



Les aspects légaux, déontologiques  
et organisationnels de la  
pratique médicale au Québec

# **ALDO-Québec**

**Édition 2004**

Novembre 2004

Collège des médecins du Québec

EN COLLABORATION AVEC LES FACULTÉS  
DE MÉDECINE DU QUÉBEC :

Université Laval  
Université McGill  
Université de Montréal  
Université de Sherbrooke

**Publication du****Collège des médecins du Québec**

2170, boulevard René-Lévesque Ouest

Montréal (Québec) H3H 2T8

Téléphone : (514) 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

Télécopieur : (514) 933-3112

Courriel : [info@cmq.org](mailto:info@cmq.org)

[collegedesmedecins.qc.ca](http://collegedesmedecins.qc.ca)

**Coordination**

Direction des affaires publiques et des communications

**Révision linguistique**

Françoise Turcotte et Sylvie Massariol

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN (en traitement)

© Collège des médecins du Québec, 2004

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

## Avant-propos

Nous avons le plaisir de vous présenter l'édition 2004 du document *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO-Québec)*.

Au fil des ans, ce document est devenu une référence pour tous les médecins qui préparent l'examen ALDO, administré par le Collège des médecins du Québec et dont la réussite est nécessaire à l'obtention du permis d'exercice. Nous sommes convaincus que le document *ALDO-Québec* peut également être utile à l'ensemble de la profession médicale. C'est pourquoi le Collège et ses collaborateurs des facultés de médecine ont décidé de profiter de cette réédition pour donner une nouvelle vie au document, étendre sa diffusion et favoriser un processus de mise à jour continue, notamment en le rendant accessible dans le site Web du Collège.

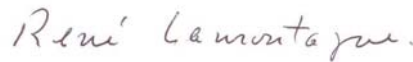
Nous souhaitons que le contenu du nouveau *ALDO-Québec* nourrisse la réflexion du médecin québécois, qu'il l'aide à bien comprendre l'organisation du système de santé ainsi que le cadre légal et le cadre déontologique de la pratique médicale. Ce sont autant de balises qui permettent au médecin de se situer et de mieux assumer le poids moral des décisions qu'il doit prendre, dans l'intérêt de son patient et en collaboration avec lui.

Si la médecine moderne doit laisser une grande place aux données scientifiques probantes, la place de l'humanisme en médecine, en ce début du XXI<sup>e</sup> siècle, doit demeurer tout aussi grande. Nous pensons que ce document peut, à sa façon, y contribuer.

Nous remercions tous ceux qui ont permis que le document *ALDO-Québec* existe et évolue : le comité éditorial, le comité de rédaction et d'évaluation, les auteurs, l'équipe d'édition ainsi que les nombreux collaborateurs qui, depuis le début, se sont joints à nous.



Yves Lamontagne, M.D.  
Président  
Collège des médecins du Québec



René Lamontagne, M.D.  
Vice-doyen, Faculté de médecine  
Université Laval

## Liste des collaborateurs pour cette réédition

### *Comité éditorial*

D<sup>r</sup> René Lamontagne  
D<sup>r</sup> Jean-Marc Lepage  
D<sup>r</sup> André Garon  
D<sup>r</sup> Yves Robert  
D<sup>r</sup> Michèle Marchand

### *Comité de rédaction et d'évaluation*

D <sup>r</sup> René Lamontagne	D <sup>r</sup> Jean Rodrigue
D <sup>r</sup> Colette Bellavance	D <sup>r</sup> Marguerite Dupré
D <sup>r</sup> Zamilda Fortin	D <sup>r</sup> Yves Robert
D <sup>r</sup> John Carsley	D <sup>r</sup> Michèle Marchand
	D <sup>r</sup> J. André Luyet

### *Auteurs et collaborateurs*

Hervé Ancil	D <sup>r</sup> Adrien Dandavino
D <sup>r</sup> John Carsley	D <sup>r</sup> Marguerite Dupré
	D <sup>r</sup> André Garon
	D <sup>r</sup> Michèle Marchand
D <sup>r</sup> Jean Rodrigue	
D <sup>r</sup> Jean Pelletier	
D <sup>r</sup> Yves Bolduc	D <sup>r</sup> Zamilda Fortin
D <sup>r</sup> Claude Ménard	M <sup>e</sup> Luc Bigaouette
	M <sup>e</sup> Linda Bélanger
	M <sup>e</sup> Christian Gauvin
D <sup>r</sup> René Lamontagne	
D <sup>r</sup> Suzanne Richer	
	D <sup>r</sup> Lucie Brazeau-Lamontagne
D <sup>r</sup> Yves Robert	D <sup>r</sup> Colette Bellavance

### *Coordonnatrice de l'édition*

Diane Iezzi

### *Assistante à l'édition*

Lucie Le Blanc

### *Révisseurs*

Françoise Turcotte  
Sylvie Massariol

### *Traductrice*

Bernadette Griffin-Donovan

# Table des matières

## Avant propos

## 7 Introduction

## PARTIE I

## 11 LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

### Chapitre 1

## 11 Les aspects organisationnels

11	<b>1</b>	<b>Introduction</b>	35	3.1.5	L'examen d'une plainte concernant un médecin
13	<b>2</b>	<b>Le système de santé et de services sociaux</b>	36	3.1.6	Les conditions d'exercice en établissement
13	<b>2.1</b>	<b>La manière québécoise</b>	36	-	La nomination
13	2.1.1	Un aboutissement	37	-	Les règlements
14	2.1.2	Un point de départ	38	-	Le non-respect des règlements
15	<b>2.2</b>	<b>Les caractéristiques générales</b>	39	-	La cessation d'exercice en établissement
16	2.2.1	Les traits canadiens	40	-	La rémunération
17	2.2.2	Les particularités québécoises	40	3.1.7	Le médecin : un intervenant essentiel dans les établissements
17	<b>2.3</b>	<b>L'organisation générale et l'organisation médicale</b>	40	<b>3.2</b>	<b>L'exercice en cabinet</b>
17	2.3.1	L'organisation générale	40	3.2.1	Introduction
17	-	L'offre de services à la population	41	3.2.2	L'exercice en cabinet
18	-	L'organisation des services	42	3.2.3	L'exercice en cabinet et le système de soins
20	-	Les organismes-conseils	42	-	Le régime d'assurance-maladie
22	2.3.2	L'organisation médicale	42	-	Les réseaux intégrés de services de première ligne
22	-	La commission médicale régionale	42	-	Les groupes de médecine de famille
22	-	Le département régional de médecine générale	43	3.2.4	La tenue du cabinet
13	-	La médecine universitaire	43	3.2.5	L'organisation du travail
13	<b>2.4</b>	<b>Conclusion</b>	43	-	Les systèmes de rendez-vous
			44	-	Les communications
24	<b>3</b>	<b>L'exercice professionnel des médecins</b>	45	3.2.6	Les aspects administratifs
24	<b>3.1</b>	<b>L'exercice en établissement</b>	45	-	Achat, location et tenue des locaux
24	3.1.1	Introduction	46	-	Pratique en solo ou en groupe
25	3.1.2	Les centres de services de santé et de services sociaux exploités par les établissements	47	-	Les modes d'association et les types de sociétés
26	3.1.3	L'organisation interne des établissements	50	-	Choisir un ou des associés : une opération délicate
27	-	Le conseil d'administration	51	-	Les responsabilités du médecin employeur
27	-	Le directeur général	52	3.2.7	L'importance d'être bien informé
27	-	Le plan d'organisation	54	<b>3.3</b>	<b>La diversification de l'exercice de la médecine</b>
28	-	Le directeur des services professionnels			
29	-	Les ressources de l'établissement : la recherche d'efficience	56	<b>4</b>	<b>Un acquis social à préserver</b>
29	3.1.4	L'organisation médico-administrative			
29	-	Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens			
33	-	Les départements cliniques			
34	-	Le chef de département clinique			

<b>Chapitre 2</b>		
<b>57</b>	<b>Les aspects déontologiques</b>	
57	<b>1</b>	<b>Introduction</b>
59	<b>2</b>	<b>Le contexte historique et légal au Québec</b>
59	<b>2.1</b>	<b>Le contexte historique</b>
61	<b>2.2</b>	<b>Le contexte légal</b>
61	2.2.1	Le Code des professions
62		- L'Office des professions
63		- Le Conseil interprofessionnel
63	2.2.2	La Loi médicale
64	2.2.3	Le permis d'exercice
64		- Le permis régulier
65		- Le permis restrictif
65	2.2.4	L'immatriculation
65	2.2.5	La carte de stages
66	<b>3</b>	<b>Les devoirs et les obligations des médecins</b>
66	<b>3.1</b>	<b>Le Code de déontologie des médecins du Québec</b>
67	3.1.1	Les devoirs généraux
68	3.1.2	La qualité de la relation professionnelle
68	3.1.3	La liberté de choix et consentement
69	3.1.4	La prise en charge et suivi
69	3.1.5	La qualité d'exercice
70	3.1.6	Indépendance, désintéressement et intégrité
70	3.1.7	Dossiers et honoraires
71	3.1.8	Relations entre professionnels et relations avec le Collège
71	<b>3.2</b>	<b>Les obligations des médecins en vertu d'autres règlements</b>
72	3.2.1	Le Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des médecins
72		- Le dossier médical
74		- Les autres dispositions
75	3.2.2	Le Règlement sur le comité d'inspection professionnelle
75		- Le comité d'inspection professionnelle
75		- Le dossier d'inspection professionnelle
75		- L'inspection professionnelle
76		- Le suivi d'une visite d'inspection
76	3.2.3	Le Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle des médecins
78	<b>4</b>	<b>Le Collège des médecins du Québec et les autres regroupements de médecins</b>
78	<b>4.1</b>	<b>Le Collège des médecins du Québec</b>
78	4.1.1	Les structures du Collège
78		- La structure politique
79		- La structure administrative
80	4.1.2	Les fonctions du Collège
80		- Vérifier la compétence et l'aptitude à exercer
81		- Maintenir la compétence et surveiller l'exercice
83		- Étudier les plaintes et enquêter sur l'exercice illégal de la médecine
86	4.2	Les autres regroupements de médecins
88	<b>5</b>	<b>Les obligations des médecins : des repères</b>

