

Chapitre 4

Le contexte juridique

Introduction

Le Groupe de travail s'est interrogé sur les conséquences que la mise à jour du système professionnel qu'il propose est susceptible d'entraîner sur d'autres lois ou règlements régissant les professionnels de la santé et des relations humaines. Plus particulièrement, le Groupe de travail s'est demandé si les changements qu'il recommanderait pouvaient créer des conflits ou des incompatibilités avec les règles applicables dans les établissements de santé ou encore si ses recommandations nécessiteraient des ajustements aux règles de la responsabilité professionnelle pour tenir compte du nouveau partage d'activités proposé. Dans cette optique, le Groupe de travail expose, dans le présent chapitre, les règles faisant l'objet de recoupements entre le système professionnel et le système de la santé et des services sociaux ainsi que celles applicables à la détermination de la responsabilité des professionnels et des autres intervenants du secteur de la santé et des relations humaines.

Par ailleurs, étant donné qu'il s'interroge également sur le mécanisme de l'autorisation d'actes, à certaines conditions, par des professionnels à d'autres professionnels ou à des non-professionnels, le Groupe de travail explique le cadre juridique actuel de ce mécanisme, afin de faciliter la compréhension des recommandations qui s'y rapportent.

1. Les recoupements constatés concernant l'encadrement juridique de l'exercice des professions de la santé et des relations humaines par le système professionnel et le système de la santé et des services sociaux

L'analyse comparative de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹ (ci-après appelée « LSSSS »), du *Code des professions*² et des règlements applicables conformément à ces lois illustre que plusieurs sujets font l'objet de règles à la fois dans le système professionnel et dans le système de la santé et des services sociaux. Il s'agit, plus particulièrement, de l'assurance de la responsabilité professionnelle, de la tenue de dossiers, de l'accès aux dossiers et du contrôle de la pratique professionnelle.

1.1. L'assurance de la responsabilité professionnelle

En ce qui concerne les règles générales applicables à la responsabilité des professionnels relativement aux fautes ou négligences commises dans l'exercice de leur profession, elles font l'objet d'une analyse à la section 3 du présent chapitre.

Afin que le public bénéficie d'une garantie contre la responsabilité que les professionnels de la santé et des relations humaines peuvent encourir en raison de fautes ou de négligences commises dans l'exercice de leur profession, tant la LSSSS³ et le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*⁴ (ci-après appelé « ROAE ») que le *Code des professions*⁵ créent une obligation aux divers intervenants de s'assurer.

Ainsi, la LSSSS oblige tout médecin ou dentiste exerçant dans un centre⁶ à détenir une police d'assurance de responsabilité professionnelle acceptée par le conseil d'administration et, cha-

¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

² *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26 (ci-après appelé « CP »).

³ Article 258 (médecins et dentistes), 267 (établissement) et 505 par. 2? LSSSS.

⁴ *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, Décret 1320-84, (1984) 116 G.O.2, p. 2745 et ses modifications, art. 13 et 14. Ce règlement continue de s'appliquer en vertu de l'art. 619.41 LSSSS.

⁵ Article 46 par. 3?, 86 al. 1 par. l) et p) et 93 par. d) CP.

⁶ Les centres visés par la loi sont les centres locaux de services communautaires, les centres hospitaliers, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les centres de réadaptation (art. 79 LSSSS).

Chapitre 4

que année, à établir que cette assurance est en vigueur.⁷ Cette obligation, relative à la pratique de ces professionnels en établissement, peut mener à une révocation du statut ou des privilèges si elle n'est pas respectée.⁸ Elle se justifie par le fait que les médecins et dentistes sont réputés ne pas faire partie du personnel de l'établissement⁹ et que, par conséquent, l'assurance contractée par l'établissement pour ses employés ne les couvre pas en cas de fautes ou de négligences commises dans l'exercice de leur profession.

Toutefois, cette obligation de s'assurer, imposée aux médecins et aux dentistes par la *LSSSS* paraît redondante puisque le *Code des professions*¹⁰ et ses règlements afférents¹¹ leur imposent la même obligation pour qu'ils puissent être membres de leur ordre professionnel et exercer leur profession. Le défaut de s'assurer entraîne automatiquement la radiation du tableau de l'ordre¹² et la perte du droit d'exercer la profession.

Par ailleurs, l'établissement doit contracter une assurance de la responsabilité civile¹³ à l'égard des actes dont il peut être appelé à répondre, soit directement, soit à titre de commettant. En principe, le système professionnel impose néanmoins à tous les professionnels, même à ceux employés dans les établissements, l'obligation de détenir une assurance de leur responsabilité professionnelle. Cette police d'assurance individuelle demeure nécessaire dans l'éventualité où ces professionnels poseraient des actes fautifs ailleurs que dans le cadre de leurs fonctions pour l'établissement ou en cas de recours récursoire d'un employeur contre ces professionnels.¹⁴

Plusieurs ordres professionnels ont prévu dans leur réglementation que leurs membres, qui sont à l'emploi exclusif d'un établissement ou d'une autre personne qui se porte garante, prend fait et cause et répond financièrement des conséquences des fautes commises dans l'exercice

⁷ Article 258 al. 1 *LSSSS*. À noter qu'une obligation analogue existe à l'égard de toute sage-femme exerçant sa profession conformément à un contrat conclu en vertu de l'art. 259.2 de la loi (art. 259.9 *LSSSS*).

⁸ Services de santé et services sociaux-6, [1982], C.A.S., 400.

⁹ Article 236 *LSSSS*.

¹⁰ Article 46 par. 3? *CP*.

¹¹ *Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle* (médecins), (1982) 114 G.O.2, p. 2723; *Règlement sur la souscription obligatoire au Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec*, Décret 1750-89 du 15 novembre 1989, (1989) 121 G.O.2, p. 5747.

¹² Article 86 al. 1 par. 1) ii) *CP*.

¹³ Article 267 *LSSSS*; art. 13 *ROAE*.

¹⁴ Article 1463 C.c.Q.; en pratique, toutefois, il est convenu dans la plupart des conventions collectives applicables en établissement que l'employeur prend fait et cause pour l'employé fautif et qu'en cas de condamnation de nature pécuniaire, celle-ci est payée par l'employeur.

Chapitre 4

de leur profession, ne sont pas tenus de détenir un contrat d'assurance ou d'adhérer au contrat du régime collectif d'assurance conclu par l'ordre.¹⁵

1.2. La tenue de dossiers

Tant le *ROAE*¹⁶ que les règlements des ordres professionnels adoptés conformément au *Code des professions*¹⁷ imposent aux professionnels des normes relatives à la tenue des dossiers.

Il est prévu, dans plusieurs règlements des ordres professionnels portant sur la tenue de dossiers, que si leurs membres sont à l'emploi exclusif d'un établissement, ils ne seront pas assujettis à toutes les normes imposées dans ces règlements, et notamment qu'ils n'auront pas à constituer et tenir un dossier pour chacun de leurs clients. Cette dispense est conditionnelle au fait que le professionnel puisse inscrire dans le dossier de l'établissement tous les renseignements obligatoires exigés par ces règlements.

Par ailleurs, le *ROAE* contient des normes détaillées sur le contenu des dossiers des bénéficiaires en établissement. Dans une perspective d'harmonisation et de simplification des systèmes, il serait possible d'envisager de modifier les règlements des ordres professionnels, afin de pré-

¹⁵ *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des diététistes*, (1995) 127 G.O.2, p. 5069, art. 2; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, (1996) 128 G.O.2, p. 365, art. 2; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec*, (1997) 129 G.O.2, p. 7110, art. 2; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des physiothérapeutes*, (1997) 129 G.O.2, p. 7115, art. 2; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre des psychologues du Québec*, (2001) 133 G.O.2, p. 1456, art. 2; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*, (2000) 132 G.O.2, p. 483, art. 2. Par ailleurs, l'art. 3.02 du *Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle* prévoit qu'un médecin qui exerce sa profession uniquement pour le compte d'un organisme privé ou public sur une base salariale est réputé s'être conformé au règlement s'il fournit la preuve que son employeur détient un contrat d'assurance comportant la même garantie que celle prévue au règlement et que celle-ci s'étende nommément à ce médecin.

¹⁶ Article 50 à 64 *ROAE*.

¹⁷ À titre d'exemples, voir *Règlement sur la tenue des dossiers et le maintien des équipements d'un dentiste*, (1993) 125 G.O.2, 5887; *Règlement sur la tenue des dossiers des diététistes*, R.R.Q., c. C-26, r. 75; *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation d'un membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec*, (1993) 125 G.O.2, 2454; *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, (1997) 129 G.O.2, 813; *Règlement sur la tenue des dossiers d'un médecin*, R.R.Q., c. M-9, r. 19; *Règlement sur les dossiers et la tenue des bureaux des membres de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec*, (1996) 128 G.O.2, 5368; *Règlement sur la tenue des dossiers, livres et registres par un pharmacien dans l'exercice de sa profession*, R.R.Q., c. P-10, r. 19; *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des physiothérapeutes*, (2001) 133 G.O.2, 2254; *Règlement sur la tenue des dossiers des technologues médicaux*, R.R.Q. c. C-26, r. 175; *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultations des travailleurs sociaux*, (1988) 120 G.O.2, 3391.

Chapitre 4

voir que, lorsque le professionnel est à l'emploi d'un établissement, il doit uniquement se conformer aux normes du *ROAE*. Dans la même veine, l'article 24 de la *LSSSS* et les articles 60 et 61 du *ROAE* devraient faire l'objet d'une réflexion, afin d'évaluer la possibilité que le dossier du patient devienne unique et transférable d'un établissement à l'autre.

Le Groupe de travail suggère :

(S1) *Qu'un dossier-patient unique, informatisé et transférable soit implanté dans les meilleurs délais à l'ensemble du Québec.*

1.3. L'accès aux dossiers

1.3.1. Dans le système de la santé et des services sociaux

L'article 19 de la *LSSSS* établit le principe de la confidentialité du dossier de l'utilisateur, ce qui a pour but de protéger le droit de ce dernier à la vie privée. Par ailleurs, les dispositions de cette loi et de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*¹⁸ (ci-après appelé « Loi sur l'accès ») déterminent les personnes qui ont accès à ce dossier et à quelles conditions. Selon l'article 17 de la *LSSSS*, le patient a toujours accès à son dossier, sauf lorsque la communication de celui-ci risquerait de lui être gravement préjudiciable.

Lorsque des tiers veulent accéder au dossier, le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal sera généralement requis. La loi permet évidemment aux membres de l'équipe soignante de consulter le dossier dans l'exercice de leurs fonctions.¹⁹ Une modification récente à la *LSSSS*, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000,²⁰ permet en outre à un professionnel désireux de consulter le dossier de l'utilisateur pour des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche d'y avoir

¹⁸ *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1; l'art. 28 *LSSSS* indique cependant qu'en cas de conflit entre la *LSSSS* et la Loi sur l'accès, l'application de celle-ci sera écartée.

¹⁹ Articles 62 et 76 de la Loi sur l'accès.

²⁰ *Loi modifiant la loi sur le services de santé et les sociaux en matière d'accès au dossier de l'utilisateur*, L.Q., 1999, c. 45, art. 2 (qui ajoute les art. 19.1 et 19.2).

Chapitre 4

accès même en l'absence de consentement de l'usager, à condition d'obtenir l'autorisation du directeur des services professionnels ou du directeur général.²¹

Par ailleurs, sous réserve de certaines conditions et exceptions qui ont été interprétées et appliquées très strictement, tant le titulaire de l'autorité parentale à l'égard d'un mineur²² et le représentant légal d'un usager inapte²³ que l'héritier ou le représentant légal d'un usager décédé²⁴ peuvent avoir accès au dossier de la personne au nom de laquelle ils agissent. De plus, la communication du dossier médical est obligatoire lorsqu'elle est ordonnée par un tribunal²⁵ ou un coroner agissant dans l'exercice de ses fonctions ou lorsqu'elle est nécessaire à l'application d'une loi au Québec.²⁶

1.3.2. Dans le système professionnel

Certaines règles d'accès aux dossiers sont prévues au *Code des professions*²⁷ et dans les codes de déontologie²⁸ mais ces règles régissent essentiellement l'accès du client à son propre dossier. Le professionnel doit respecter le droit de son client de prendre connaissance des documents qui le concernent dans son dossier et il peut lui en refuser l'accès, lorsque la divulgation des renseignements qui y sont contenus entraînerait vraisemblablement un préjudice grave pour le client ou pour un tiers.

Avec le consentement du client, le professionnel peut communiquer à des tiers des renseignements contenus à son dossier. La *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*,²⁹ qui constitue l'équivalent de la Loi sur l'accès pour le secteur privé, prévoit cer-

²¹ Article 19.2 LSSSS.

²² Article 21 LSSSS; *G.C. c. Hôpital Sainte-Justine*, [2000] C.A.I. 158 (mineur ayant fait l'objet d'une intervention de la DPJ).

²³ Article 22 LSSSS; *St-Cyr c. Centre hospitalier Malartic*, [2000] C.A.I. 22; *Hôpital Saint-Charles-Boromé c. Rumak*, [1997] C.A.I. 405.

²⁴ Article 23 LSSSS; *X. c. Hôpital du Saint-Sacrement*, [1996] C.A.I. 33; *Grignet c. Hôpital Saint-Charles-Boromé*, [1996] C.A.I. 233; *X. c. Institut Philippe-Pinel de Montréal*, [1997] C.A.I. 304; *X. c. Centre d'hébergement et de soins de longue durée Le Trifluvien*, [1998] C.A.I. 50.

²⁵ Article 19 LSSSS; *Rousseau (Succession de) c. Groupe Desjardins (Le), assurances générales*, [1989] R.J.Q. 785 (C.A.); *Lafontaine c. Rémillard*, [1994] R.D.J. 396 (C.A.).

²⁶ Article 67 de la Loi sur l'accès.

²⁷ Articles 60.5 et 60.6 CP.

²⁸ Le paragraphe 4° de l'art. 87 CP oblige chaque ordre professionnel à inclure au code de déontologie des dispositions énonçant les conditions et modalités d'exercice des droits d'accès et de rectification du client concernant son dossier.

