant la Cour du Québec ou la Cour supérieure pour obtenir des dommages-intérêts, fondée sur la responsabilité contractuelle (art. 1458 C.c.Q.) ou extracontractuelle (art. 1457 C.c.Q.).
- Possibilité de réclamer des dommages moraux (atteinte à la dignité, souffrance psychologique) et, comme le confirme *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, [1996] 3 R.C.S. 211, des dommages exemplaires (ou punitifs) en vertu de l'article 49, al. 2 de la Charte des droits et libertés de la personne, lorsque l'atteinte à un droit garanti est à la fois illicite et intentionnelle — cette dernière condition n'exigeant pas la volonté de commettre la faute, mais celle d'en causer les conséquences. Le quantum de ces dommages, dont la fonction est préventive et non compensatoire, doit tenir compte des critères de l'article 1621 C.c.Q.

c) Recours déontologiques et disciplinaires

- **Syndic du Collège des médecins du Québec** : reçoit les plaintes pour manquement aux obligations déontologiques prévues au Code de déontologie des médecins. Les sanctions peuvent aller de l'avertissement à la radiation.
- **Protecteur du citoyen** : compétent pour examiner les plaintes liées au fonctionnement des établissements de santé, particulièrement lorsque le recours au commissaire aux plaintes interne n'a pas donné satisfaction.

3. Enjeux pratiques et stratégiques

En psychiatrie, l'exercice des recours présente des défis spécifiques :

- **Charge de la preuve** : le patient doit établir non seulement la faute, mais aussi le lien de causalité entre la faute et le préjudice — un exercice que *M.G. c. Pinsonneault* illustre bien à travers le test de la subjectivité rationnelle, particulièrement délicat à appliquer lorsque la fiabilité du récit du patient est elle-même contestée en raison de son diagnostic.
- **Déséquilibre informationnel** : l'accès aux notes cliniques et aux données objectives est essentiel pour documenter une réclamation, mais peut être difficile à obtenir sans assistance juridique.
- **Risque de représailles implicites** : dans un contexte de suivi psychiatrique continu, un patient qui conteste les décisions médicales peut craindre un impact négatif sur sa prise en charge future.

Pour ces raisons, plusieurs auteurs plaident pour un renforcement des garanties procédurales dans le cadre des soins psychiatriques, notamment par l'instauration de mécanismes indépendants d'examen et par une reconnaissance plus explicite, en doctrine comme en jurisprudence, du caractère souvent adhésif du contrat de soins lorsque le choix du médecin est limité par la sectorialisation de facto.

V. Le projet de loi 23 (2026, chapitre 19) : une réforme récente et contestée du régime de garde

Le 12 juin 2026, l'Assemblée nationale a adopté et sanctionné le projet de loi n° 23, *Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui* (2026, c. 19). Cette loi modifie substantiellement la Loi P-38.001, dont elle change même le titre : celle-ci s'appelle désormais la *Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental*. Ses dispositions entrent en vigueur par étapes, à des dates que le gouvernement doit fixer, à l'exception de certaines dispositions relatives à l'aide juridique universelle, entrées en vigueur dès la sanction. Cette réforme touche directement plusieurs des enjeux analysés dans les parties précédentes du présent texte — garde en établissement, paternalisme médical, consentement, recours — et mérite qu'on s'y arrête, d'autant qu'elle a fait l'objet d'une opposition doctrinale marquée, notamment de la part de l'Association des juristes progressistes (AJP) dans le mémoire qu'elle a déposé le 29 mai 2026 devant la Commission de la santé et des services sociaux.

1. La fusion des gardes en une « garde temporaire »

Le régime antérieur distinguait la garde préventive (décidée par un médecin, sans aval judiciaire, d'une durée maximale de 72 heures) de la garde provisoire (ordonnée par un tribunal pour permettre une évaluation psychiatrique). L'article 5 du PL 23 fusionne ces deux régimes en une **garde temporaire** unique, décidée par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée, sans autorisation judiciaire initiale. Cette garde peut désormais s'étendre jusqu'à 216 heures — neuf jours — avant qu'une demande de garde en établissement ne doive être présentée au tribunal, comparativement à 72 heures sous l'ancien régime.