<b>Chapitre 3</b>		
<b>89</b>	<b>Les aspects légaux</b>	
89	<b>1</b>	<b>Introduction</b>
90	<b>2</b>	<b>Le droit et la pratique médicale au Québec</b>
90	<b>2.1</b>	<b>L'univers du droit</b>
91	<b>2.2</b>	<b>Le système juridique au Canada et au Québec</b>
92	<b>2.3</b>	<b>Le droit et le domaine de la santé</b>
93	<b>2.4</b>	<b>Le droit et la pratique médicale</b>
95	<b>3</b>	<b>La responsabilité civile médicale</b>
95	<b>3.1</b>	<b>Introduction</b>
96	<b>3.2</b>	<b>L'évolution jurisprudentielle de la notion de faute médicale</b>
97	<b>3.3</b>	<b>La portée des obligations liées au contrat médical</b>
97	3.3.1	L'obligation de renseigner le patient et d'obtenir son consentement
98	3.3.2	L'obligation de donner des soins attentifs, prudents et diligents
100	3.3.3	L'obligation de ne pas abandonner son patient
100	3.3.4	L'obligation de confidentialité
101	<b>3.4</b>	<b>Les règles concernant la preuve</b>
101	3.4.1	La preuve du standard de pratique
101	3.4.2	La présomption de fait
102	<b>3.5</b>	<b>Le délai de prescription</b>
102	<b>3.6</b>	<b>L'indemnisation</b>
103	<b>3.7</b>	<b>Les tribunaux civils</b>
103	3.7.1	En première instance
103	3.7.2	En appel
103	<b>3.8</b>	<b>L'assurance-responsabilité professionnelle</b>
104	<b>3.9</b>	<b>La tenue des dossiers</b>
105	<b>4</b>	<b>Les obligations des médecins en vertu de certaines lois</b>
105	<b>4.1</b>	<b>Code civil du Québec</b>
107	<b>4.2</b>	<b>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui</b>
107	<b>4.3</b>	<b>Loi sur la protection de la jeunesse</b>
108	<b>4.4</b>	<b>Loi sur la santé publique</b>
109	<b>4.5</b>	<b>Code de la sécurité routière</b>
109	<b>4.6</b>	<b>La loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès</b>
110	<b>4.7</b>	<b>Loi sur l'assurance automobile</b>
		<b>Loi sur la santé et la sécurité au travail</b>
		<b>Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles</b>
111	<b>5</b>	<b>Conclusion</b>

**PARTIE II**  
**L'INTÉGRATION EN CLINIQUE DES**  
**ASPECTS ORGANISATIONNELS,**  
**DÉONTOLOGIQUES ET LÉGAUX**

**113 APPROCHE PAR THÈMES**

113	<b>INTRODUCTION</b>
114	<b>A. LE CONSENTEMENT</b>
114	<b>1 Qu'est-ce que le consentement libre et éclairé ?</b>
116	<b>2 L'aptitude à consentir</b>
117	<b>3 Le consentement substitué</b>
119	<b>4 Qui peut consentir ?</b>
120	4.1 Les mineurs de 14 ans et plus
121	4.2 Les mineurs de moins de 14 ans
121	<b>5 Le consentement dans le cadre d'une recherche</b>
122	<b>6 Les exceptions à l'obtention du consentement</b>
122	6.1 Le traitement d'urgence
123	6.2 La garde en établissement
125	6.3 Les maladies à traitement obligatoire (MATO)
126	6.4 Le test d'alcoolémie (sous certaines conditions)
126	<b>Conclusion</b>
128	<b>B. LE SECRET PROFESSIONNEL</b>
128	<b>1 Qu'est-ce que le secret professionnel ?</b>
129	<b>2 La divulgation d'informations aux proches du patient</b>
130	<b>3 Le cadre permettant de respecter le secret professionnel</b>
131	<b>4 Les certificats médicaux</b>
132	<b>5 Le dossier médical</b>
133	5.1 Le contenu du dossier médical
134	5.2 Les restrictions au droit d'accès au dossier médical
134	<b>6 Les dérogations au secret professionnel</b>
135	6.1 La raison « impérative et juste »
135	6.2 L'obligation de divulgation : protection de la jeunesse
136	6.3 La protection de la santé publique et les maladies à déclaration obligatoire (MADO)
138	6.4 Le certificat de décès
139	6.5 La sécurité routière
139	<b>Conclusion</b>
140	<b>C. LES ENJEUX DE FIN DE VIE</b>
140	<b>1 La cessation de traitement</b>
141	<b>2 L'euthanasie et le suicide assisté</b>
142	<b>3 La futilité et l'acharnement thérapeutique</b>
143	<b>4 L'ordonnance de non-réanimation</b>
145	<b>5 La mort cérébrale et le don d'organes</b>
146	<b>Conclusion</b>
147	<b>D. LES CONVICTIONS PERSONNELLES DU MÉDECIN ET DU PATIENT</b>
147	<b>1 Le refus de traitement pour des motifs religieux</b>
148	1.1 S'il s'agit d'une personne majeure
148	1.2 S'il s'agit d'une personne mineure
148	1.3 La validation du refus
149	<b>2 La demande de mutilation génitale féminine (MGF)</b>
149	<b>3 La discrimination</b>
150	<b>4 L'objection de conscience</b>

**ANNEXES**

**Annexe 1**  
**Textes de lois**

- Code de déontologie des médecins

**Règlements**

- Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des médecins  
- Règlement sur l'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec  
- Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle des médecins

**Autres textes de loi (extraits)**

- Code civil  
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui  
- Loi sur la protection de la jeunesse  
- Loi sur la santé publique  
    Formulaire MADO  
- Code de la sécurité routière  
- Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès  
- Loi sur l'assurance automobile  
- Loi sur la santé et la sécurité au travail  
- Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles

**Annexe 2**  
**Lectures complémentaires**

- Professionalism

## **ALDO-Québec**

### **Introduction**

En 1988, les quatre facultés de médecine du Québec et le Collège des médecins du Québec décidaient de produire un document à l'intention des résidents en médecine familiale, afin de les préparer au nouvel examen qu'ils devaient réussir pour obtenir le permis d'exercice. Ce document traitait d'aspects de la pratique médicale propres au Québec. Ces aspects étaient surtout de nature légale, déontologique et organisationnelle, d'où l'acronyme *ALDO-Québec*. Par la suite, il est devenu évident que tous les médecins exerçant au Québec devaient connaître ces aspects et qu'il fallait faire passer l'examen aux résidents en spécialité de même qu'aux médecins qui s'apprêtaient à exercer au Québec sans y avoir été formés.

Depuis 1991, le document *ALDO* vise à fournir l'information jugée nécessaire à une bonne pratique médicale au Québec : l'organisation du système de santé, la déontologie médicale et les nombreuses lois afférentes.

Cet objectif présente un double défi. Le premier n'est pas insurmontable : il s'agit de l'évolution constante des trois aspects de l'environnement de la pratique médicale. Le plus bel exemple est probablement la révision en profondeur du *Code de déontologie des médecins du Québec*, terminée en novembre 2002. Le deuxième défi est plus fondamental : trouver les éléments vraiment pertinents dans toute l'information disponible sur ces sujets. En effet, il faut se demander s'il est nécessaire de connaître l'ensemble de ces renseignements pour avoir une bonne pratique. Jusqu'à quel point la pratique d'un médecin doit-elle être dictée par les codes, régie par des lois et conditionnée par les systèmes de santé ? Susciter la réflexion des médecins sur ces questions est probablement aussi essentiel, à l'heure actuelle, que de leur transmettre l'information nécessaire pour y répondre.

Cette nouvelle édition marque une étape importante de l'évolution de ce document. Son contenu a été revu non seulement pour être actualisé, mais afin d'en assurer la pertinence pour les médecins. Comme la somme des renseignements jugés essentiels demeure impressionnante, l'exercice de révision a tout particulièrement porté sur une façon de les présenter qui puisse favoriser la réflexion. Grâce aux ressources informatiques, la mise à jour pourra dorénavant se faire de manière continue, et la réflexion se poursuivre.

Le document est divisé en deux parties principales : la première est théorique, la seconde présente des vignettes cliniques.

### **Partie I**

Le PREMIER CHAPITRE de la première partie traite des aspects organisationnels et comprend trois grandes sections. La première trace les grandes lignes de l'évolution du système de santé, qui montre que le Québec n'a rien inventé, dans les années 1970, en proposant un système de solidarité sociale vis-à-vis de la maladie. Il a simplement poussé la démarche un peu plus loin. En assurant d'abord la prestation des soins hospitaliers puis des soins médicaux, le système québécois s'apparentait



aux systèmes d'autres provinces canadiennes et de plusieurs pays industrialisés. Cependant, il s'en est distingué en considérant l'ensemble des services sociaux, dont les services de santé, comme un tout devant être pris en charge par l'État.

Toute **l'organisation du système de soins** en témoigne. L'exemple le plus frappant est peut-être cette volonté, sans cesse réaffirmée, de voir les centres locaux de services communautaires comme la porte d'entrée des services de santé, bien que les médecins en cabinet fournissent la majorité des services de première ligne, comme tout le monde le sait. Un autre exemple révélateur : les régies régionales. Elles constituent l'une des dernières solutions appliquées pour tenter de mieux relier la prestation locale des services aux instances centrales. Enfin, cette section présente **l'organisation générale** du système de santé au Québec et **l'organisation prévue des services médicaux**, car il est essentiel que les médecins sachent où se situe l'exercice de leur profession dans l'ensemble du système.

La deuxième section de ce chapitre porte sur l'organisation actuelle de la pratique médicale. On y décrit d'abord les deux principaux modes d'exercice de la profession au Québec. **L'exercice en établissement** est un exercice professionnel autonome, mais il est arrimé de plusieurs façons aux structures et au fonctionnement des établissements publics. Sauf exception, **l'exercice en cabinet** fait aussi partie du système public au Québec. Même si ce mode d'exercice laisse plus de liberté aux médecins, il comporte des exigences, qui doivent être examinées en détail. On y présente ensuite le phénomène relativement nouveau de **la diversification de l'exercice**. On observe en effet, parallèlement aux modes d'exercice courants, plusieurs autres formes de pratique médicale, dont la recherche clinique, la médecine d'expertise, la pratique en santé publique, la médecine du travail ainsi que les pratiques administratives et commerciales. Chacune pose de façon particulière le problème de l'indépendance professionnelle.

Le DEUXIÈME CHAPITRE concerne plus directement les médecins puisqu'il traite des **aspects déontologiques** de la pratique médicale au Québec. La médecine y est abordée sous l'angle de l'exercice professionnel. La profession médicale occupait une fonction sociale et possédait ses règles propres bien avant qu'elle ne soit intégrée dans des systèmes de santé. C'était particulièrement le cas au Québec, où les médecins étaient obligés, dès 1847, de devenir membres d'un ordre professionnel. Un ordre dont le pouvoir disciplinaire s'est imposé rapidement, grâce à un code de déontologie assez particulier lui aussi. Le Québec n'a rien inventé non plus en reconnaissant légalement, dans les années 1970, l'existence de professions dont les membres possèdent une expertise qu'ils doivent mettre au service des autres en toute liberté, ce pourquoi on accorde aux professionnels le droit de s'autoréguler.

Bien que la structure et les fonctions actuelles du Collège des médecins du Québec remontent à une époque où les professions étaient mal connues, elles participent essentiellement de la même volonté : que les médecins assurent eux-mêmes la compétence et la bonne pratique des membres de leur profession. Avec le temps, le **Code de déontologie des médecins** s'est complexifié, parce que ce règlement, tel beaucoup d'autres qui le complètent, vise à énoncer le plus précisément possible les obligations que tout médecin doit pouvoir remplir. Ce qui n'est pas chose facile lorsque le contexte comporte des réalités relativement nouvelles et complexes. La situation d'un système public qui traverse une période de restriction des ressources est inédite. Comme l'est celle de la recherche clinique, de l'entrepreneuriat médical ou de la

médecine d'expertise. Alors, il faut faire preuve d'innovation : s'interroger sur l'indépendance de la pratique professionnelle vis-à-vis des exigences, aussi bien économiques que politiques, qui se font de plus en plus pressantes dans le domaine de la santé.