²⁹ *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q. c. P-39.1. La Commission d'accès à l'information a confirmé l'assujettissement, à titre d'entreprises au sens de l'art. 1525 alinéa 3 C.c.Q., des professionnels exerçant à leur compte et des cliniques médicales.

Chapitre 4

taines situations où un professionnel pourrait communiquer des renseignements à un tiers sans le consentement de son client³⁰ ainsi que les personnes pouvant avoir accès, dans certaines circonstances, à ces renseignements au nom du client.³¹

Toutefois, l'élément essentiel à considérer dans le système professionnel au regard de la question de l'accès au dossier d'un client est le secret professionnel, reconnu comme un droit fondamental du client par l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne*,³² ainsi que par l'article 60.4 du *Code des professions* et les codes de déontologie des professionnels. Le secret professionnel oblige le professionnel à ne rien divulguer des faits qui lui ont été dévoilés dans le cadre de la relation professionnelle ou qu'il a pu constater par l'exercice de sa profession.

Puisque le secret professionnel a pour objet la protection du client,³³ ce dernier est libre d'y renoncer en tout ou en partie, expressément ou tacitement.³⁴ Par ailleurs, la loi impose parfois au professionnel l'obligation de divulgation.³⁵

L'article 19 de la *LSSSS*, qui permet l'accès au dossier de l'utilisateur avec le consentement de ce dernier, sur l'ordre d'un tribunal ou dans les autres cas prévus par la loi, traite de confidentialité et non pas de secret professionnel.³⁶ L'exercice par un tribunal de son devoir d'office d'assurer le respect du secret professionnel, conformément à l'article 9 de la *Charte*, comprend la discrétion qui lui est attribuée, à l'article 19 de la *LSSSS*, de permettre l'accès au dossier d'un usager si les circonstances justifient la mise de côté du principe de la confidentialité.³⁷ Le juge doit alors exercer son pouvoir discrétionnaire en soupesant les divers intérêts qui s'opposent.³⁸

³⁰ Id., art. 18, 20 et 21.

³¹ Id., art. 30 et 31.

³² *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12.

³³ *Trempe c. Dow Chemical of Canada Ltd*, [1980] C.A. 571; *Protection de la jeunesse-599*, [1993] R.J.Q. 611 (C.Q.).

³⁴ *Frenette c. Métropolitain (La), Cie d'assurance-vie*, [1992] 1 R.C.S. 647; *Darveau c. Lloyd's Assurance Travelsure*, [1993] R.R.A. 469 (C.S.).

³⁵ *Loi sur la protection des la santé publique*, L.R.Q., c. P-35, art. 5 al. 2; *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-34.1, art. 39 al. 1; *Protection de la jeunesse-182*, [1986] R.J.Q. 332 (C.S.); *Protection de la jeunesse-154*, J.E. 85-7 (T.J.); *Protection de la jeunesse-116*, J.E. 84-13 (T.J.).

³⁶ *Protection de la jeunesse-154*, J.E. 85-7 (T.J.); *Protection de la jeunesse-116*, précité, note 35.

³⁷ *Rousseau (Succession de) c. Groupes Desjardins (Le), assurances générales*, précité, note 25.

³⁸ *Frenette c. Métropolitain (La), Cie d'assurance-vie*, précité, note 34.

1.4. Le contrôle de la pratique professionnelle

Tant la *LSSSS* que le *Code des professions* prévoient des mécanismes de contrôle de la pratique professionnelle. Dans l'établissement, le contrôle de la pratique professionnelle est lié à l'organisation du travail. Dans ce contexte, il y a souvent lieu d'agir sans délai; lorsqu'il y a des sanctions imposées, celles-ci ne sont appliquées que dans l'établissement concerné. Toutefois, cela signifie qu'un professionnel congédié d'un hôpital pour incompétence ou inconduite pourrait être engagé dans un autre établissement et y continuer la même pratique fautive ou répréhensible. C'est alors qu'interviennent les mécanismes du système professionnel qui peuvent régler ce problème en imposant des sanctions à caractère général.

1.4.1. Le contrôle à l'admission

1.4.1.1. Dans le système de la santé et des services sociaux

En établissement, l'admission des médecins, dentistes et pharmaciens est soumise à un processus de nomination et d'attribution de statut et de privilèges.³⁹ C'est le conseil d'administration de l'établissement qui les nomme, leur attribue un statut et leur accorde des privilèges⁴⁰ pour une durée déterminée (habituellement deux ou trois ans), sur recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP),⁴¹ en fonction de la compétence du candidat.

Le conseil d'administration, après avoir obtenu l'approbation de la régie régionale, peut accepter la demande de nomination, de statut et de privilèges en tenant compte notamment du plan d'organisation de l'établissement, du nombre de médecins et de dentistes autorisé dans le plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement approuvé par la régie régionale, des ressources disponibles et des exigences propres à l'établissement.⁴² Le renouvellement de la nomination, du statut et des privilèges s'effectue selon la même procédure, sauf que le conseil d'administration ne peut refuser ce renouvellement qu'en fonction des critères de qualification,

³⁹ Articles 237, 238, 242 et 246 *LSSSS*. Le statut, qui détermine l'appartenance du professionnel au CMDP et sa participation (membre actif, associé, conseil, honoraire ou résident (art. 88 *ROAE*)), est accordé en fonction de l'importance de ses activités dans l'établissement (art. 87 *ROAE*). Quant aux privilèges, ils déterminent la nature et le champ des activités médicales ou dentaires que le médecin ou le dentiste peut exercer dans un département (art. 86 *ROAE*).

⁴⁰ Articles 173 par. 3^o et 4^o et 242 *LSSSS* : à noter que les pharmaciens n'ont pas de privilèges.

⁴¹ Article 214 par. 3^o et 4^o *LSSSS*.

⁴² Article 238 al. 1 *LSSSS*; *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q., 2001, c. 24, art. 44 et 45 (art. 240 et 242.1 *LSSSS*).

Chapitre 4

de compétence scientifique ou de comportement, eu égard aux exigences propres à l'établissement et du respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges.⁴³

En ce qui concerne les autres professionnels, ils sont des employés de l'établissement et leurs conditions d'engagement et d'emploi sont déterminées par les conventions collectives.

1.4.1.2. Dans le système professionnel

L'une des fonctions des ordres professionnels pour la protection du public est le contrôle de leurs membres à l'admission. Les candidats doivent en effet satisfaire de nombreuses exigences quant à leurs connaissances et habiletés ainsi qu'à leur conduite, afin de devenir membres d'un ordre professionnel. Le Bureau d'un ordre ne délivrera un permis qu'à un candidat qui est détenteur d'un diplôme reconnu par le gouvernement comme donnant accès à ce permis⁴⁴ ou d'un diplôme reconnu équivalent ou d'une formation reconnue équivalente par règlement du Bureau.⁴⁵ Plusieurs ordres exigent, en outre, que les candidats satisfassent à des conditions supplémentaires, telles la réussite de stages de formation professionnelle ou d'examens professionnels.⁴⁶

⁴³ Article 238 al. 4 LSSSS.

⁴⁴ Articles 42 et 184 al. 1 CP; *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels*, Décret 1139-83 du 1^{er} juin 1983, (1983) G.O.2, 2877 et ses modifications.

⁴⁵ Articles 42 et 86 g) CP; les normes d'équivalence de diplôme et de formation doivent être fixées par règlement du Bureau de l'ordre (art. 93 par. c) CP). À titre d'exemples, voir le *Règlement sur les normes d'équivalence des diplômes et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec*, Décret 1262-2000 du 25 octobre 2000, (2000) G.O.2, 6821, le *Règlement sur les normes d'équivalence des diplômes et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Décret 847-97 du 25 juin 1997, (1997) G.O.2 4564, le *Règlement sur les normes d'équivalence des diplômes et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec*, Décret 749-98 du 3 juin 1998, (1998) G.O.2 306, le *Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, Décret 1332-2000 du 15 novembre 2000, (2000) G.O.2 7025 et le *Règlement sur les normes d'équivalence des diplômes aux fins de la délivrance d'un permis ou d'un certificat de spécialiste par le Collège des médecins du Québec*, Décret 142-2000 du 16 février 2000, (2000) G.O.2 1179.

⁴⁶ Article 94 par. i) CP. Voir, à titre d'exemples, le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec*, Décret 63-96 du 16 janvier 1996, (1996) G.O.2 1173, le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Décret 848-97 du 25 juin 1997, (1997) G.O.2 4568, le *Règlement sur les conditions et modalités additionnelles de délivrance des permis du Collège des médecins du Québec et fixant des normes d'équivalence de certaines de ces conditions et modalités*, Décret 143-2000 du 16 février 2000, (2000) G.O.2 1182, le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des pharmaciens du Québec*, Décret 231-93 du 24 février 1993, (1993) G.O.2 1327, le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec*, Décret 650-97 du 13 mai 1997, (1997) G.O.2 3022 et le *Règlement sur les autres conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des technologues en radiologie*, Décret 177-92 du 12 février 1992, (1992) G.O.2 1316, modifié par le Décret 647-97 du 13 mai 1997, (1997) G.O.2 3017.

Chapitre 4

Par ailleurs, un Bureau pourra, à certaines conditions, refuser la délivrance d'un permis ou l'inscription au tableau au candidat qui a été déclaré coupable d'une infraction criminelle par un tribunal canadien ou étranger, qui a fait l'objet d'une décision disciplinaire rendue au Québec lui imposant la révocation d'un permis ou la radiation du tableau d'un ordre ou qui a fait l'objet d'une décision disciplinaire rendue hors Québec qui aurait entraîné ces sanctions si elle avait été rendue au Québec.⁴⁷

L'inscription au tableau d'un ordre est également assortie de certaines conditions. Outre l'exigence d'être titulaire du permis délivré par le Bureau de l'ordre, le candidat doit notamment fournir une garantie contre sa responsabilité professionnelle.⁴⁸

1.4.2. La surveillance de la pratique professionnelle

1.4.2.1. Dans le système de la santé et des services sociaux

La pratique professionnelle en établissement fait l'objet de mesures de surveillance et de contrôle à plusieurs niveaux. Le conseil d'administration doit s'assurer de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.⁴⁹ Pour sa part, le CMDP a notamment pour fonctions de contrôler et d'apprécier la qualité des actes des professionnels qui en sont membres, d'évaluer la compétence de ces derniers et de recommander les règles de soins médicaux et dentaires ainsi que les règles d'utilisation des médicaments applicables.⁵⁰ Quant au conseil des infirmières et infirmiers, il apprécie de manière générale la qualité des actes infirmiers et fait des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres.⁵¹ Par ailleurs, le conseil multidisciplinaire, qui regroupe l'ensemble des autres professionnels, constitue les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de

⁴⁷ Article 45 *CP*.

⁴⁸ Article 46 *CP*.

⁴⁹ Article 172 par. 1^o *LSSSS*.

⁵⁰ Article 214 al. 1 par. 1^o, 2^o et 6^o *LSSSS*. C'est le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique, constitué conformément à l'article 102 *ROAE*, qui juge notamment de la qualité et de la pertinence des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés aux bénéficiaires (art. 103 *ROAE*). Pour sa part, le directeur des services professionnels s'assure que le CMDP contrôle adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés (art. 204. Par. 4^o *LSSSS*).

⁵¹ Article 220 par. 1^o et 2^o *LSSSS*. Le comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires possède par ailleurs le pouvoir d'apprécier la qualité des soins infirmiers posés par les personnes qui exercent des activités d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires et de donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétences de ces personnes (art. 223 al. 2 par. 1^o et 2^o *LSSSS*).

Chapitre 4

l'ensemble de leurs membres.⁵² De plus, lorsque les conseils des sages-femmes seront institués, ils posséderont, conformément aux paragraphes 1^o et 2^o de l'article 225.3 *LSSSS*, un pouvoir de contrôle et d'appréciation de la qualité et de la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement ainsi qu'un pouvoir de faire des recommandations sur les règles de soins applicables à leurs membres.

Sous l'autorité du CMDP, c'est le chef de département clinique qui surveille la façon dont s'exercent la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans son département et qui élabore des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments.⁵³ Rappelons que le pouvoir de surveillance du chef de département clinique porte sur la compétence des professionnels, sur la qualité et la pertinence des services qu'ils dispensent ainsi que sur l'observance des normes de pratique. Le directeur des soins infirmiers possède des fonctions analogues en ce qui concerne les soins infirmiers : sous l'autorité du directeur général, il doit notamment surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés, s'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers et s'assurer que le conseil des infirmières et infirmiers apprécie adéquatement les actes infirmiers.⁵⁴ Quant au responsable des services de sage-femme, qui agit également sous l'autorité du directeur général, il surveille et contrôle la qualité des actes posés par les sages-femmes et élabore des règles de soins que doit appliquer la sage-femme.⁵⁵

1.4.2.2. *Dans le système professionnel*

Le *Code des professions* exige qu'un comité d'inspection professionnelle soit institué au sein de chaque ordre et qu'un règlement de l'ordre détermine la composition, le nombre de membres et

⁵² Article 227 par. 1^o *LSSSS*.

⁵³ Article 190 par. 1^o et 2^o *LSSSS*. Les règles de soins qu'il élabore doivent ensuite faire l'objet d'une recommandation du CMDP (art. 214 al. 1 par. 6^o *LSSSS*) et être approuvées par le conseil d'administration avant d'entrer en vigueur (art. 192 al. 2 *LSSSS*).

⁵⁴ Article 207 al. 1 par. 1^o à 3^o *LSSSS*.

⁵⁵ Article 208.2 par. 1^o et 2^o *LSSSS*.