L'AJP recommande l'abandon pur et simple de cette fusion et le maintien des deux gardes distinctes, ainsi que l'exigence d'une autorisation judiciaire pour toute évaluation psychiatrique imposée contre le gré du patient. Le mémoire souligne que l'allongement du délai sans contrôle judiciaire emporte une conséquence probatoire précise : plus le temps s'écoule entre les faits ayant justifié l'intervention initiale et l'audience, plus la preuve présentée au tribunal risque de reposer sur du ouï-dire — une preuve généralement inadmissible en droit québécois, sauf exception, en raison de sa faible fiabilité — les faits initiaux étant souvent rapportés par plusieurs intermédiaires (policier, infirmière au triage, résident en psychiatrie) avant d'atteindre le rapport signé par le psychiatre traitant.

L'AJP identifie également un second effet structurel de cette réforme, qu'elle nomme la « dissipation des mécanismes de garde et d'autorisation de soins ». Le Code civil maintient formellement deux régimes distincts : la garde, associée à une logique de risque et d'urgence, et l'autorisation judiciaire de soins (art. 16 C.c.Q.), qui exige une démonstration rigoureuse du besoin médical lorsque la personne s'y oppose. Dans la pratique, cependant, la garde sert fréquemment à réaliser les évaluations psychiatriques qui appuieront ensuite une demande d'autorisation de soins — de sorte qu'en allongeant la période de garde initiale et en permettant deux évaluations psychiatriques sans intervention du tribunal, le PL 23 facilite et renforce l'articulation entre garde et soin, au détriment, selon l'AJP, des droits de la personne gardée. Cette observation rejoint directement le constat fait à la section II.2 : même si la garde n'autorise pas, en droit, à imposer un traitement, l'allongement de sa durée accroît la pression informelle qui conduit un nombre croissant de personnes à consentir aux soins proposés avant même qu'une autorisation judiciaire ne soit requise.

2. L'élargissement du critère de danger et le processus d'action concertée

L'article 7 du PL 23 élargit le critère de danger justifiant une intervention sans consentement, jusqu'ici circonscrit au danger « grave et immédiat ». L'AJP recommande le maintien strict de ce critère, dans la logique d'interprétation restrictive qui caractérise, comme on l'a vu à la section II.2 du présent texte, les exceptions au consentement libre et éclairé.

Les articles 10 et 13.7 introduisent par ailleurs un « processus d'action concertée » permettant à un intervenant de partager des renseignements personnels et de déclencher une intervention lorsqu'une personne présente une « capacité limitée à juger des répercussions » de sa situation ou une « réticence à solliciter des services ». L'AJP y voit un pouvoir clinique discrétionnaire large, susceptible d'assimiler la méfiance envers des institutions historiquement coercitives à un symptôme d'inaptitude, et recommande l'abrogation pure et simple de cette disposition ou, à défaut, l'exigence d'un consentement systématique au partage des renseignements ainsi que des balises contre le profilage.

3. Le transfert de compétence vers le Tribunal administratif du Québec

L'article 38 du PL 23 crée, au sein du TAQ, une nouvelle « section de l'intégrité de la personne », qui reprend la compétence jusqu'alors exercée par la Cour du Québec (en matière de garde) et par la Cour supérieure (en matière d'autorisation de soins). Les demandes de garde et de soins seraient désormais tranchées par un membre unique, avocat ou notaire, plutôt que par un juge. L'AJP appuie sur ce point les préoccupations exprimées par l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ), qui recommandait plutôt de préserver l'étanchéité des mécanismes de garde et de soins en raison de leurs critères distincts, et recommande le maintien de la compétence judiciaire actuelle, partagée entre la Cour du Québec et la Cour supérieure. Le mémoire s'inquiète également de la capacité opérationnelle du TAQ à absorber ce nouveau volume de dossiers, ainsi que des garanties procédurales généralement moindres devant un tribunal administratif que devant un tribunal judiciaire — un enjeu de taille compte tenu de l'ampleur des droits et libertés en cause. Cette évolution mérite d'être suivie de près : une bonne partie de l'analyse des recours présentée à la section IV.2 du présent texte, fondée sur la compétence actuelle du TAQ et de la Cour supérieure, sera à réviser au fur et à mesure de l'entrée en vigueur de ces dispositions.