Dans ce contexte, il est d'ailleurs rassurant de voir que le Collège n'est pas le seul organisme où se regroupent les médecins. Les fédérations syndicales, par exemple, jouent un rôle déterminant dans la négociation des conditions d'exercice des médecins. Il reste que la déontologie médicale est encore bien vivante au Québec et que le Collège demeure un organisme essentiel autant pour la profession médicale que pour la population.

Le TROISIÈME CHAPITRE porte sur les **aspects légaux** de la pratique médicale. Au Québec, comme ailleurs, de nombreuses lois ont une incidence sur la pratique de la médecine. Cette section en fait le survol et s'attarde sur celles qui imposent **des obligations particulières aux médecins** et sur celles qui encadrent « **la responsabilité civile médicale** ». Lorsqu'on aborde directement et franchement la responsabilité civile – un sujet qui préoccupe les médecins – et les risques de poursuite, on constate que cette question déborde le strict cadre légal. En effet, la transparence ainsi que des considérations d'ordre déontologique et organisationnel contribuent souvent à améliorer la qualité de la pratique médicale et, par conséquent, à réduire les risques de poursuite.

## Partie II

Comment le médecin doit-il agir, tout en tenant compte des contraintes organisationnelles, des repères généraux établis dans les lois et des balises que définissent les codes ? Tout le défi moral consiste, pour chaque médecin, à pouvoir répondre à cette question dans le feu de l'action.

La DEUXIÈME PARTIE du document est peut-être la plus importante à cet égard, puisqu'on y montre qu'il est possible, et nécessaire, d'intégrer les divers aspects présentés précédemment pour prendre des décisions éclairées. La meilleure façon de comprendre les aspects légaux et moraux de l'exercice de sa profession est de le faire à l'aide de **problèmes pratiques** et, encore mieux, de **situations cliniques**. Plusieurs thèmes sont examinés : le **consentement**, la **confidentialité**, les défis que pose **la fin de vie**, et les **convictions personnelles**. Cette liste n'est pas définitive, car d'autres problèmes pratiques illustrant les nouvelles difficultés auxquelles sont régulièrement confrontés les médecins et la société y seront ajoutés.

Plus que jamais, les personnes qui ont collaboré à cette nouvelle édition avaient comme préoccupation première d'éviter que le document *ALDO* soit un simple recueil de lois et de règlements qu'il suffit de suivre à la lettre pour prévenir les problèmes. Les textes de lois ont été inclus en annexe, pour être consultés au besoin. Des lectures complémentaires sont aussi suggérées, notamment un texte sur le professionnalisme.

L'objet premier de ce document, au fond, est de fournir une information juste aux médecins du Québec, mais aussi de leur donner le goût de participer à une démarche de réflexion critique qui rend cette information intéressante et utile.

# PARTIE I

## LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

### Chapitre 1

### Les aspects organisationnels

#### 1

#### Introduction

Il est essentiel que tous les médecins qui exercent au Québec comprennent le fonctionnement du système de santé, ce qui n'est pas nécessairement facile. Les systèmes de santé, publics ou privés, sont devenus des structures imposantes et complexes. Qui plus est, le système québécois est différent de ceux des autres provinces canadiennes. En effet, l'une de ses orientations a toujours été l'intégration des services de santé dans l'ensemble des services sociaux qui doivent être pris en charge par l'État, ce qui ajoute à la complexité.

La première section de ce chapitre trace les grandes lignes du système de santé et de services sociaux « à la manière québécoise ». Un bref historique permet d'abord d'illustrer en quoi le système de santé du Québec se compare aux autres systèmes publics, dont il partage les succès mais aussi certains défis devenus incontournables dans une période de restriction des ressources. Ce rapide survol permet aussi de constater que le système québécois se distingue, entre autres, par son organisation générale très centralisée, ce qui est plutôt paradoxal étant donné que, dans les faits, les services sont essentiellement fournis au niveau local. Il ressort que les multiples formules qui ont été appliquées pour favoriser la décentralisation du système n'ont pas réussi à éliminer cette contradiction. Il semble également que la réorganisation sur une base régionale représente actuellement la solution à préconiser pour mieux intégrer, entre autres, les activités médicales.

La deuxième section vise précisément à situer l'exercice professionnel des médecins dans le système de santé. Au Québec, la pratique médicale est considérée comme un élément essentiel de ce système. Cependant, la façon dont l'exercice professionnel des médecins peut s'y intégrer n'a pas toujours été évidente. Elle ne l'est toujours pas, comme en témoignent les deux principaux modes d'exercice en vigueur.

L'exercice en établissement est un exercice professionnel autonome. Cependant, comme il est arimé au réseau public, ce type de pratique oblige le médecin à concilier ses devoirs déontologiques avec plusieurs autres contraintes médico-administratives.

L'exercice en cabinet, quant à lui, s'apparente plutôt à la pratique libérale. Mais sauf exception, il est également intégré au système public de santé, ne serait-ce qu'à cause du financement public des services médicaux. Là encore, plusieurs formules ont été mises en place en vue de mieux intégrer la pratique dite privée au réseau public, depuis les centres locaux de services communautaires (CLSC) jusqu'aux agences régionales, en passant par les groupes de médecine de famille. Jusqu'ici, les

résultats ont été mitigés, de sorte qu'il y a lieu de se demander si une saine tension entre l'autonomie professionnelle des médecins et l'organisation très centralisée du système de santé n'est pas une autre caractéristique de « la manière québécoise ».

Les aspects organisationnels de la pratique de la médecine au Québec posent un défi particulier aux médecins, en plus de tous ceux auxquels ils sont confrontés actuellement. En effet, on observe que les médecins exercent de plus en plus dans des champs d'exercice variés. La recherche clinique, la médecine d'expertise, la médecine du travail, la santé publique ainsi que les pratiques administratives et commerciales sont autant d'activités où l'indépendance professionnelle des médecins est constamment mise à l'épreuve.

## 2

## Le système de santé et de services sociaux

### 2.1

#### *La manière québécoise*

Le système de santé et de services sociaux constitue un pilier de la politique sociale du Québec. Pour l'individu, il offre une garantie de sécurité en cas de problème de santé. Pour la collectivité, il représente un instrument de justice sociale et de progrès.

À titre indicatif, chaque année plus de 80 % de la population consulte un médecin, soit six millions de personnes ; environ 675 000 patients sont admis dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ; plus de 400 000 interventions chirurgicales y sont pratiquées ; enfin, des milliers de personnes reçoivent divers services de nature préventive, curative ou palliative, ou encore des services de réadaptation ou d'intégration sociale.

Le système québécois de santé et de services sociaux a été instauré en 1970. Il s'agit d'une date charnière : d'une part, elle marque un aboutissement ; de l'autre, un point de départ.

#### 2.1.1

##### *Un aboutissement*

La création du système public de santé et de services sociaux est le fruit d'une longue évolution. Il ne paraît pas utile de rappeler toutes les étapes qui ont jalonné l'histoire des services médicaux et, plus globalement, des services de santé et des services sociaux au Québec. Qu'il suffise de mentionner pour mémoire quelques faits saillants :

- 1886      Le Conseil d'hygiène de la province de Québec est créé ; il a pour mandat d'enrayer la propagation de maladies infectieuses et d'améliorer les conditions sanitaires ;
- 1921      La *Loi sur l'assistance publique* est adoptée. L'État peut désormais intervenir dans le domaine de l'aide aux démunis, jusque-là réservée à l'Église et aux bonnes œuvres ;
- à partir  
de 1926    Les unités sanitaires sont mises sur pied, ce qui permet d'accomplir des progrès immenses en matière de santé publique. Elles serviront également de modèles à d'autres sociétés ;
- 1936      Le premier ministère de la Santé est créé afin de régler l'épineuse question des déficits hospitaliers et d'améliorer l'administration générale des hôpitaux.

Au Canada, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, la fin de la Deuxième Guerre mondiale donne le coup d'envoi à une période d'effervescence dans le champ des politiques sociales. C'est le début des Trente Glorieuses (1945-1975), trois décennies marquées par une prospérité économique sans précédent dans l'histoire.

Au Québec, il faudra attendre jusqu'au début des années 1960, et la fin de l'ère Duplessis, pour voir pareille effervescence. Mais elle se transformera en véritable bouillonnement, tant les changements seront rapides et importants. C'est l'époque de la Révolution tranquille.

Au cours de la décennie précédente, le gouvernement fédéral avait jeté les bases des mesures sociales. Il avait instauré la sécurité de la vieillesse (1951), l'assurance-chômage (1956) et une mesure qui aura une incidence déterminante dans le développement des services de santé : l'assurance-hospitalisation (1957). Le gouvernement fédéral s'inspire alors des conclusions du rapport Marsh (1943), qui peut être considéré comme la charte sociale du Canada, ainsi que des politiques du Royaume-Uni, en particulier le rapport Beveridge (1942) qui conduira à la mise en place du système de santé anglais, le National Health Service (1948).

Par ailleurs, la Saskatchewan a été la première province à instaurer un régime d'assurance-hospitalisation en 1948 et un régime d'assurance-maladie universel en 1962 financés par l'État. Le Cooperative Commonwealth Federation (CCF), – le précurseur du Nouveau Parti démocratique (NPD) – peut donc être considéré comme le « père » de l'assurance-maladie au Canada.

Au Québec, les années 1960 donnent lieu à l'adoption d'une série de mesures, en particulier la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* (1960), qui assure la gratuité des services hospitaliers pour l'usager, la *Loi sur le régime des rentes du Québec* (1965) et la *Loi sur l'assistance médicale* (1966), qui représente la première incursion du gouvernement du Québec dans le champ de la pratique professionnelle. En matière de santé, de services sociaux et de développement social, on déplore toutefois encore l'absence d'une perspective d'ensemble. Elle émergera des conclusions de deux importants groupes de travail : le Comité d'étude sur l'assistance publique (comité Boucher, 1963) et la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (commission Castonguay-Nepveu, 1966-1972). Le premier recommande que le secteur public prenne la relève de l'Église et des organismes de bienfaisance dans les activités d'assistance. Il insiste par ailleurs sur la nécessité pour le Québec de se doter d'une politique économique et sociale d'ensemble, dont il définit les grands paramètres. La commission soumet, quant à elle, au gouvernement une vision globale et généreuse de la sécurité sociale prenant assise sur trois piliers : la santé, les services sociaux et la sécurité du revenu. Elle propose en outre d'implanter une organisation de services novatrice, qui tient compte de ces préoccupations.

### 2.1.2

#### *Un point de départ*

Au début des années 1970, le gouvernement du Québec se donne un nouveau cadre législatif pour soutenir la mise en œuvre du système public de santé et de services sociaux. Ce cadre comprend les pièces maîtresses suivantes : la *Loi sur le ministère des Affaires sociales* (1970), la *Loi sur l'assurance-maladie* (1970) et la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (1971).

Le nouveau ministère des Affaires sociales a la responsabilité d'adopter les grandes orientations du gouvernement en matière de santé, de services sociaux et de sécurité du revenu, et de définir les règles relatives à l'administration et au fonctionnement des

établissements. La *Loi sur l'assurance-maladie* instaure la gratuité des services médicaux, pour l'usager. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* élargit, quant à elle, la portée de la *Loi sur l'assurance-maladie* et prévoit l'accès universel à une gamme complète de services de santé et de services sociaux. Elle précise, en outre, le mode d'organisation du nouveau système public : mission des établissements, rôles et responsabilités des comités d'établissement, rôle et responsabilités de la nouvelle instance régionale (Conseil régional de la santé et des services sociaux), pouvoirs du Ministre, etc.