Chapitre 4

la procédure de ce comité.⁵⁶ L'une des fonctions du comité est de surveiller l'exercice de la profession par les membres de l'ordre en procédant notamment à la vérification de leurs dossiers, médicaments, registres, appareils et équipements,⁵⁷ il s'agit du programme de surveillance générale de l'exercice de la profession. Le comité a également pour fonction de faire des enquêtes particulières sur la compétence de certains membres.⁵⁸ À la suite d'une vérification ou d'une enquête particulière, le Bureau d'un ordre peut, sur recommandation du comité d'inspection professionnelle, obliger un membre de l'ordre à compléter avec succès un stage ou un cours de perfectionnement ou les deux à la fois et limiter ou suspendre le droit d'exercice de ce membre jusqu'à ce qu'il ait rencontré cette obligation.⁵⁹

La visite d'inspection professionnelle d'un ordre a pour objet d'évaluer la qualité de l'exercice de la profession par ses membres et notamment de s'assurer du respect des règles de soins applicables et des normes de tenue de dossiers. Tout professionnel et tout établissement doivent collaborer aux visites d'inspection professionnelle en donnant accès aux documents et aux renseignements dont les inspecteurs et les enquêteurs ont besoin respectivement dans le cadre de leur vérification ou de leur enquête particulière sur la compétence d'un membre. Cette obligation de collaborer aux enquêtes d'inspection professionnelle des ordres est prévue tant dans le *Code des professions*⁶⁰ que dans la *LSSSS*.⁶¹ Par ailleurs, la *Loi médicale*, la *Loi sur les dentistes* et la *Loi sur la pharmacie* prévoient la transmission par les Bureaux des ordres concernés, au CMDP de l'établissement auquel est rattaché un professionnel visé par une enquête, des

⁵⁶ Articles 90 et 109 *CP*. À titre d'exemples de règlements sur la procédure du comité d'inspection professionnelle, voir le *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Avis d'approbation du 19 décembre 1996, (1997) G.O.2 809, le *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, Avis d'approbation du 18 juin 1998, (1998) G.O.2 3195 et ses modifications, le *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec*, Avis d'approbation du 18 septembre 1997, (1997) G.O.2 7117 et le *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*, Décret 827-93 du 9 juin 1993, (1993) G.O.2 4142.

⁵⁷ Article 112 al. 1 *CP*.

⁵⁸ Article 112 al. 2 *CP*.

⁵⁹ Articles 55 al. 1 et 2 et 113 *CP*. Ce cadre juridique est complété par les règlements des ordres adoptés conformément au paragraphe j) de l'art. 94 *CP*; voir, à titre d'exemples, le *Règlement sur les stages de perfectionnement des ergothérapeutes*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 86, le *Règlement sur les stages de perfectionnement des orthophonistes et audiologistes*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 131, le *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des pharmaciens du Québec*, Avis d'approbation du 2 novembre 1994, (1994) G.O.2 6634 et le *Règlement sur les stages de perfectionnement des techniciens en radiologie*, R.R.Q., 1981, c. T-5, r. 10 et ses modifications.

⁶⁰ Articles 114 et 192 *CP*.

⁶¹ Article 77 *LSSSS*; voir également l'art. 62 *ROAE*.

Chapitre 4

informations obtenues par leur comité d'inspection professionnelle, s'ils les croient utiles à l'exercice des fonctions de ce conseil.⁶²

De plus, la *Loi médicale*, la *Loi sur les dentistes* et la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* obligent les Bureaux des ordres concernés à donner respectivement leur avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des soins médicaux, dentaires et infirmiers fournis dans les centres exploités par les établissements et sur les normes à suivre pour relever le niveau de la qualité de ces soins. Dans l'exercice de ces fonctions, les Bureaux du Collège des médecins et de l'Ordre des dentistes peuvent faire effectuer une enquête par un comité d'enquête et, le cas échéant, transmettre au CMDP les informations obtenues par ce comité.⁶³

1.4.3. Les mécanismes disciplinaires

1.4.3.1. Dans le système de la santé et des services sociaux

La LSSSS prévoit un système de gestion des plaintes des usagers.⁶⁴ La première étape du processus consiste en un examen de la plainte par l'établissement : la procédure d'examen permet à l'utilisateur de porter plainte sur les services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir de l'établissement. Le responsable de l'application de cette procédure, désigné par le directeur général, doit examiner la plainte dans les 45 jours de sa réception et informer l'utilisateur de ses conclusions motivées et du recours que ce dernier peut exercer auprès de la régie régionale (ce qui constitue la deuxième étape, la troisième étant celle de l'examen par le Commissaire aux plaintes).⁶⁵ Cependant, lorsque la plainte porte sur un acte médical, dentaire ou pharmaceutique, le responsable doit la transmettre au CMDP ou, le cas échéant, au médecin désigné à cette fin par le conseil d'administration.⁶⁶

⁶² *Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9, art. 18.1; *Loi sur les dentistes*, L.R.Q., c. D-3, art. 18.1; *Loi sur la pharmacie*, L.R.Q. c. P-10, art. 8.1.

⁶³ *Loi médicale*, précité, art. 15 par. a), 16 et 18.1; *Loi sur les dentistes*, précité, art. 15 par. a), 16 et 18.1; *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. I-8, art. 11 al. 1, par. a) et al. 2.

⁶⁴ Articles 29 à 76 LSSSS. Ce système pourrait bientôt être révisé substantiellement par le Projet de loi n° 27, intitulé *Loi sur le Protecteur des usages en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le 15 mai 2001.

⁶⁵ Article 35 LSSSS. La procédure d'examen par la régie régionale est prévue aux art. 42 à 53.1 LSSSS. Si la solution suggérée par la régie régionale n'est pas satisfaisante pour l'utilisateur, ce dernier peut, en dernier ressort, demander l'examen de sa plainte par le Commissaire aux plaintes (art. 55 à 65.1 LSSSS) dont les décisions ont surtout une portée politique auprès des établissements ou des régies régionales.

⁶⁶ Article 38 al. 1 et 2 LSSSS.

Chapitre 4

1.4.3.1.1. Les médecins, dentistes et pharmaciens

Alors que le mécanisme d'examen des plaintes des usagers peut être considéré comme un processus interne de médiation, la plainte formulée contre un médecin, un dentiste ou un pharmacien revêt un caractère disciplinaire et reçoit un traitement qui ressemble au processus disciplinaire prévu par le système professionnel. Le CMDP donne son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer.

Dans l'affaire *Gomez c. Michaud*,⁶⁷ le Tribunal a procédé à une analyse historique des dispositions pertinentes de la *LSSSS* et constate que la réforme de cette loi en 1991 a restreint le rôle du CMDP à l'égard de la discipline.⁶⁸ En effet, avant cette réforme, la loi reconnaissait au CMDP une compétence d'attribution générale quant aux motifs de reproches pour lesquels il pouvait traduire un médecin, un dentiste ou un pharmacien devant un comité de discipline. Or, l'article 249 *LSSSS*, contrairement à l'article 250 de cette loi (concernant les mesures disciplinaires à l'égard d'un pharmacien), n'exige pas que le CMDP soit consulté sur l'opportunité de prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin ou d'un dentiste. Selon le tribunal, l'avis du CMDP sur les mesures disciplinaires, prévu au paragraphe 5° du premier alinéa de l'article 214 *LSSSS*, doit donc se donner après que le conseil d'administration a décidé de sévir contre le médecin dont il a examiné la conduite et ne porter que sur la sanction que le conseil d'administration devrait imposer au médecin.⁶⁹

Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises par le conseil d'administration vont de la réprimande jusqu'à la révocation du statut et des privilèges ou au congédiement.⁷⁰ Le professionnel qui fait l'objet d'une mesure disciplinaire peut en appeler de la décision auprès du Tribunal administratif du Québec.⁷¹

⁶⁷ *Gomez c. Michaud*, [2000] R.J.Q. 834, AZ-50070684, J.E. 2000-698.

⁶⁸ Id., p. 839. Le Juge Rioux cite à ce propos l'article de Denis NADEAU, *Chronique de législation. Réforme de la santé et des services sociaux au Québec : jalon d'un resserrement du contrôle de l'activité professionnelle des médecins et des dentistes au sein des établissements*, (1991) 22 R.G.D. 837, pp. 856 et 857.

⁶⁹ *Gomez c. Michaud*, précité, note 67, p. 840. Selon le tribunal, il faut en conclure que la réforme de 1991 a rendu inopérant l'art. 107 *ROAE*, qui permettait au comité de discipline ad hoc (formé par le comité exécutif du CMDP) d'étudier la plainte.

⁷⁰ Articles 249 (médecins et dentistes) et 250 (pharmaciens) *LSSSS*. Au sujet des critères de choix de la sanction, voir *Monfette c. Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme*, [1994] RJQ 817. De plus, l'art. 251 *LSSSS* permet à certaines personnes désignées de suspendre immédiatement les privilèges d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien en cas d'urgence.

⁷¹ Articles 252 et 253 *LSSSS*.

Chapitre 4

Par ailleurs, le directeur général doit communiquer à l'ordre professionnel concerné un exemplaire de la décision du conseil d'administration imposant au professionnel des mesures disciplinaires.⁷² Le recours disciplinaire fondé sur la *LSSSS* est toutefois autonome et indépendant des procédures disciplinaires qui peuvent être prises en vertu des lois professionnelles.⁷³

1.4.3.1.2. *Les sages-femmes*

Le conseil d'administration de l'établissement peut prendre à l'égard d'une sage-femme des mesures disciplinaires qui vont de la réprimande et de la modification des conditions de son contrat de services jusqu'à la résiliation de ce contrat.⁷⁴ Ces mesures doivent être fondées uniquement sur le défaut de qualification, l'incompétence, la négligence, l'inconduite, l'inobservation des règlements de l'établissement ou le non-respect des obligations prévues à son contrat.⁷⁵ Le directeur général doit transmettre à l'Ordre des sages-femmes une copie de chaque décision disciplinaire.⁷⁶

À l'instar des médecins, dentistes et pharmaciens, le droit d'exercice d'une sage-femme peut être suspendu en cas d'urgence et elle peut contester toute décision rendue à son sujet devant le Tribunal administratif du Québec.⁷⁷

1.4.3.1.3. *Les autres professionnels*

À l'égard des autres professionnels, employés de l'établissement, la plainte peut donner lieu à une évaluation par le chef de service concerné et les sanctions, s'il y a lieu, sont imposées conformément aux conventions collectives.

⁷² Articles 249 al. 5 et 250 al. 3 *LSSSS*.

⁷³ *Martin c. Monfette*, J.E. 95-611 (C.A.).

⁷⁴ Article 259.6 al. 1 *LSSSS*; à noter cependant que, sur le plan administratif, de tels contrats de services n'ont pas encore été conclus.

⁷⁵ Article 259.6 al. 2 *LSSSS*.

⁷⁶ Article 259.6 al. 4 *LSSSS*.

⁷⁷ Articles 259.7 et 259.8 *LSSSS*.

Chapitre 4

1.4.3.1.4. *Le signalement aux ordres des plaintes et des mesures disciplinaires*

Dans tous les cas, si le conseil d'administration juge que la gravité de la plainte le justifie, il doit la transmettre à l'ordre professionnel concerné.⁷⁸

Lorsque le conseil d'administration prend, à la suite d'une plainte d'un usager, des mesures disciplinaires à l'égard d'un professionnel, qu'il soit médecin, dentiste, pharmacien, sage-femme ou employé membre d'un ordre professionnel, il doit en aviser par écrit l'ordre professionnel concerné.⁷⁹

1.4.3.1.5. *La transmission d'informations au CMDP par les ordres*

La *Loi médicale*, la *Loi sur les dentistes* et la *Loi sur la pharmacie* prévoient la transmission au CMDP par les Bureaux des ordres concernés des informations concernant un professionnel visé par une enquête et qui sont obtenues par un comité d'enquête, le comité d'inspection professionnelle, le syndic ou les syndics adjoints, lorsque ces Bureaux croient que ces informations peuvent être utiles à l'exercice des fonctions du CMDP.⁸⁰

1.4.3.2. *Dans le système professionnel*

Un mécanisme important du système professionnel pour la protection du public est le mécanisme disciplinaire. Il est, en règle générale, initié au moyen d'une information transmise au syndic d'un ordre professionnel, selon laquelle un professionnel, membre de cet ordre, aurait commis une infraction à une disposition du *Code des professions*, de la loi constitutive de cet ordre (s'il s'agit d'une profession d'exercice exclusif) ou d'un règlement adopté conformément à l'une ou l'autre de ces lois.⁸¹ Cette information au syndic peut provenir de diverses sources. Il peut s'agir, par exemple, du client d'un professionnel qui demande la tenue d'une enquête ou d'une lettre émanant d'un collègue du professionnel visé. L'information peut également provenir du comité d'inspection professionnelle, lorsque celui-ci a des motifs raisonnables de croire

⁷⁸ Article 41 al. 1 *LSSSS*.

⁷⁹ Article 41 al. 2 *LSSSS*.

⁸⁰ *Supra*, note 62.

⁸¹ Article 122 al. 1 *CP*. Le règlement le plus souvent en cause est le code de déontologie.

Chapitre 4

qu'un professionnel a commis une infraction.⁸² Le syndic peut, par ailleurs, en avoir pris connaissance par lui-même, notamment s'il a constaté l'infraction; il peut alors décider de déposer une plainte en regard de cette infraction, sans tenir d'enquête au préalable.⁸³

Lorsque le syndic décide de faire enquête, à la suite de l'information obtenue, il doit informer la personne qui a demandé la tenue de l'enquête de sa décision de porter ou non une plainte devant le comité de discipline de l'ordre.⁸⁴ S'il décide de ne pas porter plainte, il doit aviser cette personne de la possibilité de demander l'avis du comité de révision.⁸⁵ Celui-ci est un comité consultatif, constitué au sein de chaque ordre, qui a pour fonction de donner un avis relativement à la décision du syndic de ne pas porter plainte.⁸⁶ Dans cet avis, le comité peut maintenir la décision du syndic et conclure qu'il n'y a pas lieu de porter plainte. Il peut aussi suggérer à ce dernier de compléter son enquête ou de référer le dossier au comité d'inspection professionnelle. Il peut enfin conclure qu'il y a lieu de porter plainte devant le comité de discipline.⁸⁷ Dans ce dernier cas, le comité suggère le nom d'une personne qui pourrait agir à titre de syndic pour déposer cette plainte.