L'article 42 ajoute que le tribunal doit privilégier les outils technologiques et peut ordonner d'office la tenue d'audiences virtuelles — une mesure que l'AJP associe à un risque d'« industrialisation » des audiences en matière d'intégrité, où l'efficacité administrative se substituerait à une évaluation individualisée de chaque situation.

4. Les directives psychiatriques anticipées

Le PL 23 introduit un mécanisme entièrement nouveau : les **directives psychiatriques anticipées** (nouveaux art. 13.11 à 13.28 de la loi). Une personne apte peut désormais consigner à l'avance, dans un formulaire prescrit par Santé Québec et avec l'assistance d'un professionnel de la santé, les soins psychiatriques auxquels elle consent ou qu'elle refuse advenant une inaptitude future liée à son trouble mental, ainsi que les signes et symptômes qui signaleraient cette inaptitude. Elle peut désigner un tiers de confiance, consentir d'avance à être amenée à un établissement par un agent de la paix sans autorisation judiciaire, et faire verser ses directives dans un registre national. Ces directives sont révocables en tout temps et, en cas de conflit, prévalent sur les volontés exprimées dans un mandat de protection.

Ce mécanisme s'inscrit directement dans la logique contractuelle développée dans ce texte : il constitue une forme de consentement anticipé qui permet au patient de demeurer, autant que possible, le rédacteur des termes de sa propre relation de soins, même après la survenance d'une inaptitude. L'AJP a choisi de ne pas se prononcer sur ce volet du projet de loi dans son mémoire, le jugeant digne d'une analyse distincte. Un examen plus poussé de sa mécanique contractuelle révèle toutefois des zones de fragilité importantes.

Un consentement qui ne peut plus être contemporain de l'intervention. Le droit civil du consentement aux soins repose normalement sur l'exigence d'un consentement contemporain de l'acte, donné à la lumière de l'information alors disponible. Les directives anticipées rompent avec cette exigence : la

personne consent au moment de la rédaction à des soins dont la nécessité, la forme exacte et les alternatives ne seront évaluées que plus tard, par d'autres, lors d'une crise qu'elle ne pourra pas négocier en temps réel.

Un contrat nécessairement incomplet. Au moment de signer, la personne décrit des signes et symptômes anticipés (art. 13.13); mais une crise réelle ne recoupe pas toujours exactement le scénario envisagé à froid. Le professionnel appelé à mettre en œuvre la directive doit alors interpréter une correspondance entre une situation vécue et un texte rédigé dans l'abstrait, parfois des années plus tôt — un exercice d'interprétation qui rappelle, par analogie, les difficultés propres aux contrats d'adhésion évoquées à la section II.3.

Un consentement à la coercition future. La disposition la plus significative à cet égard est l'article 13.11, al. 2, qui permet à la personne de consentir d'avance à être amenée de force par un agent de la paix ou un technicien ambulancier, sans autorisation judiciaire, sur la seule appréciation d'un tiers que les symptômes décrits sont présents. Il s'agit d'un consentement donné aujourd'hui à une coercition physique future, dont le déclenchement dépendra entièrement du jugement d'autrui au moment critique.

Le verrou de la révocation. L'article 13.20 exige, pour révoquer une directive, d'être assisté par un professionnel de la santé qui atteste de l'aptitude de la personne à consentir. Une personne en crise qui souhaite précisément contester l'application d'une directive se trouve ainsi prise dans une forme de boucle logique : la contestation présuppose la reconnaissance de l'aptitude que la crise met justement en doute.

La primauté sur le mandat de protection. L'article 13.26 fait prévaloir la directive anticipée, figée dans un formulaire, sur les volontés exprimées dans un mandat de protection — écartant ainsi le jugement contextuel d'un mandataire qui connaît potentiellement mieux la situation actuelle de la personne que le texte rédigé antérieurement.

Ces zones de fragilité doivent toutefois être mises en balance avec un contrepoint sérieux : ce mécanisme n'est pas structurellement différent des directives médicales anticipées de fin de vie, déjà bien ancrées en droit québécois, et l'alternative à un consentement anticipé n'est pas l'absence de coercition, mais une coercition décidée entièrement par des tiers sans aucun ancrage dans les volontés antérieures de la personne concernée. Sous cet angle, la directive anticipée demeure un instrument plus respectueux de l'autonomie que le silence complet du droit sur les préférences du patient en amont d'une crise. L'équilibre réel entre ces deux lectures dépendra largement de la pratique — notamment de la rigueur avec laquelle les professionnels vérifieront la correspondance entre les symptômes observés et ceux décrits dans la directive, et de l'accessibilité effective du mécanisme de révocation pour une personne en crise.