Le Québec des années 1970 est un grand chantier. Mais rapidement, la nouvelle organisation se bute à des obstacles, qui influenceront sur son évolution tout au long des 30 années suivantes.

- Les coûts des services continuent d'augmenter alors qu'on avait prévu qu'ils diminueraient, après la période d'investissement requise, étant donné que la population serait en meilleure santé. Ainsi, la question des déficits hospitaliers, notamment, reste entière.
- Le nouvel établissement, le CLSC, qui devait constituer la pierre angulaire des services de première ligne, ne remplit pas ses promesses, et ce, pour diverses raisons : hésitations du gouvernement, manque de ressources, climat non favorable dans certains CLSC, résistance des médecins à y pratiquer, etc. Dans un tel contexte, les cliniques médicales et les urgences hospitalières constituent la véritable première ligne.
- La coordination des efforts comporte des lacunes ; les frontières entre établissements et entre professionnels constituent des entraves à l'efficacité et à l'efficience des services.
- La centralisation des décisions, qui entraîne une grande rigidité.

Ces difficultés s'accroîtront au fil des ans et, conjuguées à la crise économique du début des années 1980, mèneront à une impasse. Le gouvernement crée alors une commission d'enquête, présidée par le D<sup>r</sup> Jean Rochon, qui a le mandat de trouver des solutions aux problèmes de financement et de fonctionnement du système. Quinze ans plus tard, une autre commission d'étude, présidée par Michel Clair, recevra exactement le même mandat. Pourtant, pendant cette période, on aura connu des transformations profondes, qui auront certes permis d'améliorer nettement la performance générale du système. Cependant, ils ne semblent pas avoir réglé, de façon satisfaisante, les problèmes de fond qui subsistent depuis 1970 : la faiblesse de la première ligne, les besoins toujours croissants en matière de coordination et les problèmes de financement. La réforme en cours vise précisément à s'attaquer à ces problèmes.

## 2.2

### *Les caractéristiques générales*

Sous plusieurs aspects, le système québécois de santé et de services sociaux est semblable aux systèmes de santé des autres provinces canadiennes. Ainsi, partout au Canada, l'accès aux services médicaux et aux services hospitaliers est soumis aux mêmes règles, et l'organisation générale des services est similaire. Sous d'autres aspects importants, le système québécois présente toutefois des particularités qui lui

sont propres. Ces similitudes et ces différences trouvent leur explication dans l'origine même du système et dans son évolution récente.

## 2.2.1

### *Les traits canadiens*

La santé est un domaine de compétence provinciale. Cependant, depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle, le gouvernement fédéral a utilisé son pouvoir de dépenser pour implanter graduellement un véritable régime canadien d'assurance-maladie et imposer sa vision du développement de ce régime. C'est sous cet angle, par exemple, qu'il faut interpréter les grands exercices de planification de ce gouvernement, notamment la commission Hall, au début des années 1960, le Forum national sur la santé, dans les années 1990, et la commission Romanow au début des années 2000.

Le gouvernement du Canada a également eu recours à la législation pour imprimer graduellement sa vision. L'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) constitue la première étape. Elle est assortie d'un partage égal des coûts. C'est le cas également de la *Loi sur les soins médicaux* (1966), qui vise à inciter les provinces à promulguer une loi semblable et, ainsi, à couvrir les frais médicaux. Cette mesure représentait un pas décisif dans l'instauration d'un régime universel d'assurance-maladie. À noter que cette loi posait quatre conditions aux provinces : les services devaient être universels (au moins 95 % de la population devait être couverte) ; complets ; « transférables » (un citoyen d'une autre province devait bénéficier des mêmes avantages qu'un résident) ; et gérés par l'État.

Ces principes seront repris, adaptés et resserrés dans la *Loi canadienne sur la santé* (1984). On sait qu'elle a été adoptée pour contrer la surfacturation des services médicaux dans certaines provinces, en particulier l'Ontario et l'Alberta. Mais surtout, elle établit les fondements du « régime canadien » d'assurance-maladie.

Aujourd'hui, partout au pays, les régimes provinciaux doivent respecter les cinq principes suivants :

- accessibilité ;
- universalité ;
- intégralité ;
- transférabilité ;
- gestion publique.

Ces principes s'appliquent aux services médicaux et aux services hospitaliers. Selon la perspective canadienne, ils ne conviennent pas aux autres secteurs de services. Par ailleurs, bien que la part de financement fournie par le gouvernement fédéral ait diminué de façon constante au fil des ans – en 2004, elle ne couvre plus que 16 % des coûts, comparativement à 50 % au milieu des années 1970 –, les principes inscrits dans la *Loi canadienne sur la santé* gardent aujourd'hui toute leur légitimité politique du fait qu'ils bénéficient de l'appui d'une très grande partie de la population.



## 2.2.2

### *Les particularités québécoises*

Depuis sa création, le système public québécois réunit sous une même administration les services de santé et les services sociaux. Le Québec demeure la seule province à maintenir une telle intégration. Cette caractéristique offre l'avantage de mieux répondre aux besoins des clientèles qui demandent beaucoup de services, en particulier les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées.

Le Québec est également la seule province à avoir établi un régime général d'assurance médicaments. Les autres provinces maintiennent divers programmes sélectifs qui, en s'adressant à des clientèles particulières, soulèvent des problèmes d'accès. Avant la mise sur pied de ce régime en 1997, 20 % de la population québécoise ne disposait d'aucune assurance de ce genre, ni publique ni privée.

Enfin, le Québec est la province qui a tracé la voie de la décentralisation au Canada. Depuis, des provinces l'ont imité et, parfois même, dépassé.

## 2.3

### *L'organisation générale et l'organisation médicale*

#### 2.3.1

#### *L'organisation générale*

##### **L'offre de services à la population**

Sur le plan de l'offre de services à la population, le système de santé et de services sociaux regroupe cinq missions, définies en fonction des catégories d'établissements. À noter que, en raison des regroupements et des fusions, un établissement peut actuellement remplir plusieurs missions, ce qui est généralement le cas dans la pratique. Cinq types d'établissement ont pour mandat de réaliser ces missions :

- Le **centre local de services communautaires (CLSC)** offre des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive et curative, ou de réadaptation et de réinsertion.

Note : Au fil des ans, les CLSC ont concentré leurs efforts sur les services destinés, d'une part, aux enfants et aux jeunes (cliniques de santé pour nourrissons et suivi post-partum, cliniques d'immunisation, services de santé à l'école) et, d'autre part, aux personnes âgées. En 2004, le soutien à domicile (soins et aide) compte pour la moitié de l'ensemble des activités des CLSC.

- Le **centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)** procure, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut ainsi que les services afférents (services de réadaptation, services infirmiers, services psychosociaux, services médicaux et services pharmaceutiques) aux adultes âgés en perte d'autonomie et aux personnes handicapées qui ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le soutien de leur entourage.
- Le **centre hospitalier (CH)** offre des services diagnostiques et des soins médicaux et généraux spécialisés, dans les secteurs de la santé physique et de la santé mentale.

- Le **centre de réadaptation (CR)** fournit des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui en ont besoin en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, ou de l'alcoolisme ou d'autres toxicomanies. Il assure également la prestation des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage des personnes visées.
- Le **centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)**, le Centre jeunesse comme on a pris l'habitude de le désigner, offre, dans sa région, des services de nature psychosociale – y compris les services d'urgence sociale –, aux jeunes dont la situation l'exige en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ou de la Loi sur les jeunes contrevenants (Canada). Le Centre jeunesse fournit aussi des services de placement d'enfant, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et, enfin, de recherche des antécédents biologiques.

### **L'organisation des services**

Sur le plan de l'organisation des services, le système public comporte trois paliers : au palier central se trouve le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ; au palier régional, l'agence régionale de développement ; et au palier local, le réseau local de services. Jusqu'à récemment, ce palier comprenait les établissements.

Le partage des pouvoirs entre les trois paliers s'est transformé au fil des ans. Dans les années 1970, le système était très centralisé. Aussi, la grande majorité des décisions étaient prises au palier central. Avec le temps, plusieurs acteurs sociaux ont prôné la décentralisation du système. En 1987, la commission Rochon en fait l'une de ses principales recommandations. Dans la foulée, les régies régionales de la santé et des services sociaux sont créées en 1991. Mais en pratique, le nouvel organisme ne dispose pas des moyens nécessaires pour que l'on puisse parler d'une véritable régionalisation. En effet, au cours des années 1990, le palier central conserve les grands leviers de décision, entre autres, les règles d'allocation budgétaire aux établissements ainsi que les règles d'organisation du travail et de répartition des ressources entre les établissements. Il faut dire que le contexte des compressions budgétaires qui a accompagné les premiers pas des régies régionales n'a pas favorisé la décentralisation.

Récemment, une nouvelle tendance s'est imposée : le gouvernement a choisi de rapprocher encore davantage les centres de décision de l'action. Cet objectif a donné lieu à la création des réseaux locaux de services.

Les rôles et les responsabilités des trois paliers du système de santé et de services sociaux sont répartis entre le Ministère, les agences régionales et les réseaux locaux de services.

### **Le Ministère**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) remplit un double mandat :

- Proposer, au nom du gouvernement, aux autres ministères et organismes publics ainsi qu'à l'ensemble des acteurs sociaux des priorités d'intervention, en vue

d'agir positivement sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population.

- Voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux et, ainsi, assurer aux individus l'accès à une gamme complète de services de la plus haute qualité.

Pour remplir son mandat, le MSSS dispose de plusieurs leviers :

- l'élaboration de politiques en matière de santé et de services sociaux, leur mise en œuvre et leur évaluation ;
- l'approbation des priorités régionales découlant des politiques ministérielles ;
- la coordination du programme national de santé publique et l'instauration de mesures destinées à protéger la santé de la population ;
- la répartition équitable des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles entre les régions du Québec ;
- la mise en place des cadres de gestion nécessaires à l'utilisation efficace et efficiente de ces ressources ;
- l'établissement des politiques et des orientations relatives à la main-d'œuvre du réseau ;
- la coordination interrégionale des services ;
- l'action intersectorielle ;
- l'évaluation des effets des politiques en matière de santé et de services sociaux.

### ***L'agence régionale de développement***

Les agences régionales de développement ont remplacé les régies régionales, qui avaient elles-mêmes succédé, en 1991, aux conseils régionaux instaurés au début des années 1970.

Les agences ont été créées pour la mise en place des réseaux locaux de services. Pendant la période de transition, elles exercent tous les pouvoirs confiés aux régies régionales en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Une fois terminée la mise sur pied des réseaux, les agences assumeront les fonctions de nature strictement régionale, en particulier :

- le financement des services spécialisés ;
- la planification des services médicaux ;
- la protection de la santé publique.

### ***Le réseau local de services***

Le réseau local de services (RLS) regroupe tous les intervenants d'un territoire en vue d'assurer l'accessibilité d'une gamme complète de services ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des personnes qui ont besoin de services, particulièrement celles qui sont plus vulnérables. Deux principes fondamentaux sous-tendent le fonctionnement des réseaux locaux de services :

- la responsabilité envers la population, qui est confiée à l'ensemble des intervenants ;  
 Dans les faits, une instance locale, appelée Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et chapeautée par un conseil d'administration, verra à réunir les

ressources, à coordonner les actions et à nouer les partenariats essentiels au fonctionnement des réseaux, en particulier les partenariats avec les médecins, les établissements régionaux et les établissements universitaires.