Le dépôt d'une plainte par le syndic au comité de discipline de l'ordre peut donc avoir lieu au terme de l'enquête qu'il a tenue ou à la suite de l'avis donné par le comité de révision; la plainte peut également être déposée à l'initiative du syndic ou à la demande du Bureau.⁸⁸ Une plainte peut par ailleurs être portée par toute autre personne devant le comité de discipline.⁸⁹

Au moment où il dépose la plainte ou postérieurement,⁹⁰ le syndic peut requérir la radiation immédiate et provisoire du professionnel, si la protection du public l'exige.

Le comité de discipline d'un ordre professionnel n'a juridiction pour décider d'une plainte que si l'infraction a été commise par un membre de l'ordre ou par une personne qui était membre de

⁸² Article 112 al. 5 *CP*.

⁸³ *Delisle c. Corporation professionnelle des arpenteurs-géomètres*, [1991] DDCP 190 (TP).

⁸⁴ Article 123 al. 1 *CP*.

⁸⁵ Article 123 al. 2 *CP*.

⁸⁶ Article 123.3 al. 1 et 2 *CP*.

⁸⁷ Article 123.5 *CP*.

⁸⁸ Article 128 al. 1 *CP*.

⁸⁹ Article 128 al. 2 *CP*.

⁹⁰ Articles 130, 133 et 145 *CP*.

Chapitre 4

l'ordre au moment où l'infraction reprochée a été commise.⁹¹ Par ailleurs, même si, en règle générale, le comité de discipline ne se prononce que sur les actes professionnels posés dans l'exercice de sa profession par le professionnel en cause, il peut également décider si un acte posé par ce dernier en dehors de l'exercice de sa profession porte atteinte à l'honneur et à la dignité de la profession.⁹²

Les sanctions qu'un comité de discipline peut imposer à un professionnel trouvé coupable d'une ou de plusieurs infractions disciplinaires sont énumérées à l'article 156 du *Code des professions*. Elles vont de la réprimande jusqu'à la radiation permanente du tableau de l'ordre et la révocation du permis.⁹³ De plus, le comité de discipline peut, lorsque la compétence du professionnel est en cause, recommander au Bureau de l'ordre d'obliger le professionnel à faire un stage ou à suivre un cours de perfectionnement ou les deux et de limiter ou de suspendre son droit d'exercice pendant la durée de ce stage ou de ce cours.⁹⁴

Le législateur a par ailleurs prévu que le fait pour un professionnel d'avoir des relations sexuelles avec un client ou de poser à son endroit des gestes abusifs à caractère sexuel ou de lui tenir des propos abusifs à caractère sexuel pendant la durée de la relation professionnelle constitue un acte dérogatoire à la dignité de sa profession⁹⁵ et que, dans ce cas, le comité de discipline doit imposer au moins la radiation temporaire et une amende au professionnel déclaré coupable.⁹⁶ Le comité peut recommander au Bureau de l'ordre que cette amende soit remise par l'ordre, en tout ou en partie, à la victime pour défrayer le coût des soins thérapeutiques reliés à cet acte dérogatoire.⁹⁷ La décision du comité de discipline peut en outre comporter une recommandation au professionnel de se soumettre à un programme de réintégration.⁹⁸

⁹¹ Article 116 al. 2 et 3 *CP*.

⁹² Articles 59.2 et 152 al. 2 par. 1? *CP*; voir également *Corporation professionnelle des psychologues c. Da Costa*, [1993] DDCP 266 (TP).

⁹³ Ces sanctions sont exécutoires à l'expiration des délais d'appel au Tribunal des professions, à moins que le comité n'en ordonne l'exécution provisoire (art. 158 al. 1 *CP*). Toutefois, une décision imposant une sanction permanente (radiation permanente, révocation de permis ou de certificat de spécialiste, limitation ou suspension permanente du droit d'exercice) est exécutoire dès sa signification à l'intimé (art. 158 al. 2 *CP*).

⁹⁴ Article 160 al. 1 *CP*.

⁹⁵ Article 59.1 *CP*.

⁹⁶ Article 156 al. 2 *CP*. Voir à ce sujet *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Labelle*, [2000] DDOP, 92 (C.D.).

⁹⁷ Article 158.1 al. 2 par. 2? *CP*.

⁹⁸ Article 160 al. 2 *CP*.

Chapitre 4

Les sanctions affectant de façon permanente le droit d'exercer doivent être publiées dans un journal circulant dans le lieu où le professionnel visé avait son domicile professionnel.⁹⁹ Quant aux sanctions affectant de façon temporaire le droit d'exercice d'un professionnel, elles sont publiées si le comité de discipline l'ordonne.¹⁰⁰

Il y a appel de plein droit au Tribunal des professions d'une décision d'un comité de discipline ordonnant une radiation provisoire, accueillant ou rejetant une plainte, imposant une sanction ou ordonnant la publication d'un avis ou le paiement des frais de publication d'un tel avis; toute autre décision peut faire l'objet d'un appel sur permission du Tribunal.¹⁰¹ Le Tribunal peut confirmer, modifier ou infirmer toute décision qui lui est soumise et rendre la décision qui, à son jugement, aurait dû être rendue en premier lieu.¹⁰²

1.4.4. La formation continue

1.4.4.1. Dans le système de la santé et des services sociaux

L'importance accordée à la formation continue dans la *LSSSS* est évidente et ce, à tous les niveaux de l'organisation de l'établissement. Le CMDP, le conseil des infirmières et infirmiers, le comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires, le conseil des sages-femmes et le conseil multidisciplinaire se voient attribuer des fonctions relatives au maintien de la compétence de leurs membres et à l'amélioration de la qualité de leur pratique professionnelle.¹⁰³ L'article 98 du *ROAE* prévoit, plus spécifiquement, que le comité exécutif du CMDP doit veiller à la participation des médecins, des dentistes et des pharmaciens exerçant dans l'établissement à un programme d'éducation continue.

Par ailleurs, le conseil d'administration doit s'assurer du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.¹⁰⁴ Un plan d'action pour le développement du personnel doit être préparé dans chaque établissement, avec la participation des employés et, le cas échéant, des syndicats; ce plan qui doit être mis à jour annuellement contient, entre autres, des

⁹⁹ Article 180 al. 2 *CP*.

¹⁰⁰ Article 156 al. 5 *CP*; l'ordonnance de publication est exécutoire à l'expiration des délais d'appel ou dès la signification de la décision finale du Tribunal des professions imposant l'une ou l'autre de ces sanctions (art. 158 al. 3 *CP*).

¹⁰¹ Article 164 al. 1 *CP*.

¹⁰² Article 175 al. 1 *CP*.

¹⁰³ Articles 214 al. 1 par. 2?, 221 par. 2?, 223 al. 1 par. 2?, 225.4 par. 2? et 227 al. 1 par. 1? *LSSSS*.

¹⁰⁴ Article 172 par. 4? *LSSSS*.

Chapitre 4

mesures relatives au maintien de la compétence des employés et à leur perfectionnement.¹⁰⁵ Un plan régional de développement est également élaboré par chaque région régionale : celle-ci coordonne les activités de perfectionnement du personnel, assiste les établissements dans l'élaboration de leur plan d'action pour le développement de leur personnel et identifie les besoins prioritaires afin de favoriser la mise en commun, par les établissements, de services touchant le perfectionnement de leur personnel.¹⁰⁶

1.4.4.2. Dans le système professionnel

La formation des professionnels est l'un des piliers autour duquel s'articule le système professionnel et elle constitue un élément crucial pour la protection du public, non seulement pour devenir membre d'un ordre professionnel mais également pour conserver son droit de pratique.

Les Bureaux des ordres professionnels ont pour fonction d'organiser des cours et des stages de formation continue pour les membres de l'ordre.¹⁰⁷ De plus, depuis le 12 juillet 2000, le législateur a conféré aux ordres la possibilité de déterminer, par règlement, des activités de formation continue obligatoires pour leurs membres ou une classe d'entre eux.¹⁰⁸ Le *Code des professions* prévoit que ce règlement devra contenir notamment les modes de contrôle de supervision ou d'évaluation des activités ainsi que les sanctions qui seront imposées à tout membre faisant défaut de les suivre.¹⁰⁹

La plupart des codes de déontologie contiennent également une obligation faite aux professionnels de mettre à jour leurs connaissances;¹¹⁰ le défaut de mise à jour des connaissances pourrait faire l'objet de sanctions disciplinaires. Ces codes prévoient également que les professionnels doivent, dans la mesure de leurs possibilités, aider au développement de leur profession

¹⁰⁵ Article 231 *LSSSS*.

¹⁰⁶ Article 376 *LSSSS*.

¹⁰⁷ Article 86 al. 1 par j) *CP*.

¹⁰⁸ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives*, L.Q., 2000, c. 13, a. 20 (ajoutant le par. o) à l'art. 94 *CP*).

¹⁰⁹ Articles 86 al. 1 par. u) et 94 par. o) *CP*.

¹¹⁰ À titre d'exemples, voir le *Code de déontologie des diététistes*, Décret 48-94 du 10 janvier 1994, (1994) G.O.2, 809, tel que modifié, art. 1 part. 1^o, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 111, tel que modifié, art. 3.01.04, le *Code de déontologie des inhalothérapeutes*, Décret 451-99 du 21 avril 1999, (1999) G.O.2 1640, tel que modifié, art. 4, le *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 4, tel que modifié, art. 2.03.15, le *Code de déontologie des orthophonistes et audiologistes*, Décret 577-96 du 15 mai 1996, (1996) G.O.2 3317, art. 6, le *Code de déontologie des technologues en radiologie*, Décret 789-98 du 10 juin 1998, (1998) G.O.2, 3185, art. 1 et le *Code de déontologie des technologues médicaux*, Décret 1014-98 du 5 août 1998, (1998) G.O.2, 4896, art. 3.

Chapitre 4

par l'échange de leurs connaissances et de leur expérience avec leurs confrères et les étudiants et par leur participation aux cours et aux stages de formation continue.¹¹¹

Par ailleurs, les Bureaux des ordres professionnels peuvent obliger certains membres à compléter avec succès un stage ou un cours de perfectionnement, ou les deux à la fois, lorsque le comité d'inspection professionnelle ou le comité de discipline a formulé une recommandation à cet effet, ou dans les cas où le membre n'a pas été inscrit au tableau ou a été éloigné de la pratique pendant une certaine période (variant de 2 à 5 ans selon les ordres) à la suite de l'obtention de son diplôme ou de son permis ou d'une démission ou d'une radiation.¹¹² Ainsi, un professionnel dont le niveau de compétence est jugé insuffisant par ses pairs ne pourra continuer à exercer sa profession sans avoir à se perfectionner. D'ailleurs, les membres à qui le Bureau impose de tels cours ou stages de perfectionnement voient souvent leur droit d'exercice limité ou suspendu pendant leur perfectionnement.¹¹³

¹¹¹ À titre d'exemples, voir le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, précité, note 110, art. 4.03.01, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., 1981, C. I-8, r. 4, tel que modifié, art. 4.03.01, le *Code de déontologie des inhalothérapeutes*, précité, note 110, art. 43 et le *Code de déontologie des médecins*, précité, note 110, art. 2.04.15.

¹¹² Articles 55, 113 et 160 *CP* et les règlements adoptés par les ordres en vertu du par. j) de l'art. 94 *CP* : à titre d'exemples de ces règlements, voir le *Règlement sur le stage et le cours de perfectionnement pouvant être imposés aux infirmières et infirmiers*, Décret 1424-92 du 23 septembre 1992, (1992) G.O.2, 6167, le *Règlement sur les stages de perfectionnement des infirmières et infirmiers auxiliaires*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 120, modifié par le Décret 191-85 du 30 janvier 1985, (1985) G.O.2, 1407 et le *Règlement sur le stage et le cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins*, Décret 548-92 du 8 avril 1992, (1992) G.O.2 3090.

¹¹³ Article 55 al. 2 *CP*.

2. Le cadre juridique de l'autorisation d'actes¹¹⁴

En 1973, lorsque le législateur a conçu le système professionnel, il a accordé à plusieurs ordres un champ d'exercice exclusif. Toutefois, afin d'éviter le cloisonnement professionnel que cette exclusivité risquait de créer, de ne pas affecter l'accessibilité aux services de santé et de tenir compte de la réalité de certains milieux dans lesquels le partage d'actes existait déjà ou s'avérait essentiel, il a prévu dans les lois constitutives de huit professions liées au domaine de la santé¹¹⁵ une obligation faite aux ordres régissant ces professions de déterminer par règlement les actes qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par des personnes autres que leurs membres. Le règlement d'autorisation d'actes était donc conçu comme un correctif nécessaire au système, une façon de permettre la collaboration interprofessionnelle sans affecter la protection du public étant donné les mesures de contrôle associées à l'autorisation. Malheureusement, les objectifs poursuivis par ce mécanisme n'ont pu être atteints en pratique.

Les règlements d'autorisation d'actes les plus importants, tant par le nombre de professionnels qu'ils visent que par leur application en établissement, sont ceux adoptés en vertu de la *Loi médicale*¹¹⁶ et de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*¹¹⁷ : ces deux règlements constituent les documents de base à partir desquels sera faite notre analyse.

En règle générale, les actes professionnels autorisés par un ordre, dans son règlement d'autorisation d'actes, doivent être des actes visés dans le champ d'exercice exclusif de sa profession. Toutefois, en raison des négociations et des compromis dont il a fait l'objet, le règlement du Collège des médecins autorise certains actes qui ne sont pas exclusivement des actes médicaux et qui étaient pratiqués par le personnel infirmier préalablement à l'adoption de ce règlement.¹¹⁸

¹¹⁴ L'autorisation d'actes est souvent désignée par l'expression « délégation d'actes ».

¹¹⁵ Il s'agit des chimistes (*Loi sur les chimistes professionnels*, L.R.Q., c. C-15, art. 7), des dentistes (*Loi sur les dentistes*, L.R.Q., c. D-3, art. 19 par. a)), des infirmières et infirmiers (*Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. I-8, art. 12 par. a)), des médecins (*Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9, art. 19 par. b)), des médecins vétérinaires (*Loi sur les médecins vétérinaires*, L.R.Q., c. M-8, art. 6.1), des optométristes (*Loi sur l'optométrie*, L.R.Q., c. O-7, art. 10 par. a)), des pharmaciens (*Loi sur la pharmacie*, L.R.Q., c. P-10, art. 10 par. a)) et des podiatres (*Loi sur la podiatrie*, L.R.Q., c. P-12, art. 6 par. b)).