5. Aide juridique universelle et bilan d'ensemble

Le PL 23 étend l'admissibilité universelle à l'aide juridique à toute personne faisant l'objet d'une procédure en matière d'intégrité, sans égard à ses revenus — une mesure que l'AJP accueille favorablement, tout en recommandant qu'elle ne soit pas limitée à la première instance et qu'elle s'étende aux recours en révision

et en appel, pour éviter qu'un avocat ne se retrouve à devoir choisir entre poursuivre un mandat non rémunéré ou abandonner un client dont les droits demeurent en jeu.

Dans l'ensemble, le mémoire de l'AJP recommande le retrait du projet de loi et la tenue d'un processus de consultation élargi, estimant que le PL 23 s'écarte de la plupart des recommandations formulées par l'IQRDJ et s'inscrit dans une logique de gestion du risque institutionnel plutôt que dans le renforcement des droits fondamentaux des personnes concernées. Le mémoire s'appuie également sur les positions de l'AGIDD-SMQ, du RRASMQ, de Me Patrick Martin-Ménard et Jean-François Plouffe d'Action Autonomie, de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, et du Protecteur du citoyen. Le PL 23 a néanmoins été adopté sans les modifications réclamées par ces intervenants.

6. Portée de la réforme pour l'analyse contractuelle

Cette réforme confirme, plutôt qu'elle ne dément, la thèse centrale du présent texte : la relation contractuelle patient-professionnel en santé mentale demeure structurée par un déséquilibre de pouvoir que le droit peine à corriger, et que certaines réformes risquent même d'accentuer. L'allongement de la garde temporaire, l'élargissement du critère de danger et le processus d'action concertée déplacent le curseur vers davantage de paternalisme institutionnel et moins de contrôle judiciaire contemporain des faits, ce qui complique d'autant la démonstration, par le patient, du lien de causalité entre une faute et un préjudice, telle qu'exigée par le test de la subjectivité rationnelle de *Pinsonneault* et par les principes probatoires dégagés par Karim. Les directives psychiatriques anticipées et l'aide juridique universelle constituent, en apparence, des avancées vers la reconnaissance du patient comme partenaire contractuel actif; mais comme on l'a vu, les directives anticipées comportent leur propre risque, structurellement inverse : celui de faire porter au patient, au moment où il est le plus vulnérable et le moins en mesure de négocier, les conséquences d'un consentement donné dans des circonstances entièrement différentes. Loin de résoudre la tension entre protection et autonomie identifiée dès l'introduction de ce texte, ce nouvel instrument la déplace simplement dans le temps. L'équilibre net de la réforme dépendra largement des modalités réglementaires et des dates d'entrée en vigueur encore à déterminer par le gouvernement.

Conclusion intégrative

La relation contractuelle entre un professionnel de la santé et un patient, en droit québécois, repose sur des principes clairs de la théorie générale des obligations : un échange de consentements, un engagement mutuel, et un équilibre contractuel fondé sur la prudence, la diligence et le respect de l'autonomie — des principes que la Cour d'appel a synthétisés de façon particulièrement utile dans *M.G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607. Dans le contexte de la santé mentale, cette structure juridique se complexifie considérablement, car elle se déploie dans un espace où l'asymétrie de pouvoir est particulièrement marquée et où la loi autorise, dans certaines conditions, l'intervention sans consentement. Comme le propose la partie III, ce contrat ne disparaît pas sous l'effet de cette asymétrie : il se transforme en une relation hybride, où le maintien de la bonne foi, de la preuve objective et du contrôle judiciaire conditionne directement sa légitimité.