- la hiérarchisation des services.

En pratique, la population aura accès aux services à partir de deux « guichets » : le guichet public, déterminé par l'instance locale, et le guichet des services médicaux. Le RLS se déploiera autour de ces deux guichets.

### **Les organismes-conseils**

Plusieurs organismes relèvent directement du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces organismes-conseils remplissent diverses fonctions : conseil (Comité de la santé mentale du Québec), administration (Régie de l'assurance maladie du Québec), concertation (Office des personnes handicapées du Québec), etc. Trois d'entre eux sont particulièrement importants pour la pratique médicale : l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ; le Conseil du médicament ; l'Institut national de santé publique du Québec.

### ***L'agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé***

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a reçu une double mission :

- Soutenir le ministre ainsi que les instances du système de santé et de services sociaux au moyen de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, notamment par l'évaluation de leur efficacité, de leur sécurité, de leurs coûts, et du rapport entre ces coûts et cette efficacité, de même que par l'évaluation de leurs implications éthiques, sociales et économiques.
- Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de la politique scientifique du gouvernement du Québec.

L'AETMIS agit sur plusieurs plans, en particulier :

- la production de rapports d'évaluation sur les technologies de la santé, dont les aides techniques pour personnes handicapées, et les modes d'intervention, incluant les modalités de prestation et d'organisation de services particuliers.
- le transfert des connaissances et la diffusion des résultats d'évaluation auprès des partenaires du réseau de la santé, des milieux universitaire, professionnel, hospitalier, industriel et autres ainsi qu'auprès du grand public (volet de vulgarisation).

La promotion de l'évaluation, le transfert des connaissances, la formation et le rayonnement de l'expertise québécoise sont au cœur des activités de l'AETMIS, qui joue ainsi un rôle pivot dans le développement de la culture scientifique au Québec.

### ***Le Conseil du médicament***

Le Conseil du médicament assume les responsabilités qui étaient confiées jusqu'à récemment au Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), au Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) et au Réseau de revue d'utilisation des médicaments (RRUM).

Le Conseil a pour mandat d'assister le ministre dans la mise à jour des listes de médicaments, dont le coût est garanti par le régime général d'assurance médicaments, et de favoriser l'utilisation optimale des médicaments. À cette fin, le Conseil peut :

- réaliser ou soutenir des activités de revue de l'utilisation des médicaments ;
- proposer le développement et la mise en œuvre de stratégies de formation, d'information et de sensibilisation auprès des professionnels et de la population ou y contribuer ;
- voir à l'évaluation des problèmes reliés à l'utilisation des médicaments et à la mise en place des mesures pour les prévenir et les corriger.

Le Conseil a en outre pour fonction de faire des recommandations au ministre sur l'établissement et l'évolution des prix des médicaments ainsi que sur toute autre question que celui-ci lui soumet.

### ***L'Institut national de santé publique du Québec***

C'est le 8 octobre 1998 qu'était mise en vigueur la *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec* (INSPQ). La fonction principale de cet organisme est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les Agences régionales de création des réseaux locaux de santé et des services sociaux.

La création de l'INSPQ permet la coordination de l'expertise de santé publique au Québec. La réalisation de sa mission suppose :

- le regroupement et le partage des expertises ;
- le développement de la recherche ;
- la transmission et la mise à profit des connaissances ;
- les échanges internationaux.

L'INSPQ offre divers types d'activités et de services :

- des services de conseils et d'assistance spécialisée ;
- des activités de recherche et de développement de connaissances nouvelles ;
- des activités de formation ;
- des activités d'information ;
- des services de laboratoire spécialisés ;
- des activités de coopération internationale et d'échange de connaissances.

L'INSPQ regroupe ses activités dans plusieurs sites partout au Québec.

### 2.3.2

#### *L'organisation médicale*

##### **La commission médicale régionale**

Il y a une commission médicale régionale (CMR) dans chaque région. La CMR, qui relève du conseil d'administration de l'agence régionale, comprend : trois médecins omnipraticiens, trois médecins spécialistes, une personne nommée par le doyen de la faculté de médecine (si la région en compte une), le directeur régional de la santé publique et le directeur de l'agence régionale.

La CMR remplit les fonctions suivantes :

- donner son avis au conseil d'administration sur l'organisation des services médicaux et les besoins en effectifs médicaux de la région ;
- donner son avis au conseil d'administration sur les modes de rémunération ainsi que l'organisation de la pratique des médecins qui conviennent le mieux à la région ;
- établir une liste d'activités médicales particulières (AMP) pour mieux répondre aux besoins de la population et des établissements de la région.

##### **Le département régional de médecine générale**

Le département régional de médecine générale (DRMG) regroupe tous les médecins omnipraticiens de la région, quel que soit leur lieu de pratique. Le DRMG remplit les huit fonctions suivantes :

- formuler des recommandations sur le nombre d'omnipraticiens requis dans la région ;
- définir et proposer des plans régionaux d'organisation des services médicaux de première ligne ;
- définir et proposer un réseau d'accessibilité des soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré et la garde en disponibilité pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée et pour le programme de soutien à domicile ;
- formuler des recommandations sur la nature des services de soins généraux tributaires des programmes prioritaires de la région ;
- formuler des recommandations sur les activités médicales particulières nécessaires dans la région ;
- évaluer dans quelle mesure les objectifs concernant les soins généraux ont été atteints ;
- conseiller l'agence régionale sur les nouveaux projets de services de première ligne ;
- assumer toute autre fonction attribuée par l'agence régionale pour l'organisation des services de première ligne.

Le DRMG est administré par un comité directeur qui est formé de la façon suivante : trois membres élus par leurs collègues choisissent à leur tour de trois à neuf autres membres (selon le profil de la région) qui représentent les divers profils de pratique des omnipraticiens du territoire. Le directeur de l'agence régionale, ou un médecin désigné par ce dernier, siège également au comité.

### **La médecine universitaire**

En 2002, le MSSS annonçait la création de quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Il est prévu que les RUIS assurent l'intégration des soins ultraspécialisés aux activités de formation, de recherche, d'évaluation des technologies ainsi que le déploiement équilibré de la formation dans les établissements universitaires et communautaires auxquels ils fournissent un soutien professionnel. Ils doivent aussi établir des corridors de services, se rendre sur place pour soutenir les régions et répondre aux besoins des réseaux locaux de services. Enfin, les RUIS ont la responsabilité de conseiller les autorités ministérielles.

Les RUIS reposent sur des partenariats entre les centres hospitaliers affiliés et leurs centres de recherche et les facultés de médecine. Pour les consultations et la formation, un partenariat étroit relie chaque RUIS avec les régions et peut même comprendre le soutien des effectifs, le cas échéant. Ce mandat inclut le ressourcement des médecins qui pratiquent en région et leur formation sur place.

## **2.4**

### ***Conclusion***

Le système de santé et de services sociaux est une organisation imposante et complexe. La collectivité y consacre chaque année environ 10 % de sa richesse collective. Pour le gouvernement, cela correspond à plus de 40 % de ses dépenses de programmes. Par ailleurs, environ 7 % de la main-d'œuvre québécoise travaille au sein du système.

L'instauration du système public de santé et de services sociaux, conjuguée à l'amélioration constante des conditions de vie, s'est traduite par des gains inestimables au chapitre de la santé et du bien-être. Voilà sans doute pourquoi, au delà des critiques qu'il suscite, le système de santé et de services sociaux est toujours perçu comme un acquis majeur et un levier central de développement.

### 3

## L'exercice professionnel des médecins

### 3.1

#### *L'exercice en établissement*

#### 3.1.1

##### *Introduction*

La pratique médicale en établissement constitue une part considérable de l'activité clinique des médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : la complexité des problématiques de santé ; les technologies de pointe qu'utilise la médecine moderne ; l'apport nécessaire des autres professionnels de la santé et des services sociaux ; l'obligation de regrouper ces professionnels et ces ressources dans des entités organisationnelles fonctionnelles ; et la nécessité d'hospitaliser ou d'héberger un grand nombre de personnes afin d'assurer la continuité et la qualité des soins qu'elles reçoivent.

On peut prévoir que la pratique dans les différents établissements de santé intéressera dorénavant un plus grand nombre de médecins. Selon une nouvelle disposition de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), tout médecin omnipraticien doit s'engager à effectuer une partie de sa pratique dans des activités médicales particulières (AMP), notamment à la salle d'urgence ou auprès de patients admis dans un centre hospitalier ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (LSSSS<sup>1</sup>, art. 360 et 361). Un médecin qui ne prendrait pas cet engagement pourrait se voir imposer une rémunération différente, à la baisse. La LSSSS prévoit une disposition équivalente pour tout médecin spécialiste qui n'a pas de privilèges dans un établissement qui exploite un centre hospitalier et dont la spécialité est visée dans une entente conclue à cet effet (art. 361.1). Les modalités de participation d'un médecin aux AMP devront être précisées par entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ou la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), selon le cas.

La plupart des établissements de santé au Québec sont publics. L'exercice de la profession médicale y est régi par plusieurs textes législatifs, notamment :

- La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (ROAE) en découlant ;
- la *Loi médicale* et les divers règlements découlant de cette loi, dont le *Code de déontologie des médecins* ;
- la *Loi sur l'assurance maladie* et les ententes conclues avec les fédérations médicales en conformité avec cette loi.

Dans ses rapports avec les établissements de santé, le médecin jouit d'une situation particulière en raison de son statut de travailleur indépendant. Il n'est pas considéré comme un membre du personnel de ces établissements (art. 236), ni comme un cadre, ni

1. Note : À moins d'indication contraire, les articles cités dans cette section renvoient à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS).



encore comme un employé. Le médecin n'est pas soumis aux dispositions du *Code du travail* ni de la *Loi sur les normes du travail*, qui s'appliquent aux autres intervenants de la santé (*Loi sur l'assurance maladie*, art.19). Le médecin résident est considéré, quant à lui, comme un employé de l'établissement et, à ce titre, il est assujéti à ces lois, même si, à titre de médecin, il conserve son indépendance professionnelle et est soumis au code.

Le médecin est donc un professionnel autonome, et les ententes conclues entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la FMOQ, d'une part, et la FMSQ, d'autre part, réaffirment cette autonomie, notamment en assurant la « liberté thérapeutique » et le libre choix du lieu d'exercice, ainsi que le respect du caractère personnel et privé de sa relation avec le patient, dont le secret professionnel est un élément important. La liberté thérapeutique signifie qu'il appartient au médecin de déterminer les soins médicaux requis, de prescrire les traitements appropriés et leurs modes de prestation (*Loi sur l'assurance maladie*, art. 7.04). Les établissements doivent respecter cette autonomie professionnelle, dans le cadre de leur mission et de leurs ressources (*Loi sur l'assurance maladie*, art. 8.01).