¹¹⁶ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, R.R.Q., 1981, 871, (supp.) et ses modifications.

¹¹⁷ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1 et ses modifications.

¹¹⁸ Jean-Pierre MÉNARD et Denise MARTIN, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1992, pp. 92-93.

Chapitre 4

Par ailleurs, bien que les règlements d'autorisation d'actes accordent divers pouvoirs aux établissements, afin de tenir compte de leurs conditions locales,¹¹⁹ ceux-ci ne peuvent pas autoriser d'autres personnes que celles bénéficiant de l'autorisation, ni ajouter des actes à ceux qui sont prévus au règlement.

La *Loi médicale* ne précise pas à quelles personnes devrait s'appliquer le règlement d'autorisation d'actes. À l'exception des actes autorisés aux orthoptistes,¹²⁰ seuls des professionnels ont été autorisés à poser les autres actes visés par le règlement, soit les infirmières et infirmiers,¹²¹ les infirmières et infirmiers auxiliaires,¹²² les inhalothérapeutes¹²³ et les technologues médicaux.¹²⁴ En outre, ce règlement contient des dispositions visant à protéger les droits acquis des personnes qui posaient déjà ces actes au 11 juin 1980, sans être membre de l'ordre concerné,¹²⁵ en leur permettant de continuer à le faire.

Par ailleurs, la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* exige expressément que les infirmières et infirmiers auxiliaires soient visés par le règlement d'autorisation d'actes infirmiers.¹²⁶ Le règlement ajoute des autorisations aux puéricultrices ou gardes-bébés¹²⁷ ainsi qu'aux personnes qui, le 11 juillet 1980, exerçaient les activités d'infirmières auxiliaires.¹²⁸

2.1. Les conditions de l'autorisation

Chacun des actes autorisés est assorti de conditions permettant d'assurer la protection du public en contrôlant en quelque sorte la qualité des personnes autorisées, en maintenant, le cas échéant, une surveillance appropriée de l'exécution des actes et en déterminant dans quelles

¹¹⁹ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 2.03 par. a) et 3.01 à 3.03; *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 2.02 par. a), 3.01 et 3.02.

¹²⁰ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 5.09 et Annexe D.

¹²¹ *Id.*, art. 5.01 et Annexe A.

¹²² *Id.*, art. 5.02 et Annexe A.

¹²³ *Id.*, art. 5.04 et Annexe C.

¹²⁴ *Id.*, art. 5.03 et Annexe B.

¹²⁵ *Id.*, art. 5.06, 5.07 et 5.08.

¹²⁶ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 5.01 et Annexe A.

¹²⁷ *Id.*, art. 5.02 et Annexe B.

¹²⁸ *Id.*, art. 5.03 et Annexe A; il a été jugé dans *Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires c. Baril* (R.E.J.B. 1998-11219 (C.S.); R.E.J.B. 2000-21513 (C.A.)) que cette clause de droits acquis s'applique même aux infirmières et infirmiers auxiliaires qui étaient membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec le 11 juillet 1980 et qui ont cessé d'être membres de l'Ordre après cette date.

circonstances ceux-ci doivent être posés. Si l'une ou l'autre des conditions présentes n'est pas remplie, la personne autorisée qui les pose malgré tout se trouve en situation d'exercice illégal. L'établissement doit l'enjoindre à ne plus poser ces actes¹²⁹.

2.1.1. La formation

La personne doit posséder les connaissances et la préparation suffisante pour exécuter l'acte autorisé.¹³⁰ Il appartient à l'établissement ou au médecin traitant, si l'acte n'est pas posé dans un établissement, de s'assurer que les conditions de formation sont rencontrées.¹³¹

Dans certains cas, une formation particulière sera exigée. À titre d'exemple, le règlement des médecins prévoit que les infirmières premières assistantes en chirurgie doivent posséder un certain nombre d'années d'expérience dans un bloc opératoire, être titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières délivré par une université du Québec, d'un certificat en soins infirmiers périopératoires et d'une attestation de formation en réanimation cardiorespiratoire.¹³²

2.1.2. Le lieu d'exécution

Le principe, lorsqu'il y a autorisation d'actes, est que cet acte pourra être accompli à tout endroit. Certains actes devront cependant obligatoirement être exécutés dans un centre hospitalier.¹³³ Une infirmière devra, par exemple, obligatoirement être dans un centre hospitalier lorsqu'elle procède à un lavage vésical chez un greffé rénal, lorsqu'elle enlève un cathéter épidural ou lorsqu'elle irrigue un cathéter artériel avec une solution héparinée.¹³⁴

Dans le règlement des infirmières, il n'existe aucune contrainte de lieu. Une infirmière auxiliaire pourra donc poser l'acte autorisé à tout endroit dans la mesure où les autres conditions sont rencontrées.¹³⁵

¹²⁹ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 4.03; *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 4.03.

¹³⁰ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 2.02 al. 2; *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 2.01 al.2.

¹³¹ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 4.01; *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 4.01.

¹³² *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 1.01 s).

¹³³ *Id.*, art. 2.01.

¹³⁴ *Id.*, art. A-1.26, A-1.29 et A-1.38.

¹³⁵ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 2.01 al. 1.

2.1.3. La surveillance requise

Lors de la prestation d'actes autorisés, le médecin ou l'infirmière doit être en mesure d'assurer une certaine surveillance. Il existe trois types de surveillance pouvant être exercés : la surveillance immédiate, sur place ou à distance. Le degré de surveillance requis a été déterminé, dans chaque cas où cette condition est exigée, en fonction du risque de préjudice pouvant découler de l'acte médical ou infirmier en cause. L'objectif est de favoriser une intervention rapide du médecin ou de l'infirmière surveillants en cas de complication.

La surveillance immédiate exige la présence physique du médecin ou de l'infirmière auprès du bénéficiaire lors de l'exécution de l'acte.¹³⁶ Ce sera le cas, par exemple lorsque l'infirmière enlèvera un tube endotrachéal¹³⁷ ou lorsque l'infirmière auxiliaire assurera le service interne en salle d'opération.¹³⁸

La surveillance sur place exige la disponibilité d'un médecin ou d'une infirmière dans le bâtiment ou l'unité de soins dans lequel est exécuté un acte en vue d'une intervention auprès du bénéficiaire dans un court délai si cela s'avère nécessaire.¹³⁹ Il devra y avoir surveillance du médecin sur place lorsqu'une infirmière administrera, par exemple, un vaccin antitétanique équin¹⁴⁰ et surveillance de l'infirmière sur place lorsqu'une infirmière auxiliaire donnera des soins infirmiers au nouveau-né dans un incubateur.¹⁴¹

La surveillance à distance consiste à s'assurer de la disponibilité d'un médecin ou d'une infirmière lors de l'exécution d'un acte afin de permettre l'intervention auprès du bénéficiaire dans un délai raisonnable.¹⁴² Les délais ne sont cependant pas fixés dans les règlements. Une surveillance de l'infirmière par un médecin devra, entre autres, se faire à distance lorsqu'elle pro-

¹³⁶ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 1.01 k); *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 1.01 l).

¹³⁷ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. A-1.31.

¹³⁸ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, Annexe A, art. A-11.

¹³⁹ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 1.01 l); *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 1.01 m).

¹⁴⁰ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. A-1.06 g).

¹⁴¹ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, Annexe A, art. A-10.

¹⁴² *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 1.01 m); *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 1.01 k).

Chapitre 4

cédera à l'installation d'un tube gastrique.¹⁴³ Aucun acte infirmier autorisé ne comporte l'exigence d'une surveillance à distance.

Il est important que le médecin ou l'infirmière disponible soit familier avec l'acte posé pour être en mesure d'intervenir. Ceux-ci pourront intervenir en tout temps pour contrôler l'acte autorisé.¹⁴⁴

2.1.4. Les conditions locales

Dans le cas où des actes autorisés sont posés en établissement, celui-ci peut déterminer des modalités d'exécution de ces actes qui doivent également être respectées. Par exemple, il peut décider que certains actes autorisés ne seront pas posés dans l'établissement, même si des personnes habilitées ont les compétences pour le faire.¹⁴⁵ Il peut également fixer des conditions locales.¹⁴⁶

Dans la détermination des actes et des conditions locales, l'établissement devra tenir compte d'un certain nombre de critères. Le règlement des infirmières prévoit que l'établissement devra, entre autres, considérer la protection du public, le plan d'organisation du service des soins infirmiers établi dans l'établissement en vertu de la LSSSS, la recommandation du directeur des soins infirmiers ou de l'infirmière ou de l'infirmier responsable des soins infirmiers, les ressources du milieu ainsi que la préparation et l'expérience des personnes habilitées.¹⁴⁷ Le règlement des médecins contient des critères similaires.¹⁴⁸ Les tribunaux ont, par exemple, reconnu le droit d'un hôpital de confier l'administration de traitements d'inhalothérapie à une infirmière plutôt qu'à un inhalothérapeute, en justifiant cette décision sur le fait qu'il peut légalement dispenser et organiser les soins et les services dans son établissement et agir pour des motifs d'ordre purement administratif ou budgétaire.¹⁴⁹

¹⁴³ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. A-1.11.

¹⁴⁴ J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 118, pp. 97-98; voir également le *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 4.02 et le *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 4.02.

¹⁴⁵ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 2.03 a); *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 2.02 a).

¹⁴⁶ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 3.01 à 3.03; *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 3.01 et 3.02.

¹⁴⁷ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 3.02.

¹⁴⁸ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 3.01 et 3.03.

¹⁴⁹ *Delisle c. Hôpital général LaSalle*, J.E. 89-449 (C.S.), appel rejeté, C.A.M. 500-09-000091-892 (J.E. 94-1226).

2.1.5. L'ordonnance médicale

Une majorité d'actes nécessitent une ordonnance médicale pour habiliter la personne autorisée à les poser.

L'ordonnance individuelle est celle qui est établie au cas par cas par un médecin pour répondre aux besoins particuliers de son patient. Dans le contexte de la pratique en établissement, ce type d'ordonnance peut souvent se révéler inefficace, voire constituer une contrainte susceptible d'affecter l'état de santé du patient, ou même de mettre sa vie en danger. Afin de régler cette problématique, le règlement prévoit que tout établissement peut permettre qu'un ou plusieurs des actes autorisés soient posés sous l'autorité d'une ordonnance permanente.¹⁵⁰

L'ordonnance permanente vise à permettre que soient posés certains actes ou à procéder systématiquement à certains examens ou traitements, sans attendre d'ordonnance médicale individuelle, chez les bénéficiaires de catégories déterminées par cette ordonnance.¹⁵¹ Par exemple, il pourra exister une ordonnance permanente relativement à la médication à administrer dans la phase postopératoire en cas de réactions adverses. Partant, l'ordonnance permanente semble davantage pertinente dans le cadre d'un protocole.

Les ordonnances permanentes sont établies par le CMDP.¹⁵² Elles doivent être approuvées par le Conseil d'administration de l'établissement qui emploie les personnes habilitées.¹⁵³

2.1.6. Le protocole d'exécution des actes médicaux et le procédé de soins infirmiers

L'autorisation d'un grand nombre d'actes médicaux nécessite l'adoption d'un protocole. Il en existe un qui est propre à chacun des actes auxquels cette condition s'applique et qui contient une description des procédures, méthodes ou limites qui doivent être respectées par quiconque

¹⁵⁰ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 3.02.

¹⁵¹ *Id.*, art. 1.01 h).

¹⁵² *Id.*

¹⁵³ *Id.*, art. 1.01 d).

Chapitre 4

accomplit un tel acte. En règle générale, un protocole est établi par le CMDP ou par le chef de département clinique qui doit le soumettre au CMDP.¹⁵⁴

L'équivalent du protocole en ce qui concerne l'exécution des actes infirmiers est le procédé de soins infirmiers. Ce procédé est une description des différentes procédures, méthodes et limites, propres au milieu, qui doivent être observées par une infirmière auxiliaire lorsqu'elle pose un acte infirmier autorisé. Les procédés de soins infirmiers sont établis, en général, par le directeur des soins infirmiers ou par l'infirmière responsable des soins infirmiers.¹⁵⁵ Ils peuvent porter, par exemple, sur l'administration de médicaments par voie orale, intramusculaire ou sous-cutanée, sur le lavage vésical ou sur le pansement aseptique.

Lorsque les actes sont posés hors établissement, dans un cabinet de médecin, les protocoles et les procédés de soins sont déterminés par le médecin traitant ou, en son absence, par le médecin responsable du bénéficiaire, dans la mesure cependant où l'acte médical peut être posé hors d'un établissement.¹⁵⁶

2.2. Comparaison avec le mécanisme d'autorisation d'actes du paragraphe h) de l'article 94 du *Code des professions*

Il existe au *Code des professions* un autre mécanisme permettant d'autoriser des personnes autres que des membres d'un ordre à poser certains actes que ces derniers peuvent poser.

Le paragraphe h) de l'article 94 de ce code prévoit que le Bureau d'un ordre peut, par règlement, déterminer, parmi les actes professionnels que peuvent poser les membres de l'ordre, ceux qui peuvent être posés par les personnes ou les catégories de personnes que le règlement indique. Le règlement doit également indiquer les conditions et modalités suivant lesquelles les actes peuvent être posés. Toutefois, et bien que cela ne soit qu'un exemple d'application, le législateur indique que les personnes autorisées peuvent être celles effectuant un stage de formation professionnelle afin d'obtenir le permis de l'ordre.

¹⁵⁴ *Id.*, art. 1.01 j).

¹⁵⁵ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 1.01 h).

¹⁵⁶ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 1.01 j) et *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 1.01 h).

Chapitre 4

À l'instar des règlements d'autorisation d'actes des médecins et des infirmières, il s'agit d'un règlement qui est soumis à l'approbation du gouvernement.¹⁵⁷ Cependant, la procédure d'adoption de ces règlements est différente. La *Loi médicale* et la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* imposent un mécanisme de consultation préalable à l'adoption du règlement auprès de l'Office des professions, des ordres professionnels concernés et, le cas échéant, des organismes représentatifs des classes de personnes visées qui ne sont pas membre d'un ordre. Ce processus de consultation préalable n'existe pas à l'égard des règlements pris en application du paragraphe h) de l'article 94 du code. L'autre différence notable est l'obligation faite dans les lois particulières d'adopter un règlement d'autorisation d'actes alors que la disposition habilitante du code est facultative.