Les fondements contractuels rappellent que la présomption de capacité et le droit à l'information sont au cœur de la relation thérapeutique — un principe que la jurisprudence relative à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal a solidement ancré dans le droit québécois en refusant de faire de l'incapacité une conséquence automatique du diagnostic psychiatrique. Pourtant, les spécificités psychiatriques — invalidation parfois injustifiée de la parole du patient, recours au paternalisme médical, sectorialisation de facto du choix du médecin — fragilisent la réalisation concrète de ces droits. Dans un système où la rareté des ressources transforme souvent le contrat de soins en un contrat d'adhésion de fait, le patient dispose rarement d'un véritable pouvoir de négociation, ce qui accentue le besoin de protections renforcées.

Sur le plan des conséquences juridiques, le droit québécois met à la disposition des patients des voies de recours contractuelles, extracontractuelles, administratives et disciplinaires — et, comme le montre l'arrêt *St-Ferdinand*, la possibilité, dans les cas les plus graves d'atteinte à la dignité, d'obtenir des dommages exemplaires fondés sur la Charte québécoise. Toutefois, leur efficacité se heurte à des obstacles structurels : complexité procédurale, difficultés probatoires — notamment le fardeau de la causalité rappelé dans *Pinsonneault* — et dépendance fonctionnelle vis-à-vis du réseau de soins.

En définitive, le défi central est de réconcilier la nécessaire protection des personnes vulnérables avec le respect inconditionnel de leur autonomie. Cela implique, d'une part, de limiter strictement les cas où l'on peut déroger au consentement libre et éclairé, en s'appuyant sur les critères d'aptitude dégagés depuis *Blais et A.G.*, et, d'autre part, de reconnaître la nature souvent adhésive du contrat de soins psychiatriques afin de soumettre son interprétation aux règles protectrices du Code civil. Une telle évolution renforcerait le contrôle judiciaire sur les pratiques paternalistes injustifiées et imposerait un standard plus élevé d'objectivation des décisions médicales.

Au-delà des textes et des décisions de justice, cette réflexion appelle aussi une transformation culturelle au sein du milieu psychiatrique : considérer le patient non comme un objet de soins, mais comme un partenaire contractuel, détenteur de droits effectifs, capable de participer à la construction de son parcours thérapeutique, même au sein d'un cadre légal contraignant. C'est dans cette tension entre protection et autonomie que se joue, en définitive, la qualité démocratique du droit de la santé mentale au Québec.

Sources législatives récentes

Projet de loi n° 23, *Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui*, 2026, c. 19 (sanctionné le 12 juin 2026), modifiant la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38.001), renommée *Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental*.

Association des juristes progressistes, *Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux — Projet de loi 23*, Assemblée nationale du Québec, 29 mai 2026.

Sources doctrinales

Les développements sur l'obligation de moyens, le standard objectif du médecin prudent et diligent, l'étendue réelle du devoir de renseignement, le principe de la force obligatoire du contrat, l'interdiction du cumul des régimes de responsabilité (art. 1458 C.c.Q.) et le régime de preuve par présomptions de fait s'appuient sur : Vincent KARIM, *Les obligations*, vol. 1 (art. 1371 à 1496 C.c.Q.), 6e éd., Montréal, Wilson & Lafleur, 2024, commentaires sous les art. 1457 et 1458 C.c.Q.

Tableau récapitulatif de la jurisprudence citée

Pour faciliter le repérage des autorités, les décisions mobilisées dans ce texte sont, par ordre chronologique :

- *Hôpital Notre-Dame et Théoret c. Laurent*, [1978] 1 R.C.S. 605 — obligation de moyens du médecin quant au diagnostic.
- *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192 — étendue du devoir de renseignement (common law, cité par analogie).
- *Houle c. Banque Canadienne Nationale*, [1990] 3 R.C.S. 122 — critère de l'exercice raisonnable d'un droit contractuel, fondement de l'abus de droit et de la bonne foi (art. 6, 7, 1375 C.c.Q.).
- *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*, [1991] R.J.Q. 1969 (C.S.) — critères d'évaluation de l'incapacité à consentir.
- *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.) — droit de refuser un traitement, même vital.
- *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G.*, 1994 CanLII 6105 (QC CA) — critères du consentement libre et éclairé; refus de soins par un patient psychiatrique apte.
- *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, [1996] 3 R.C.S. 211 — dommages exemplaires pour atteinte à la dignité de patients vulnérables (art. 49 Charte).
- *M.G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607 — synthèse des quatre obligations du médecin; test de la subjectivité rationnelle.