Par ailleurs, le « statut particulier » du médecin, assorti de ces garanties, n'est pas sans entraîner des obligations : le médecin doit respecter les règlements en vigueur dans l'établissement, assurer les services professionnels liés à ses fonctions et participer à la garde prévue dans son département ou son service. En choisissant d'exercer dans un établissement, le médecin accepte également de s'intégrer à une équipe médicale et à des équipes soignantes, et de collaborer avec celles-ci en ayant le souci constant d'assurer la qualité des soins à ses patients. Lorsqu'ils pratiquent en établissement, les médecins ont nécessairement des relations très étroites avec le réseau de la santé. D'où l'importance de bien connaître ses structures, l'organisation interne des établissements et les éléments qui encadrent encore plus spécifiquement la pratique médicale.

### 3.1.2

#### *Les centres de services de santé et de services sociaux exploités par les établissements*

La LSSSS distingue un établissement d'un centre. L'établissement désigne la personne morale responsable de l'exercice des activités inhérentes à la mission d'un ou de plusieurs centres. « Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu » (art. 100).

En somme, l'établissement assume des fonctions de planification, de gestion et de prestation de services au regard d'une ou de plusieurs missions définies dans un permis d'exploitation délivré par le MSSS.

La notion de centre réfère à une mission d'établissement, et non à un lieu physique. La LSSSS établit cinq types ou catégories de centres, dont les appellations sont plutôt explicites quant aux services offerts ou aux clientèles visées :

- le centre local de services communautaires (CLSC) ;
- le centre hospitalier (CH) ;
- le centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) ;
- le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- le centre de réadaptation (CR).

Chaque type de centre a une mission spécifique, qui définit et limite la nature des services qui y sont offerts (art. 79-93). Un établissement peut gérer plusieurs centres, c'est-à-dire se voir confier des missions parfois différentes, ce qui facilite leur intégration. Un cabinet privé de médecin n'est pas un établissement (art. 95).

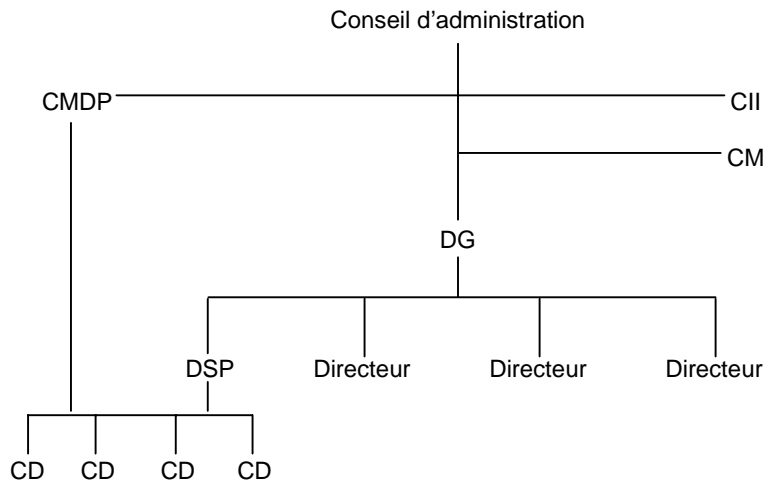
### 3.1.3

#### *L'organisation interne des établissements*

Chaque établissement doit établir son propre plan d'organisation, mais tous les établissements possèdent la même structure organisationnelle, qui comprend : un conseil d'administration, un directeur général, un personnel cadre (dont le directeur des services professionnels), un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un conseil des infirmières et des infirmiers, et un conseil multidisciplinaire. Chacune de ces instances exerce ses fonctions sur l'ensemble des centres exploités par l'établissement (voir l'organigramme).

#### **Organigramme I-1.1**

##### **Organisation générale et médico-administrative des établissements et des centres**



Note : Le chef de département est responsable envers le CMDP de la qualité de l'exercice médical dans son département ; il est redevable envers le DSP de la gestion des ressources de son département.

#### **Légende**

CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens  
 CII : conseil des infirmières et infirmiers  
 CM : conseil multidisciplinaire  
 DG : directeur général  
 DSP : directeur des services professionnels  
 CD : chef de département

## Le conseil d'administration

Un conseil d'administration est formé pour gérer les affaires d'un établissement. Afin d'améliorer la continuité des soins et l'intégration des services, il peut, avec l'approbation du ministre de la Santé et des Services sociaux, administrer plusieurs centres et même plusieurs établissements dans un territoire (art. 119-128). La composition d'un tel conseil d'administration ne sera déterminée qu'à l'automne 2004.

Actuellement, le conseil d'administration exerce tous les pouvoirs de l'établissement qu'il administre, et sa composition varie suivant la mission confiée à l'établissement. Il compte toujours une personne élue par et parmi les membres du CMDP dans les établissements qui exploitent un centre hospitalier (art. 132). Dans les CLSC et les CHSLD, « une personne désignée par et parmi les médecins du département régional de médecine générale qui pratiquent dans le territoire concerné » siège également au conseil d'administration de l'établissement qui exploite un ou plusieurs de ces centres (art. 129, 131 et 131.1).

Le conseil d'administration assume la responsabilité de toutes les activités de l'établissement, comme le montre la liste des principaux pouvoirs qu'exerce ce conseil (art. 170-181).

### Encadré I-1.1

#### Les principaux pouvoirs du conseil d'administration d'un établissement

1. Gérer les affaires de tout établissement qu'il administre.
2. Établir les priorités et les orientations de l'établissement.
3. Voir au respect de ces priorités et orientations.
4. S'assurer de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
5. S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.
6. S'assurer de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
7. S'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.
8. Nommer le directeur général et les cadres supérieurs.
9. Nommer les médecins et les dentistes, leur attribuer un statut, leur accorder des privilèges et prévoir les obligations qui y sont rattachées.
10. Allouer les ressources financières à chacun des établissements qu'il administre.

## Le directeur général

Le directeur général est responsable, sous l'autorité du conseil d'administration, de l'administration et du fonctionnement de tout établissement que le conseil administre (art. 194). Au nombre de ses fonctions, il doit « s'assurer que la coordination et la surveillance de l'activité clinique exercée dans le centre soient effectuées » (art. 195).

## Le plan d'organisation

« Tout établissement doit préparer un plan d'organisation [...]. Ce plan décrit les structures administratives de l'établissement, ses directions, services et départements ainsi que les programmes cliniques » (art. 183).

Pour ce qui est des activités médicales, le plan d'organisation de l'établissement doit :

- indiquer, sur recommandation du CMDP ou du service médical, de quel département ou service relèvent les actes médicaux d'un programme clinique (art. 183) ;
- prévoir, pour les centres hospitaliers, la formation de départements cliniques et de services cliniques (art. 184), dont un département de médecine générale, sous la responsabilité d'un médecin omnipraticien (art. 185) ;
- prévoir, pour les CLSC, les CR ainsi que les CHSLD, la formation d'un service médical ou la nomination d'un médecin responsable des soins médicaux, si au moins un médecin exerce dans le centre (art. 186) ;
- comporter une partie qui traite de l'effectif médical en omnipratique et une partie qui traite des effectifs médicaux en spécialité. Chacune de ces parties doit respectivement indiquer le nombre d'omnipraticiens et de médecins spécialistes, par spécialité, pouvant exercer leur profession dans chacun des départements et services. Une fois approuvées par l'Agence de développement de réseaux locaux, ces parties du plan d'organisation constituent le plan des effectifs médicaux de l'établissement (art. 184 et 186).

La partie du plan d'organisation qui concerne la formation des départements cliniques et des services et celle qui a trait aux effectifs médicaux doivent avoir fait l'objet d'une consultation auprès du CMDP et de l'université concernée, le cas échéant. En outre, le plan d'organisation doit être révisé tous les trois ans.

### **Le directeur des services professionnels**

Dans les établissements exploitant un centre hospitalier ou un centre de santé, le conseil d'administration doit nommer un directeur des services professionnels (DSP) après consultation du CMDP. Le DSP, qui doit être un médecin, occupe un poste de cadre dans l'établissement et est rémunéré par cet établissement. Il peut être nommé dans tout autre établissement (art. 202).

Sous l'autorité du directeur général, le DSP a le mandat de coordonner « l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité par l'établissement avec les autres directeurs concernés » (art. 203). Dans l'exercice de ses fonctions (voir l'encadré), il supervise les activités des chefs de département clinique et sert d'interface entre l'administration et l'organisation médicale de l'établissement.

#### **Encadré I-1.2**

##### **Les fonctions du directeur des services professionnels (art. 204)**

1. Diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département clinique.
2. Obtenir des avis des chefs de département clinique sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins et des dentistes des divers départements cliniques.
3. Appliquer les sanctions administratives prévues en cas de non-respect des règles d'utilisation des ressources en vigueur et en informer le CMDP et les chefs de département clinique concernés.
4. Surveiller le fonctionnement des comités du CMDP et s'assurer que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout centre exploité par l'établissement.

5. Prendre toutes les mesures pour faire en sorte qu'un examen, une autopsie ou une expertise exigé en vertu de *la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* soit effectué.
6. Assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement.

### **Les ressources de l'établissement : la recherche d'efficience**

Chaque établissement dispose d'un ensemble de ressources humaines et matérielles pour réaliser les missions des centres qu'il exploite. Le MSSS, par l'entremise de l'Agence régionale de développement de réseaux locaux, lui alloue un budget global à cette fin. L'éventail des ressources de chaque établissement et le budget dont il dispose ont une incidence sur la nature des services médicaux que les médecins pourront y dispenser. Par exemple, un CLSC n'a pas de salle d'opération, et les CH n'offrent habituellement pas de soins à domicile. Les budgets de fonctionnement et d'immobilisation, qui déterminent l'ensemble des dépenses autorisées, restreignent le champ d'action des établissements.

En raison de la capacité financière limitée de l'État et par souci d'équité dans l'allocation des ressources, les autorités gouvernementales et les administrateurs du réseau de la santé et des services sociaux doivent concilier la recherche d'efficience dans l'utilisation de ces ressources et la qualité des services, dont leur accessibilité. Comme les activités médicales influent directement sur l'efficacité et la qualité des services offerts dans un établissement de santé, les médecins sont invités par le conseil d'administration de l'établissement où ils exercent, par l'intermédiaire du CMDP et du DSP, à participer aux efforts nécessaires pour améliorer l'efficience du réseau.

### **3.1.4**

#### *L'organisation médico-administrative*

L'organisation médico-administrative d'un établissement est constituée du CMDP, de ses comités ainsi que des départements et des services cliniques. Elle comprend donc tous les médecins, les dentistes et les pharmaciens qui exercent dans l'établissement. Les liens d'autorité sont fixés par la LSSSS et ses règlements d'application, qui imposent des obligations autant au médecin et à l'organisation médico-administrative qu'à l'administration de l'établissement.

### **Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens**

Tout établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens doit instituer un CMDP (art. 213).

Le CMDP regroupe l'ensemble des médecins, des dentistes et des pharmaciens qui exercent dans l'un ou l'autre des centres exploités par l'établissement. Il a pour fonction essentielle d'assurer la qualité des services que fournissent ses membres et, en cette matière, est directement responsable envers le conseil d'administration. Le CMDP a également des responsabilités qui touchent l'activité médicale (voir l'encadré).