À titre d'exemples, les infirmières ont utilisé le mécanisme d'autorisation d'actes prévu au code à l'égard des candidates à l'exercice de la profession¹⁵⁸ et des externes en soins infirmiers.¹⁵⁹

¹⁵⁷ Article 95 CP.

¹⁵⁸ *Règlement sur les actes professionnels qui, suivant certaines conditions et modalités, peuvent être posés par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*, (1997) 28 G.O. II, 4571.

¹⁵⁹ *Règlement sur les actes professionnels qui, suivant certaines conditions et modalités, peuvent être posés par une externe en soins infirmiers*, (2000) 17 G.O. II, 2677.

3. La responsabilité professionnelle

La responsabilité dont il est question dans le présent chapitre est la responsabilité professionnelle, qu'il importe de distinguer de la responsabilité déontologique. Celle-ci est la responsabilité découlant d'un manquement d'un professionnel à une obligation prévue dans son code de déontologie. Cette faute déontologique est susceptible d'entraîner une plainte du syndic de l'ordre dont le professionnel est membre au comité de discipline de cet ordre. Ce comité peut réprimander le professionnel fautif, lui imposer une amende, le radier du tableau de l'ordre ou révoquer son permis mais il ne peut accorder une indemnisation monétaire à la victime d'un manquement déontologique. Une faute déontologique ne constitue pas nécessairement une faute susceptible d'engager la responsabilité professionnelle et vice versa, même si, dans certains cas, un geste ou une omission peut constituer à la fois une faute déontologique et une faute professionnelle.

La responsabilité professionnelle ressort des principes de la responsabilité civile ordinaire. Un professionnel ou un établissement peut être tenu responsable selon les règles générales de la responsabilité civile de la même façon que toute autre personne soumise aux dispositions du *Code civil*. La responsabilité civile est l'obligation pour toute personne de réparer le dommage causé à autrui en raison d'un manquement à une obligation préexistante. La nature de la responsabilité civile peut être contractuelle¹⁶⁰ ou extracontractuelle.¹⁶¹

Dans le cas de la responsabilité contractuelle, un débiteur (i.e. la personne qui doit exécuter une obligation conformément au contrat) ne remplit pas son obligation ou ne le fait que partiellement, entraînant ainsi un préjudice au créancier (i.e. celui à qui est due l'exécution de l'obligation). Le lien de cause à effet entre l'inexécution de l'obligation et le dommage oblige alors le débiteur à indemniser le créancier pour ce préjudice. Par exemple, lorsqu'un chirurgien esthétique manque à son obligation d'assurer un suivi médical adéquat après l'intervention chirurgicale, le patient, victime d'un dommage causé par cette négligence, prend un recours en responsabilité sur la base contractuelle étant donné l'existence du contrat de soins médicaux entre lui et le médecin.

¹⁶⁰ Article 1458 C.c.Q.

¹⁶¹ Article 1457 C.c.Q.

Chapitre 4

Il importe cependant de mentionner que la Cour d'appel du Québec, dans l'arrêt *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*¹⁶² a statué qu'il n'existe pas de contrat hospitalier entre le patient et l'hôpital. Confirmant la thèse des auteurs Molinari, Baudouin et Lajoie,¹⁶³ la Cour constate que le droit aux services de santé prend sa source dans la loi,¹⁶⁴ indépendamment de la volonté des hôpitaux ou des médecins, et conclut, par conséquent, que les relations patient/hôpital/médecin échappent au domaine contractuel et sont plutôt régies par un régime légal, extracontractuel.

Dans le cas de la responsabilité extracontractuelle, la personne qui doit exécuter une obligation selon la loi manque, par ses gestes fautifs ou ses omissions, à son obligation générale de ne pas nuire à une autre personne. Elle doit donc réparer le dommage causé à celle-ci par ses actes fautifs ou ses omissions. Par exemple, le médecin de garde à l'urgence sera tenu responsable de toute faute à l'égard d'un patient qu'il y traitera.

Il peut arriver qu'un acte fautif puisse être considéré à la fois comme une faute contractuelle et une faute extracontractuelle. Par exemple, il est possible qu'un patient victime d'un dommage lors d'une opération chirurgicale puisse avoir un recours pour manquement à une obligation découlant du contrat de soins convenu avec son médecin et que ce dernier ait en outre manqué à son obligation générale de bien se conduire (ex. : en opérant sous l'effet de l'alcool ou d'autres substances). La victime, lorsqu'il existe une relation contractuelle entre elle et le médecin, doit baser son recours en dommages-intérêts sur la faute contractuelle.¹⁶⁵

3.1. Les conditions de la responsabilité

Comme nous l'avons exposé précédemment, les conditions de la responsabilité sont la faute (ou l'inexécution d'une obligation), le préjudice et le lien de causalité entre la faute et le préjudice. Nous verrons maintenant, à la lumière de la jurisprudence, des illustrations de leur application dans le domaine de la responsabilité médicale et hospitalière.

¹⁶² *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, [2001] R.J.Q. 832.

¹⁶³ André LAJOIE, Patrick A. MOLINARI et Jean-Louis BAUDOUIN, *Le droit aux services de santé : légal ou contractuel*, (1983) 43 R. du B., pp. 675 à 731.

¹⁶⁴ Articles 5, 6 et 13 LSSSS.

¹⁶⁵ Article 1458 C.c.Q.

3.1.1. La faute

En règle générale, les professionnels sont tenus à une obligation de moyens dans l'exercice de leurs fonctions.¹⁶⁶ Ils s'acquittent de cette obligation en prenant les moyens qu'un professionnel raisonnablement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances, utiliserait pour parvenir au but ultime qu'est la guérison d'une maladie ou le traitement efficace d'une affection. La faute qui peut alors leur être reproché est celle de ne pas avoir pris les moyens qu'un autre professionnel aurait pris s'il avait agi à sa place. Cette faute peut prendre plusieurs formes selon les circonstances : il peut s'agir d'un refus ou d'une omission d'agir, d'un acte posé tardivement ou de façon incomplète ou d'un acte non conforme aux normes scientifiquement reconnues par la profession concernée.

Il est important de faire la distinction entre la faute et l'erreur. Seule la personne qui a commis une faute peut être trouvée responsable. L'erreur se produit malgré le fait que la personne a agi de façon prudente et a pris tous les moyens mis à sa disposition pour éviter la conséquence. Ainsi, on ne peut reprocher à un médecin, pratiquant une intervention pour les varices, d'avoir sectionné par erreur la veine fémorale, lorsqu'il a utilisé tous les moyens raisonnables mis à sa disposition et que ceux-ci sont ceux qu'un médecin prudent et diligent aurait utilisés.¹⁶⁷ Dans ce cas, le médecin est donc exonéré car il n'a commis aucune faute. Par ailleurs, lors d'une chirurgie, si le médecin procède à l'aveuglette et ne prend pas le temps de reconnaître les structures avant de couper, il fait preuve de négligence car il n'opère pas selon les normes généralement reconnues de la pratique médicale.¹⁶⁸ Le comportement de ce médecin s'écarte alors grandement de celui d'un médecin prudent et diligent et il est considéré comme fautif.

D'autre part, les tribunaux prennent en considération, lors de l'évaluation de la faute, le critère de la prévisibilité de l'événement. Il n'est pas exigé du personnel médical qu'il prévoit toutes les conséquences qui pourraient survenir mais seulement celles normalement prévisibles. Un pro-

¹⁶⁶ *Hôpital général de la région de l'Amiante Inc. c. Perron*, [1979] C.A. 567; *Cloutier c. Hôpital Le Centre hospitalier de l'Université Laval (C.H.U.L.)*, [1990] R.J.Q. 717 (C.A.); *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, [1997] R.J.Q. 2121 (C.A.); *Claveau c. Guimond*, J.E. 98-1143 (C.S.); *Ostiguy c. Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal*, J.E. 99-11 (C.S.). Toutefois, il a été décidé, dans *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, que le décompte des compresses par le personnel infirmier est une obligation de résultat et dans *Rizk c. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*, [1999] R.R.A. 197, que l'obligation de sécurité en était également une de résultat.

¹⁶⁷ *Vigneault c. Mathieu*, [1991] R.J.Q. 1607 (C.A.). Voir également *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351.

¹⁶⁸ *Gauthier c. Boucher*, J.E. 98-2407.

Chapitre 4

professionnel pourra nier sa responsabilité en prouvant que la conséquence était imprévisible dans les circonstances.

Il est à noter qu'en principe, la victime doit prouver la faute. Toutefois, devant la difficulté des victimes à faire cette preuve, les tribunaux ont accepté une preuve par présomption de fait.¹⁶⁹ L'objectif de cette preuve est d'amener le tribunal à conclure que les dommages subis n'auraient pas pu survenir en l'absence de faute.¹⁷⁰ Par exemple, à la suite d'une opération pour une hernie inguinale, le patient souffrait de vives douleurs et d'impuissance et on a présumé que la cause la plus probable de l'atrophie testiculaire devait être une suture trop serrée du canal inguinal.¹⁷¹

3.1.2. Le préjudice

Si une faute est commise et qu'aucun dommage n'est causé, il n'y a pas de responsabilité civile, étant donné que celle-ci ne vise qu'à indemniser la victime pour le préjudice subi. La victime doit donc prouver ce préjudice.

Le droit de réclamer des dommages-intérêts au responsable n'est pas limité à la victime, mais peut s'étendre notamment aux dépendants de celle-ci, qui peuvent encourir un dommage personnel découlant du préjudice subi. Il peut s'agir de la perte du soutien matériel et moral, de la contribution que ne peut plus apporter une victime gravement malade, handicapée ou décédée.¹⁷²

Le préjudice doit, pour être indemnisable, rencontrer certaines conditions. Ainsi, le dommage réclamé par la victime doit être une conséquence directe de la faute.¹⁷³ C'est donc dire que si le patient ne minimise pas les dommages résultant de la faute du professionnel, ce dernier pourrait ne pas être tenu responsable de l'aggravation du préjudice.¹⁷⁴ D'autre part, tout dommage, présent ou futur doit être indemnisé, du moment qu'il est certain.¹⁷⁵ Les tribunaux n'exigent pas

¹⁶⁹ Article 2849 C.c.Q. Il y a alors un déplacement du fardeau de preuve obligeant le professionnel à démontrer qu'il n'a commis aucune faute.

¹⁷⁰ *Martel c. Hôtel-Dieu de St-Vallier*, [1969], R.C.S. 745,749.

¹⁷¹ *Bolduc c. Lessard*, [1993] R.R.A. 291 (C.A.).

¹⁷² *Centre hospitalier St-Vincent de Paul c. Côté*, [1981] C.S. 300.

¹⁷³ Article 1607 C.c.Q.

¹⁷⁴ Article 1479 C.c.Q.

¹⁷⁵ Article 1611 C.c.Q.

une certitude absolue, mais seulement que la victime démontre que le dommage est probable. Ainsi, à la suite d'un traitement inadéquat, si la victime réussit à faire la preuve, par le rapport d'un expert, que sa vision continuera à diminuer au cours des prochaines années, il lui sera possible de réclamer des dommages-intérêts pour la perte de sa vision future.¹⁷⁶

3.1.3. *Le lien de causalité entre la faute et le préjudice*

La victime doit enfin prouver le lien entre la faute et le préjudice subi.¹⁷⁷ À l'instar de la preuve de la faute, les tribunaux ont permis la preuve par présomption du lien causal, lorsqu'il est impossible d'établir le lien de causalité par une preuve directe. Ce genre de preuve consiste pour la poursuite à démontrer que parmi toutes les causes possibles du dommage, seule l'une d'elles est probable. Une telle présomption emporte un renversement du fardeau de la preuve et si l'auteur du dommage ne réussit pas à s'en décharger, il est tenu responsable. Par exemple, un patient souffrant d'une infection grave a été soumis à un traitement prolongé à la gentamycine, un antibiotique toxique pour le rein et l'oreille. Son médecin a négligé de lui faire passer les tests rénaux et les audiogrammes indiqués en pareil cas et il est survenu une perte auditive importante pour le patient. Les présomptions de fait ont permis de conclure à l'existence d'une relation causale entre la surdité et le médicament.¹⁷⁸

3.2. La prescription

En droit civil, le recours en responsabilité se prescrit par trois ans.¹⁷⁹ Après ce délai, l'action n'est plus recevable. En matière médicale, la faute et le dommage peuvent ne pas se produire simultanément. Par exemple, l'opéré peut ignorer pendant des semaines, voire des mois, l'oubli d'une compresse ou d'un instrument lors d'une intervention.¹⁸⁰ Dans le cas où le préjudice se manifeste graduellement ou tardivement, le délai commence à courir à compter du jour où il se manifeste pour la première fois.¹⁸¹

¹⁷⁶ *Plamondon c. Boies*, [1980] C.S. 596; J.E. 85-976 (C.A.).

¹⁷⁷ Article 1607 C.c.Q.

¹⁷⁸ *Gburek c. Cohen*, [1988], R.J.Q. 2424 (C.A.); voir également *Stéphanik c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, [1997] R.J.Q. 1332 (C.S.) et *Prat c. Poulin*, [1997] R.J.Q. 2669 (C.A.).

¹⁷⁹ Articles 2925 et 2930 C.c.Q.

¹⁸⁰ *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, précité, note 166.

¹⁸¹ Article 2926 C.c.Q.

Chapitre 4

De plus, dans le cas où il serait impossible de déterminer avec précision l'étendue des dommages, le tribunal peut réserver à la victime le droit, pour une période de trois ans postérieure au jugement, de modifier sa réclamation.¹⁸² Par exemple, si lors de son accident, la victime a subi des fractures au bassin et à la hanche et qu'au moment de rendre le jugement, il est impossible de prévoir si l'installation d'une prothèse de la hanche sera requise au cours des prochaines années, le tribunal pourrait lui réserver le droit de réclamer des dommages-intérêts additionnels si l'intervention devait se produire.¹⁸³

3.3. La responsabilité institutionnelle directe de l'établissement

Un établissement¹⁸⁴ peut être tenu responsable directement du dommage qu'il cause, de la même façon qu'une autre personne.¹⁸⁵ Les établissements, qui agissent par l'intermédiaire de leurs gestionnaires, ont à l'égard de leurs patients des obligations reliées aux services professionnels et non-professionnels qu'ils fournissent.

3.3.1. *Les obligations non reliées aux services professionnels*

L'établissement est tenu envers ses patients de plusieurs obligations non reliées à des services professionnels. Tout d'abord, il doit fournir au patient un hébergement convenable et sain, adapté à ses besoins. L'hébergement hospitalier, qui correspond à celui offert par un hôtelier, comprend entre autres la fourniture de locaux appropriés, de même que des équipements ou des services accessoires adéquats, comme les repas et les services sanitaires.

D'autre part, l'établissement est tenu d'assurer la sécurité à l'égard des patients qu'il héberge ou qui le fréquentent. Il doit veiller à ce que les lieux et les équipements soient exempts de dan-

¹⁸² Article 199 et s. C.p.c. et article 1615 C.c.Q.

¹⁸³ *Briand c. Duguay*, [1996] R.R.A. 800.

¹⁸⁴ Selon les articles 79 et 94 LSSSS, un établissement fournit des services de santé et des services sociaux dans un centre local de services communautaires, un centre hospitalier, un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation.

¹⁸⁵ Articles 300, 1457 et 1458 C.c.Q.

Chapitre 4

ger pour la vie ou la santé de ses patients.¹⁸⁶ L'hôpital est tenu de prendre tous les moyens raisonnables pour éviter les accidents.¹⁸⁷ Il n'est cependant pas tenu de garantir le résultat, par exemple le fait que le patient ne se suicidera pas.¹⁸⁸

Pendant son séjour en établissement, le patient doit lui confier ses biens personnels. Il s'établit un contrat de dépôt nécessaire¹⁸⁹ entre lui et l'établissement. Ce dernier est donc tenu de prendre tous les moyens mis à sa disposition pour remplir son obligation de garde à l'égard des biens.

3.3.2. Les obligations reliées aux services professionnels

Les principales obligations de l'établissement liées aux services professionnels sont celles d'offrir des soins attentifs, prudents et diligents, de fournir un personnel suffisant¹⁹⁰ et compétent, d'utiliser des méthodes, des technologies et des équipements adéquats et d'assurer la confidentialité des dossiers. Sa responsabilité peut donc être engagée s'il fait défaut d'exécuter l'une ou l'autre de ces obligations. De même, l'établissement demeure responsable de la continuité des services lors du transfert d'un patient d'un établissement à un autre.¹⁹¹

Rappelons que les services offerts doivent être conformes aux normes scientifiques généralement reconnues. L'établissement, à l'instar des professionnels, n'est tenu qu'à une obligation de moyens. Il doit donc prendre les moyens raisonnables pour offrir des services de qualité.

Cependant, l'établissement est tenu à une obligation de résultat quant au bon fonctionnement des appareils médicaux.¹⁹² On ne peut exiger que l'établissement possède les équipements les

¹⁸⁶ *Rizzo c. Hôpital Notre-Dame*, [1975] C.S. 425 (chute dans un escalier); *Philipp c. Richardson Convalescent Hospital*, [1977] C.S. 283 (chute à la suite d'un transport entre hôpitaux); *Boudreault c. Hôpital Ste-Jeanne D'Arc*, J.E. 78-269 (chute d'un lit); *Rizk c. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*, précité, note 166 (chute d'un banc).

¹⁸⁷ *Villemure c. Hôpital Notre-Dame*, [1973] R.C.S. 716 (manque de surveillance d'un patient qui s'est suicidé); *Centre hospitalier Robert Giffard c. George*, J.E. 84-511; *Bordeleau c. Hôpital St-Luc*, J.E. 2000-476.

¹⁸⁸ *Corporation de l'Hôtel-Dieu de Salaberry de Valleyfield c. Audette*, [1977] C.A. 587; *Richard c. Hôpital St-Michel Archange*, J.E. 78-356; *Cloutier c. Hôpital le Centre hospitalier de l'Université Laval*, précité, note 166; *Painchaud c. Hôpital Charles-Lemoyne*, [1998] R.R.A. 426; J.E. 98-775 (C.S.).

¹⁸⁹ Article 2297 C.c.Q.

¹⁹⁰ *Côté c. Hôpital l'Hôtel-Dieu de Québec*, [1987] R.J.Q. 723 (C.A.).

¹⁹¹ *Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*, [2000] R.J.Q. 2110 (C.Q.).

¹⁹² *Richard c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1975] C.S. 223.

Chapitre 4

plus modernes. Par contre, tous les appareils doivent être en bon état, leur installation doit être sécuritaire et il doit y avoir un entretien régulier.¹⁹³

3.4. La responsabilité du médecin

Il convient de rappeler que, généralement, les médecins ont une obligation de moyens et que leur conduite doit être évaluée par rapport à celle d'un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. Ils ne peuvent garantir la guérison d'une maladie mais doivent prendre tous les moyens que la science médicale met à leur disposition pour guérir leurs patients, les maintenir en bonne santé ou alléger leurs souffrances. Les principales obligations du médecin envers son patient, à l'égard desquelles un manquement est susceptible d'entraîner sa responsabilité, sont celles relatives aux renseignements, au diagnostic, au traitement et à la confidentialité.

3.4.1. Obligations relatives aux renseignements

Le médecin doit fournir au patient des informations précises sur la nature de l'intervention et le but poursuivi par celle-ci. Lorsqu'il existe plusieurs possibilités de traitement, l'information ne saurait être complète sans que le médecin les communique au patient. De même, le médecin doit dévoiler les risques connus¹⁹⁴ et les conséquences négatives possibles de son intervention.¹⁹⁵ En un mot, les explications doivent être complètes et le patient doit les comprendre.

Une fois l'information adéquatement transmise, le médecin doit obtenir le consentement du patient ou de la personne qui a le pouvoir de consentir pour lui avant de procéder au traitement ou à l'intervention. Conformément à l'article 10 du *Code civil du Québec*, ce consentement doit être libre et éclairé, c'est-à-dire que le patient doit avoir eu toute l'information nécessaire lui permettant de prendre sa décision et doit être exempt de toute contrainte. Par ailleurs, le consentement donné à un médecin vaut à l'égard des autres médecins de l'équipe soignante.¹⁹⁶ Toute-

¹⁹³ *Crawford c. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke*, (25 mai 1982), Montréal, 500-09-00316-801, (C.A.).

¹⁹⁴ *Brochu c. Camden-Bourgault* (2 avril 2001), Québec, 200-09-000915-964 (C.A.) AZ-50085017, J.E. 2001-836; www.jugements.qc.ca/ca/200104fr.html.

¹⁹⁵ Jean-Louis BAUDOIN et Patrice DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, 5^e édition, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1998, no 1439.

¹⁹⁶ *Marcoux c. Bouchard*, J.E. 99-1685 (C.A.); [2001] CSC 50.

fois, la nécessité d'informer le patient et d'obtenir son consentement sont des obligations continues qui doivent être répétées à chaque fois que l'évolution de la situation le justifie.

3.4.2. Obligations relatives au diagnostic

Le diagnostic est l'opinion donnée par le médecin sur l'état général de santé d'une personne. Cette opinion est basée notamment sur une exploration de l'ensemble des systèmes du corps humain, sur un examen complet de tous les organes et appareils de celui-ci et sur l'interprétation des résultats des analyses de laboratoire et des examens radiologiques. Comme toute opinion, elle est susceptible d'inexactitudes. C'est donc dire qu'on ne peut retenir la responsabilité du médecin du seul fait que le bon diagnostic n'a pas été posé. La simple erreur de diagnostic ne sera pas suffisante pour engager la faute du médecin¹⁹⁷. Le médecin a l'obligation de poser un diagnostic complet selon les règles de l'art, ce qui veut dire que son évaluation personnelle doit être appuyée par les analyses, examens et tests nécessaires et qu'en cas de doute, il doit consulter ou référer le patient à un confrère.¹⁹⁸

Le médecin commet une faute quant au diagnostic, s'il pose un diagnostic hâtif sans le faire confirmer par des tests appropriés¹⁹⁹ ou encore s'il interprète mal les résultats de tests.²⁰⁰

3.4.3. Obligations relatives au traitement

La faute du médecin peut résider dans le mauvais choix du traitement applicable. Le médecin est donc responsable s'il utilise une thérapie inadéquate, dépassée, dangereuse ou qui n'est pas encore éprouvée.²⁰¹

Par ailleurs, le traitement doit être administré avec prudence et diligence. Si le médecin ne possède pas la compétence requise, il est de son devoir de consulter un spécialiste ou de diriger le patient vers un autre médecin.²⁰²

¹⁹⁷ *O'Hearn c. Estrada*, J.E. 84-449 (C.A.); *Allaire c. Vo*, AZ-01036305, (23 mars 2001), C.Q.

¹⁹⁸ *Code de déontologie des médecins*, précité, note 110, art. 2.03.16.

¹⁹⁹ *Stéphanik c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, précité, note 178.

²⁰⁰ *Kiley-Nikkel c. Danais*, [1992] R.J.Q. 2820; *Massinon c. Ghys*, [1996] R.J.Q. 2258 (C.S.).

²⁰¹ J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 195, no 1457; *Code de déontologie des médecins*, précité, note 110, art. 2.03.19

²⁰² *Id.*, art. 2.03.16.

En outre, le médecin doit assurer un suivi médical de la condition du patient afin, notamment, d'évaluer le résultat du traitement et de prévenir la survenance de risques post-thérapeutiques. Cette obligation inclut le devoir de divulguer au patient les résultats des examens, tests et analyses, et de lui faire part des symptômes qui devraient l'amener à reconsulter aussitôt.²⁰³

3.4.4. Obligations relatives à la confidentialité

Le médecin, comme les autres professionnels, est tenu au secret professionnel.²⁰⁴ Celui-ci oblige le médecin à ne rien divulguer des faits qui lui ont été dévoilés dans le cadre de la relation professionnelle, ni de ceux qu'il a pu constater par l'exercice de sa profession. Le secret professionnel ne couvre donc pas seulement les renseignements divulgués par le patient dans le cadre de la relation professionnelle avec le médecin mais aussi les informations que le médecin constate lui-même en utilisant la science médicale et son expérience.²⁰⁵ De plus, le médecin doit prendre les moyens raisonnables à l'égard de ses employés pour que soit préservé le secret professionnel.²⁰⁶

Ce droit au secret professionnel, qui existe au bénéfice du patient, n'est pas absolu, car ce dernier est libre d'y renoncer en tout ou en partie, expressément ou tacitement. Parfois, c'est la loi qui impose aux professionnels l'obligation de divulgation.²⁰⁷

Le bris du secret professionnel, en dehors des exceptions prévues par la loi, constitue une faute et expose le professionnel à un recours en dommages-intérêts pour le préjudice moral et matériel subi par le patient. Étant donné l'instauration d'équipes médicales interdisciplinaires, le partage entre professionnels des informations concernant les patients est nécessaire pour rendre des services professionnels adéquats. Le fait pour un médecin de faire part de renseignements

²⁰³ Brochu c. Camden-Bourgault, précité, note 194.

²⁰⁴ Code de déontologie des médecins, précité, note 110, art. 3.01; Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12, art. 9; art. 60.4 CP.

²⁰⁵ J.-L. BAUDOIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 195, no 1461.

²⁰⁶ Code de déontologie des médecins, précité, note 110, art. 3.02.

²⁰⁷ Par exemple, voir la *Loi sur la protection de la santé publique*, L.R.Q., c. P-35, art. 5 alinéa 2 (maladies à déclaration obligatoire), la *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-34.1, art. 39 premier alinéa (signalement d'un enfant dont la sécurité ou le développement peut être considéré comme compromis) et le *Code civil du Québec*, art. 14 alinéa 2 (mineur dans un établissement pendant plus de douze heures).

Chapitre 4

confidentiels aux autres professionnels de la santé qui collaborent avec lui ne constitue pas une faute.²⁰⁸

3.5. La responsabilité de l'établissement pour les actes de ses préposés

Un établissement peut être tenu responsable du dommage causé par un geste fautif posé par un employé ou préposé dans l'exercice de ses fonctions.²⁰⁹

Un lien de préposition suppose de la part du commettant un pouvoir de contrôle sur son préposé, un pouvoir de lui donner des ordres et de lui dire comment son travail doit être exécuté. De façon générale, les infirmières, les technologistes médicaux, les technologues en radiologie, les inhalothérapeutes, les infirmières auxiliaires et tous les autres professionnels employés ainsi que les internes, les résidents et les étudiants sont des préposés de l'établissement.²¹⁰ Il en découle, au plan de la responsabilité civile, qu'ils engageront la responsabilité de l'établissement à titre d'employeur mais, en règle générale, qu'ils n'engageront pas celle du médecin qui doit s'en remettre aux soins et services fournis par l'établissement.

De plus, il va sans dire que la responsabilité de l'établissement pour la faute de son préposé ne libère pas pour autant ce dernier de sa responsabilité personnelle pour l'acte fautif qu'il a commis. Toutefois, force est de constater qu'en pratique, la responsabilité des professionnels préposés de l'établissement se confond avec celle de ce dernier, qui leur offre la protection d'un régime d'assurance et prend fait et cause pour eux.

Il peut arriver que la présence d'un «patron momentané», tel un médecin, transfère le lien de préposition. Par exemple, la responsabilité de l'établissement ne pourrait être engagée lors-

²⁰⁸ J.-L. BAUDOIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 195, no 1462.

²⁰⁹ Article 1463 C.c.Q.

²¹⁰ *Perron c. Hôpital Général de la région de l'amiante*, précité, note 166 (infirmière); *Crawford c. Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke*, précité, note 193 (technicien); *Pépin c. Hôpital du Haut Richelieu*, [1983] C.A. 292 (technicien en radiologie); *Boies c. Hôtel-Dieu de Québec*, précité, note 176 (interne); *Tabah c. Liberman*, [1990] R.J.Q. 1230 (interne); *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, précité, note 166 (personnel infirmier); *Mainville c. Cité de la santé de Laval*, [1998] R.J.Q. 2082 (étudiante infirmière).