**Encadré I-1.3****Les responsabilités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (art. 214)**

1. Contrôler et apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques accomplis dans le centre.
2. Évaluer et maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre.
3. Faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder.
4. Faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ainsi que sur le statut à lui attribuer.
5. Donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien.
6. Faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires, et sur les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique.
7. Faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le conseil d'administration eu égard aux exigences propres du centre, notamment celles ayant pour objet :
  - a) la participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités cliniques du centre, y compris la garde ;
  - b) la participation d'un médecin ou d'un dentiste à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant ;
  - c) la participation d'un médecin ou d'un dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs ;
  - d) la participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités médicales prévues à une entente visée aux articles 108 et 109.
8. Élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins du centre.
9. Donner son avis sur les aspects professionnels des questions suivantes :
  - a) l'organisation technique et scientifique du centre ;
  - b) les règles d'utilisation des ressources et les sanctions administratives qui doivent y être prévues.
10. Faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre.
11. Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le CMDP doit exercer ses fonctions en conformité avec la mission et les ressources de l'établissement. « Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement » (art. 214). Il doit faire un rapport annuel de ses activités au conseil d'administration.

Le CMDP avait auparavant la responsabilité de voir à l'élaboration et à l'application du règlement concernant les actes médicaux posés par d'autres catégories de professionnels dans l'établissement, ce qu'on appelait les actes médicaux délégués. La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, adoptée en juin 2002, a dessiné un nouveau partage des champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé et des activités réservées aux professionnels des ordres visés.

Le diagnostic des maladies, la détermination du traitement médical, l'utilisation de techniques et l'application de traitements pouvant causer des préjudices sont des activités réservées aux médecins. D'autres activités peuvent être partagées avec un ou plusieurs professionnels habilités à le faire, dont certaines au moyen d'une ordonnance médicale individuelle ou collective. Ces activités sont clairement indiquées dans le *Code des professions* ou les lois touchant les ordres professionnels concernés. Par exemple, une ordonnance médicale collective pourra dorénavant autoriser les infirmières en salle d'urgence à initier des mesures diagnostiques ou thérapeutiques. Il appartiendra maintenant aux cliniciens d'un département de déterminer la pertinence et la nature des activités qu'ils entendent ainsi partager avec d'autres professionnels et de délivrer une ordonnance collective en ce sens.

Il faut distinguer les activités partageables et la pratique « avancée » de certains professionnels de la santé, qui est désormais prévue dans la *Loi médicale* (*Loi médicale*, art. 19b)). Par exemple, des infirmières pourront être autorisées à exercer certaines activités réservées aux médecins, si un règlement du Collège des médecins reconnaît cette pratique « avancée » et si les candidates détiennent un certificat d'une spécialité infirmière conformément à un règlement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le médecin chef du département clinique est responsable envers le CMDP de surveiller ces activités, avec la collaboration du directeur ou de la directrice des soins infirmiers (DSI). Les activités médicales exercées par des infirmières dans le cadre d'une pratique avancée sont sous l'autorité du DSI (art. 190, 207 et 220). Toutefois, la LSSSS prévoit que l'appréciation générale de la qualité de ces activités doit être faite par le conseil des infirmières et infirmiers (CII) de l'établissement en collaboration avec le CMDP.

En plus de ses responsabilités envers le conseil d'administration quant à la qualité des services fournis et à la compétence de ses membres, le CMDP a la tâche d'assister le directeur général de l'établissement en lui donnant des avis sur les aspects administratifs de diverses questions (voir l'encadré) touchant l'organisation et la prestation des soins.

#### Encadré I-1.4

##### **Les questions sur lesquelles le CMDP donne son avis au directeur général (art. 215)**

1. Les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans le centre le soient en complémentarité avec ceux dispensés dans un centre exploité par un autre établissement de la région et répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services appropriés.
2. Les règles d'utilisation des ressources et les sanctions administratives qui doivent y être prévues.
3. L'organisation technique et scientifique du centre.

4. La distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que l'organisation médicale du centre.
5. Toute autre question que le directeur général porte à son attention.

« Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration » (art. 216).

Dans les centres hospitaliers, le CMDP doit créer, en plus du comité exécutif : un comité d'examen des titres ; un comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique ; un comité de pharmacologie ; et un comité de discipline, le cas échéant (LSSSS, art. 46 et 48 ; *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, art. 97 et 106). De tels comités, qui ne sont pas obligatoires dans les autres catégories d'établissements, permettent de mieux répartir les diverses tâches du CMDP.

Le **comité exécutif** exerce les pouvoirs du CMDP et fait rapport de ses activités, au moins une fois par année, à l'assemblée générale des membres de ce conseil. Ses responsabilités couvrent l'ensemble des activités médicales exercées dans l'établissement ainsi que les activités propres au CMDP (Règlement, art. 98). Il est formé d'au moins cinq médecins, dentistes et pharmaciens désignés par le CMDP, du directeur général de l'établissement et du DSP ou, lorsqu'aucun DSP n'est nommé, du médecin que le directeur désigne » (art. 217).

Le **comité d'examen des titres** est chargé, notamment, d'étudier les demandes de nomination et de renouvellement de nomination des médecins, des dentistes et des pharmaciens qui souhaitent exercer dans le centre, et de faire des recommandations au comité exécutif eu égard à l'attribution d'un statut et de privilèges de pratique dans chaque cas. Le comité doit, de plus, établir un dossier professionnel pour chaque membre du CMDP (Règlement, art. 99-101).

Le **comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique** veille, entre autres, à ce que le contenu médical, dentaire et pharmaceutique des dossiers des bénéficiaires soit conforme aux divers règlements. Il évalue, notamment, la qualité et la pertinence des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques fournis aux usagers ; il révisé périodiquement le traitement prescrit pour les infections nosocomiales et les affections les plus fréquentes dans le centre ; et il fait des recommandations au comité exécutif du CMDP (Règlement, art. 102-103). Lorsque le comité doit formuler une plainte à l'endroit d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien, il l'adresse au comité exécutif.

Le **comité de pharmacologie** voit principalement à l'appréciation des mécanismes de contrôle de l'utilisation des médicaments dans l'établissement et fait des recommandations au comité exécutif du CMDP (Règlement, art. 104-105).

Le **comité de discipline** est un comité *ad hoc* formé par le comité exécutif pour l'examen d'une plainte formulée contre un médecin, un dentiste ou un pharmacien relativement à la qualité des services fournis, à sa compétence, à sa diligence, à sa conduite ou à son respect des règlements de l'établissement ou du CMDP. Il doit



entendre le professionnel concerné ainsi que son avocat, le cas échéant. Après examen de la plainte, le comité de discipline présente son rapport au comité exécutif, qui prend les mesures appropriées. Lorsqu'il décide de recommander l'application d'une mesure disciplinaire, le comité exécutif transmet le dossier au conseil d'administration (Règlement, art. 106-109).

Compte tenu de la nature des activités des divers comités du CMDP, les dossiers et procès-verbaux du CMDP et de chacun de ses comités sont réputés confidentiels. Par conséquent, nul ne peut en prendre connaissance, sauf les personnes dûment autorisées (art. 218).

### **Les départements cliniques**

Le plan d'organisation d'un établissement décrit les départements, les services et les programmes cliniques (art. 183).

Dans un centre hospitalier, les médecins sont regroupés dans les divers départements suivant leur spécialité ou le type de leurs activités, et chaque département peut comprendre plusieurs services, selon une catégorie d'activités précise. Ainsi, le département de médecine générale peut compter un service d'urgence, un service de soins prolongés, un service de médecine familiale et un service de gériatrie ; ou le département de chirurgie peut avoir un service de chirurgie générale, un service d'orthopédie et un service d'urologie. Un médecin est habituellement rattaché à un seul département, mais il peut exercer dans plusieurs services faisant partie ou non du même département, à condition qu'une résolution du conseil d'administration l'y autorise. Tout centre hospitalier, à l'exception de ceux qui sont désignés par règlement, doit posséder un département de médecine générale sous la responsabilité d'un médecin omnipraticien (art. 185).

Un programme clinique englobe généralement un ensemble d'activités multidisciplinaires centrées sur une clientèle définie ou un problème de santé particulier, tel un programme de soins palliatifs, un programme des maladies pulmonaires et un programme de maintien à domicile. À noter, de nombreux établissements de santé adoptent actuellement un mode de gestion par programmes, c'est-à-dire que l'ensemble des activités cliniques sont groupées par thèmes. Enfin, le plan d'organisation doit prévoir de quel département ou service relèvent les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques accomplis dans le cadre d'un programme (art. 183).

Dans les CLSC, les CHSLD et les CR, le plan doit prévoir la présence d'un service médical ou d'un médecin responsable des soins médicaux, si au moins un médecin exerce dans le centre (art. 186). Ce service équivaut pour ainsi dire au département de médecine générale d'un centre hospitalier, et le médecin responsable remplit les mêmes fonctions qu'un chef de département (Règlement, art. 78-80).

Les départements et leurs services dans un centre hospitalier, ainsi que le service médical dans les autres centres, encadrent tous les actes médicaux posés dans le centre, comme le montre l'examen du rôle et des responsabilités du chef de département.

## Le chef de département clinique

Le chef d'un département clinique médical doit être un médecin. Il est nommé par le conseil d'administration après consultation des médecins qui exercent dans ce département, du DSP et du CMDP (art. 188). Le chef dirige les activités de tous les médecins de son département, sous l'autorité du DSP (art. 189). Par ailleurs il est responsable envers le CMDP, notamment de surveiller la façon dont se pratique la médecine et d'établir des règles de soins médicaux (art. 190). Dans les CLSC et les CHSLD où il n'y a pas de DSP, le chef du service médical relève du directeur général. Selon qu'il assume des responsabilités différentes, le chef de département clinique relève d'un DSP ou d'un CMDP (voir l'encadré). Récemment, le législateur a confié une autre fonction au chef de département : surveiller, en collaboration avec le directeur des soins infirmiers, les activités médicales des infirmiers, des infirmières et d'autres professionnels de son département habilités à les exercer par règlement du Bureau du Collège des médecins du Québec (art. 190-1.19).

### Encadré I-1.5

#### Les responsabilités du chef de département clinique, selon l'autorité dont il relève

Sous l'autorité du DSP (art. 189)

1. Coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités professionnelles des médecins.
2. Gérer les ressources médicales.
3. Élaborer, pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins.
4. Dans le cas du chef du département clinique de radiologie, du chef du département clinique de laboratoires de biologie médicale et du chef du département clinique de pharmacie, gérer les ressources de leur département.
5. Faire la liste de garde.
6. S'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux dans son département.
7. Voir au respect des règles d'utilisation des ressources.

Sous l'autorité du CMDP (art. 190)

1. Surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans son département.
2. Surveiller, sous réserve des responsabilités exécutées par le directeur des soins infirmiers, les activités médicales qui sont exercées par des infirmières, des infirmiers ou d'autres professionnels de son département habilités à les exercer.
3. Élaborer pour son département des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement.
4. Donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin au moment d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges.

Le médecin chef d'un service exerce habituellement les fonctions du chef de son département à l'endroit des médecins de ce service. Il demeure toutefois sous l'autorité directe du chef de département pour l'ensemble de ses fonctions de chef de service.

En toute matière, un médecin exerçant dans un établissement relève d'abord de son chef de service et de son chef de département.