Chapitre 4

qu'un résident commet une faute alors qu'il exécutait un acte médical sous la supervision d'un médecin.²¹¹

La jurisprudence a également développé certains principes, notamment que les soins postopératoires sont à la charge de l'établissement et que le chirurgien ne répond pas de la faute du personnel hospitalier lors de l'exécution de ces soins.²¹² De même, le médecin, qui laisse au personnel infirmier des directives, n'est pas responsable lorsqu'elles ne sont pas exécutées en son absence.²¹³

Par ailleurs, un établissement ne saurait répondre de la faute d'un médecin, étant donné qu'il est réputé ne pas faire partie du personnel de l'établissement.²¹⁴ Le médecin y exerce de façon autonome, tant sur le plan professionnel que financier. Donc, l'acte médical accompli par un médecin ne peut être exécuté sous le contrôle, la direction et la surveillance de l'hôpital et, par conséquent, celui-ci ne peut être tenu responsable d'un tel acte.²¹⁵

3.6. La responsabilité du médecin pour le fait d'autrui

Le médecin peut être tenu responsable pour le dommage causé par la faute de personnes dont il répond.²¹⁶ Cette responsabilité peut découler du contrat conclu entre le patient et le médecin. Lorsqu'un tel contrat est conclu, la responsabilité du médecin pour la faute d'autrui est engagée lorsque le médecin introduit un tiers pour exécuter ses propres obligations, incluant les actes médicaux autorisés, et que ce dernier les exécute fautivement.²¹⁷ Le médecin est alors responsable envers le patient de toute faute commise par une personne qui l'assiste ou par un collègue qui le remplace.

²¹¹ *Lamarre c. Hôpital du Sacré-Cœur*, [1996] R.R.A. 496; *Labrecque c. Hôpital du St-Sacrement*, [1997] R.J.Q. 69; *Goupil c. Centre hospitalier universitaire de Québec (Pavillon Hôtel-Dieu de Québec)*, [2001] J.Q. n° 3343, JEL/2001-343; *Julie VEILLEUX, Qui, du patron ou de l'hôpital, répond de la faute du résident?*, Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière, volume 125, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1999, p.35 et ss.

²¹² *Tabah c. Liberman*, précité, note 210.

²¹³ *Hôtel-Dieu d'Amos c. Gravel*, [1989] R.J.Q. 64.

²¹⁴ Article 236 LSSSS; voir également *Hôpital Notre-Dame de l'Espérance c. Laurent*, [1978] 1 R.C.S 605.

²¹⁵ *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, précité, note 162.

²¹⁶ J.-L. BAUDOIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 195, no 1465; Jean-Pierre MÉNARD et Denise MARTIN, *op. cit.*, note 118.

²¹⁷ J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 118, p.13.

Chapitre 4

La responsabilité du médecin peut par ailleurs découler de son obligation légale de répondre, à titre de commettant, des dommages causés par la faute de son préposé.²¹⁸ Le lien de préposition n'existe que lorsque le médecin demande à l'infirmière, au technicien ou au résident de poser un acte médical sous son contrôle et sa surveillance. En effet, ce lien n'existe pas lorsque les actes à poser relèvent des fonctions propres de ces autres professionnels et constituent des soins hospitaliers qu'un établissement doit fournir directement aux patients.

En ce qui concerne l'acte médical délégué, visé au *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*,²¹⁹ il pourrait, dans le cadre contractuel, entraîner la responsabilité du médecin s'il est exécuté sur ordonnance individuelle; en dehors du cadre contractuel, sa responsabilité ne pourrait être engagée que pour l'acte exigeant une surveillance immédiate, par exemple en cas de faute de surveillance ou de faute dans la délégation.²²⁰ En l'absence d'une obligation de surveillance, le médecin ne saurait être tenu responsable de l'acte posé par le professionnel autorisé.

Par ailleurs, un médecin, qu'il agisse comme remplaçant, consultant ou spécialiste, ne peut être considéré comme le préposé d'un autre médecin étant donné l'absence de contrôle et de subordination entre eux.²²¹

3.7. La responsabilité du personnel de l'établissement

Tout professionnel, membre du personnel de l'établissement, est responsable des fautes qu'il commet dans l'exécution de ses fonctions. Les principes généraux susmentionnés, applicables à la responsabilité personnelle du médecin, s'appliquent à tout professionnel qui fait partie de l'équipe soignante, en faisant les adaptations nécessaires en fonction de son champ de pratique. Comme nous l'avons vu, il engagera en outre, selon le cas, la responsabilité de l'établissement, à titre d'employeur, ou celle du médecin, lorsque ce dernier peut être considéré comme son commettant momentané.²²²

²¹⁸ Article 1463 C.c.Q.

²¹⁹ R.R.Q., 1981 (Supp., 871) et ses modifications.

²²⁰ J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 118, pp.100 à 103.

²²¹ J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 195, n^{os} 1468 et 1469.

²²² Voir les sections 3.5 et 3.6.

3.8. La pluralité de défendeurs et le partage de la responsabilité

D'entrée de jeu, il importe de souligner que l'évolution du contexte de pratique professionnelle, et notamment la formation d'équipes interdisciplinaires, ne modifie en rien l'application des règles de responsabilité civile mentionnées ci-dessus.

Dans l'hypothèse où le dommage résulte du concours de plusieurs fautes, les tribunaux peuvent condamner conjointement ou solidairement les professionnels, selon le cas. La responsabilité est conjointe lorsque le tribunal est capable d'effectuer un partage de responsabilité, en fonction de la gravité des fautes. La victime doit donc réclamer de chacun des défendeurs le montant qu'il lui doit.²²³

Par contre, la responsabilité est solidaire lorsque chacun des défendeurs est tenu d'indemniser intégralement la victime. Le but visé par la responsabilité solidaire est de faciliter l'indemnisation de la victime, notamment, en cas d'insolvabilité de l'un des défendeurs.²²⁴

Comment déterminer dans chaque cas particulier, si la responsabilité des professionnels concernés est conjointe ou solidaire?

La solidarité ne se présume pas et elle n'existe que lorsqu'elle est expressément stipulée par les parties ou prévue par la loi. Elle est, au contraire, présumée entre les débiteurs d'une obligation contractée pour le service ou l'exploitation d'une entreprise.²²⁵

²²³ Article 1478 C.c.Q.; Pauline LESAGE-JARJOURA et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale*, 2^e édition, 2001, Les Éd. Yvon Blais Inc., p. 96, n° 128.

²²⁴ Article 1523 C.c.Q.; P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 223, p. 96, n° 129.

²²⁵ Article 1525, al. 1 et 2 C.c.Q. Selon le troisième alinéa de cet article, l'exploitation d'une entreprise comprend l'exercice, par une ou plusieurs personnes, d'une activité économique organisée consistant, notamment, dans la prestation de services. Selon les auteurs P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 223, p. 96 et 97 (note 39), la présomption de solidarité en cas d'entreprise commune pourrait toucher des médecins propriétaires d'une clinique pour tous les services non médicaux qu'offre la clinique (soins infirmiers, secrétariat, entretien, etc.) mais ne pourrait s'étendre aux actes médicaux proprement dit, car il faut que les débiteurs soient obligés à une même chose envers le créancier (art. 1523 C.c.Q.), ce qui n'est pas le cas des médecins qui exercent dans des disciplines différentes. Il pourrait cependant en être autrement de la pratique de groupe dans une spécialité médicale particulière.

Chapitre 4

Par ailleurs, puisque la relation patient/médecin/hôpital a été qualifiée d'extracontractuelle par la Cour d'appel dans l'affaire *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, il en résulte qu'il y a solidarité entre tous les fautifs et leurs commettants, le cas échéant, lorsque les actes sont posés en établissement.²²⁶ Cette solidarité est appliquée en cas de faute commune²²⁷ et de fautes contributives.²²⁸

De plus, lorsque plusieurs personnes ont participé à un fait collectif fautif ayant entraîné un dommage ou qu'elles ont commis des fautes distinctes dont chacune est susceptible d'avoir causé le dommage mais qu'il soit impossible de déterminer laquelle de ces fautes l'a effectivement causé, elles sont tenues solidairement à la réparation de ce dommage.²²⁹

Dans le cadre contractuel, c'est-à-dire lorsqu'un contrat de soins médicaux est conclu entre le patient et le médecin, il n'y a pas de solidarité, à moins que les parties ne l'aient stipulée. Le médecin pourra être tenu responsable, en dehors de l'établissement, de toute faute commise par un professionnel qui l'assiste ou le seconde à titre d'employé, mais il conservera néanmoins un recours récursoire contre ce dernier.²³⁰ Par ailleurs, bien qu'un médecin ne puisse être considéré comme le préposé d'un autre médecin, lorsqu'il agit comme remplaçant, consultant ou spécialiste, le médecin traitant pourrait être tenu personnellement responsable, s'il s'est fait remplacer par un médecin incompetent.²³¹ Toutefois, le médecin consultant ou spécialiste ne remplace jamais le médecin traitant et il n'y a donc pas lieu d'appliquer les règles de la responsabilité contractuelle du fait d'autrui à son égard; selon les circonstances, le médecin traitant et le médecin consultant ou spécialiste n'engageront respectivement leur responsabilité professionnelle que pour les fautes personnelles qu'ils ont commises.²³²

²²⁶ L'article 1526 C.c.Q. prévoit que l'obligation de réparer le préjudice causé à autrui par la faute de deux personnes ou plus est solidaire, lorsque cette obligation est extracontractuelle.

²²⁷ La faute commune se produit lorsque deux ou plusieurs personnes commettent une seule et même faute causant le dommage à la victime : par exemple, dans *Stéphanik c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, précité, note 178, deux médecins ayant négligé de prêter attention à un rapport d'échographie et de demander des examens plus approfondis ont été trouvés solidairement responsables, même si leurs gestes fautifs n'avaient pas été commis au même moment.

²²⁸ Il s'agit de fautes commises par des professionnels différents mais chacune de ces fautes contribue à la réalisation d'un même dommage : par exemple, dans *Plamondon c. Boies*, précité, note 176, la négligence de l'interne, qui n'a pas fait examiner l'œil du patient par un spécialiste, ni administré les médicaments appropriés et celle du médecin, qui n'a pas hospitalisé le patient, ont contribué à la perte de vision de l'œil du patient.

²²⁹ Article 1480 C.c.Q.

²³⁰ Article 1463 C.c.Q.

²³¹ En effet, la responsabilité du fait d'autrui existe en matière contractuelle quand le médecin introduit lui-même, pour l'exécution de ses propres obligations, un tiers qui les exécute fautivement; J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 118, pp. 13 et 23 à 38.

²³² *Id.*, pp. 39 à 56.

Chapitre 4

Lorsque les médecins exercent leur profession en groupe dans la même spécialité médicale et qu'un contrat est conclu entre le patient et tous les membres du groupe qui s'engagent à le soigner, cet engagement génère une obligation solidaire de soigner le patient. Toutefois, si une faute dommageable est commise, la responsabilité solidaire ne pourrait, selon certains auteurs, naître qu'à l'égard des médecins qui ont commis un manquement à l'obligation de soigner adéquatement ou à l'égard de tous les membres du groupe, s'il s'avère impossible de déterminer l'auteur de la faute causale du dommage.²³³

Enfin, il y a lieu de mentionner l'entrée en vigueur, le 21 juin 2001, de nouvelles dispositions au *Code des professions* concernant de nouvelles formes possibles de regroupements de professionnels pour l'exercice de leur profession.²³⁴ Ces dispositions permettent aux ordres d'autoriser à certaines conditions, par règlement, l'exercice de la profession par leurs membres au sein d'une société en nom collectif à responsabilité limitée ou d'une société par actions. Les professionnels qui seront ainsi autorisés à exercer leur profession au sein de ces sociétés verront leur patrimoine personnel protégé en cas de poursuite en responsabilité professionnelle où ils sont exposés, par le fait de leur appartenance à la société, à répondre d'actes de leurs associés auxquels ils n'ont aucunement participé.²³⁵

²³³ Id., p. 58; P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 223, p. 322, n° 395; *contra* : Alain BERNAR-DOT et Robert P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, 1980, Les Éd. R.D.U.S., p. 191, n° 279.

²³⁴ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives concernant l'exercice des activités professionnelles au sein d'une société*, L.Q., 2001, c. 34.

²³⁵ L'article 187.14 *CP* se lit comme suit : « Le membre d'un ordre qui exerce ses activités professionnelles au sein d'une société en nom collectif à responsabilité limitée n'est pas personnellement responsable des obligations de la société ou d'un autre professionnel, découlant des fautes ou négligences commises par ce dernier, son préposé ou son mandataire dans l'exercice de leurs activités professionnelles au sein de la société. » L'article 187.17 reproduit essentiellement la même disposition à l'égard de l'exercice d'activités professionnelles au sein d'une société par actions.

Conclusion

Ce bref survol du cadre juridique régissant les professionnels de la santé et des relations humaines qui exercent leur profession en établissement indique, d'une part, que la *LSSSS*, le *Code des professions* et les autres lois professionnelles, ainsi que la réglementation afférente à ces lois constituent un système harmonisé qui comporte des règles d'organisation du travail tenant compte de la mission de protection du public des ordres professionnels et qui prévoit que ceux-ci ont un rôle à jouer dans l'amélioration de la qualité des soins dispensés en établissement.

D'autre part, l'analyse effectuée des règles applicables en matière de responsabilité professionnelle démontre qu'un nouveau partage des activités entre les professionnels de la santé et des relations humaines ne nécessiterait aucun changement de ces règles. En effet, les conditions de base de la responsabilité continueront de s'appliquer, peu importe la nature des obligations des professionnels concernés, et ceux-ci continueront d'être responsables pour tout manquement à ces obligations. Par ailleurs, l'établissement demeurera responsable pour les fautes commises par ses employés. Quant au médecin, il continuera de voir sa responsabilité engagée pour ses fautes personnelles ainsi que pour celles commises par d'autres professionnels, à condition qu'il ait une obligation de contrôle et de surveillance des actes posés par ces derniers.