### 3.1.5

#### *L'examen d'une plainte concernant un médecin*

Chaque établissement doit établir une procédure d'examen des plaintes formulées par des usagers (art. 29-59). Une procédure particulière s'applique pour l'examen de la plainte d'un usager concernant un médecin ou un médecin résident (art. 41-59). Après consultation du CMDP, le conseil d'administration doit nommer un médecin examinateur chargé d'appliquer cette procédure. Ce médecin peut également examiner une plainte formulée par toute autre personne qu'un usager (art. 44).

Le médecin examinateur saisi d'une plainte à l'endroit d'un médecin ou d'un médecin résident doit choisir l'orientation appropriée parmi les possibilités suivantes :

- examiner la plainte conformément à la LSSSS (art. 45-50) ;
- l'acheminer au CMDP pour « étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin » ;
- l'acheminer vers l'autorité déterminée par règlement, s'il s'agit d'un médecin résident ;
- la rejeter s'il l'estime frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

Le médecin doit collaborer à l'examen de la plainte qui le concerne, avec le médecin examinateur et les membres du comité de discipline, le cas échéant.

Le médecin examinateur doit informer le plaignant et le médecin concerné « des conclusions motivées auxquelles il en est arrivé, accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations et indiquer à l'usager les conditions et modalités de recours qu'il peut exercer » (art. 47).

L'usager qui n'est pas d'accord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le médecin examinateur ou qui sont réputées lui avoir été transmises, peut adresser par écrit une demande de révision de sa plainte auprès du comité de révision (art. 53). Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration. Le président du comité est nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration. Les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens de l'établissement, sur recommandation du CMDP (art. 51).

Lorsque le médecin examinateur achemine une plainte au CMDP pour étude à des fins disciplinaires, celui-ci doit former un comité de discipline. À la suite de son évaluation, le comité de discipline doit faire rapport au CMDP. Si une mesure disciplinaire est recommandée au conseil d'administration par le CMDP, le médecin concerné peut en appeler de la décision auprès du Tribunal administratif du Québec (art. 252).

### 3.1.6

#### *Les conditions d'exercice en établissement*

Pour exercer dans un établissement, un médecin doit remplir les conditions suivantes :

- être titulaire d'une nomination ayant fait l'objet d'une résolution du conseil d'administration de cet établissement (art. 237-243 et 251) ;
- fournir un écrit dans lequel il reconnaît avoir pris connaissance de cette résolution (art. 243) ;
- détenir une police d'assurance-responsabilité professionnelle valide (art. 258) ;
- respecter les obligations rattachées à sa nomination (art. 242) ;
- observer les règlements de l'établissement et du CMDP (art. 242 et 249).

#### **La nomination**

Les conditions de nomination d'un médecin dans un établissement sont définies dans la LSSSS (art. 237-248). Les étapes menant à cette nomination sont les mêmes dans toutes les catégories d'établissements (voir l'encadré ci-dessous).

##### **Encadré I-1.6**

##### **Étapes menant à la nomination d'un médecin dans un établissement (art. 237-248)**

1. Le médecin doit adresser un formulaire de demande de nomination au directeur général de l'établissement.
2. Le directeur général informe le candidat, par écrit, de l'état du plan des effectifs médicaux de l'établissement.
3. Le comité d'examen des titres du CMDP étudie la demande de nomination.
4. Le CMDP fait une recommandation au conseil d'administration.
5. Le conseil d'administration vérifie avec l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, si la nomination respecte le plan régional d'effectifs médicaux (PREM).
6. Le conseil d'administration accepte ou refuse la demande de nomination. Il signifie par écrit sa décision au médecin et la motive.
7. Le médecin dont la nomination a été acceptée atteste, par écrit, avoir pris connaissance de la teneur de cette résolution.

Lorsqu'il accepte la nomination d'un médecin, le conseil d'administration doit préciser le statut et les privilèges de ce médecin, la durée pour laquelle ils lui sont accordés, ainsi que la nature et le champ des activités médicales qu'il pourra exercer dans le centre. De plus, la résolution du conseil d'administration doit prévoir l'engagement du médecin à respecter les obligations rattachées à la jouissance de ses privilèges, qui sont déterminées suivant les recommandations du CMDP (art. 242).

Toute nomination doit être conforme aux orientations en matière d'effectifs médicaux et dentaires définies dans le plan d'organisation de l'établissement. Le conseil d'administration doit, avant d'accepter la demande de nomination d'un médecin, obtenir l'approbation de l'Agence régionale. Celle-ci s'assure que le plan des effectifs médicaux de l'établissement permet d'accorder cette nomination. Une nomination

accordée alors que le plan des effectifs est atteint peut être annulée (art. 239, 240, 240.1 et 240.2).

La décision du conseil d'administration doit être transmise par écrit au candidat dans les 90 jours suivant la réception de la demande par le directeur général. Tout refus de nomination doit être motivé par écrit. Un médecin qui ne serait pas satisfait d'une décision rendue à son sujet et fondée sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement, peut en appeler devant le Tribunal administratif du Québec (art. 252).

Le **statut** d'un médecin détermine son appartenance au CMDP et sa participation (membre actif, associé, conseil ou honoraire). Le statut est accordé en fonction de l'importance des activités du médecin dans l'établissement (Règlement, art. 87-96).

Les **privilèges** déterminent l'appartenance du médecin au département ainsi que la nature et le champ des activités médicales qu'il peut y exercer ainsi que dans les autres départements et services de l'établissement.

Les **obligations** rattachées à la jouissance des privilèges concernent la participation du médecin à des activités liées aux exigences du centre, notamment (art. 214) :

- la participation aux activités cliniques, y compris la garde ;
- la participation à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant ;
- la participation à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs ;
- la participation aux activités médicales prévues par une entente entre les établissements (art. 108-109). Dans ce cas, l'entente doit avoir été portée à la connaissance du médecin et être valide au moment où il adresse sa demande de nomination ou de renouvellement de nomination.

Les privilèges accordés au médecin le sont habituellement pour une période de deux à trois ans. À moins d'avis contraire du médecin, la demande de renouvellement de sa nomination est faite automatiquement, selon les termes de sa dernière demande (art. 237). La demande de renouvellement « ne peut être refusée par le conseil d'administration qu'en fonction des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin [...], eu égard aux exigences propres à l'établissement, et du respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges » (art. 238).

### Les règlements

Les règlements que doit respecter un médecin dans un établissement sont :

- les règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;
- les règlements de la Loi médicale, notamment le Code de déontologie des médecins ;
- les règlements de l'établissement ;
- les règlements du CMDP ;
- l'entente conclue entre le MSSS et la FMOQ ou entre le MSSS et la FMSQ, selon le cas.

Les règlements de l'établissement sont adoptés par le conseil d'administration. Ils ont trait généralement aux aspects administratifs de la vie dans l'établissement et de la pratique médicale. Il en est ainsi des règles d'utilisation des ressources de l'établissement, qui sont élaborées par le chef de département et approuvées par le conseil d'administration, après consultation du CMDP (art. 189).

Les règlements du CMDP sont de deux ordres :

- ils régissent le fonctionnement de ce conseil et la participation des membres à ses activités ;
- ils portent sur les règles de soins médicaux, qui sont élaborées par le chef de département et approuvées par le conseil d'administration, sur recommandation préalable du CMDP.

Deux règlements édictent des règles fondamentales de la pratique.

- **Les règles d'utilisation des ressources médicales et des ressources matérielles d'un centre** — Elles sont établies par le chef de chaque département, sous l'autorité du DSP. Avant d'entrer en vigueur, ces règles doivent avoir été approuvées par le conseil d'administration, qui aura reçu au préalable l'avis du CMDP à ce sujet. Elles doivent prévoir des sanctions administratives dans les cas de non-respect (art. 189, 191-192, 214 et 215) ;
- **Les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments** — Elles sont élaborées par le chef de département, sous l'autorité du CMDP. Ces règles doivent tenir compte de la nécessité d'offrir des services satisfaisants aux usagers, ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement. Elles entrent en vigueur après avoir été approuvées par le conseil d'administration, sur recommandation du CMDP (art. 189, 192, 214). La LSSSS précise aussi que l'exercice professionnel des médecins doit être soumis aux mêmes règles dans les divers départements. Ainsi, pour une même situation clinique, deux départements ne pourraient pas adopter des règles différentes. Il incombe au CMDP de recommander une règle qui s'applique à tous (art. 190).

## Le non-respect des règlements

Le médecin qui ne respecte pas des règlements est passible de mesures disciplinaires ou de sanctions administratives (art. 189, 205 et 249).

« Toute mesure disciplinaire prise à l'endroit d'un médecin [...] doit être motivée et fondée uniquement sur le défaut de qualification, l'incompétence scientifique, la négligence, l'inconduite, l'inobservation des règlements de l'établissement, eu égard aux exigences propres de l'établissement, ou le non-respect des termes apparaissant à la résolution » quant à la nomination du professionnel concerné (art. 249).

« Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises vont de la réprimande, le changement de statut, la privation de privilèges, la suspension du statut ou des privilèges pour une période déterminée jusqu'à la révocation du statut ou des privilèges [...] » (art. 249).

Le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* prévoit la procédure à suivre pour l'imposition de mesures disciplinaires (Règlement, art. 106-109). Lorsque le conseil d'administration décide d'appliquer une mesure

disciplinaire à l'endroit d'un médecin, il communique sa décision à ce dernier, au comité exécutif du CMDP et au Collège des médecins. Un médecin visé par une mesure disciplinaire peut en appeler de la décision auprès du Tribunal administratif du Québec (art. 252).

Les sanctions administratives prévues en cas de non-respect des règles d'utilisation des ressources « peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin d'utiliser les ressources de l'établissement » (art. 189). Cependant, elles ne peuvent être considérées comme une atteinte aux privilèges accordés au médecin par le conseil d'administration. Lorsqu'une sanction administrative doit être appliquée, le DSP informe le médecin concerné des motifs qui justifient cette décision et se charge de son application. Le médecin visé par une telle décision peut interjeter appel devant le Tribunal administratif du Québec (art. 205).

À l'instar de la LSSSS et de ses règlements, les ententes avec les fédérations médicales, ainsi que leurs annexes, fixent les conditions de la pratique des médecins relativement à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation. Ainsi, les ententes prescrivent les modes et les échelles de rémunération en établissement et ailleurs. Elles déterminent également certaines conditions d'exercice en établissement pour les médecins rémunérés à honoraires fixes ou à salaire et pour les médecins rémunérés par une allocation quotidienne. Le médecin et les établissements sont liés par ces ententes.

### **La cessation d'exercice en établissement**

Un médecin peut cesser d'exercer sa profession dans un établissement par choix ou à la suite du non-renouvellement de sa nomination. S'il décide de cesser d'exercer dans un centre, il doit donner un préavis d'au moins 60 jours au conseil d'administration. Une fois reçu par le conseil d'administration, cet avis est irrévocable (art. 254). Le conseil peut toutefois autoriser le départ d'un médecin avant l'expiration du délai de 60 jours (art. 255).

Lorsque le médecin cesse d'exercer dans un centre sans l'autorisation du conseil d'administration ou avant l'expiration du délai de 60 jours, l'établissement peut demander à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) d'émettre une ordonnance ayant pour effet d'annuler la participation de ce médecin au régime d'assurance maladie. En d'autres termes, le médecin n'est plus autorisé, pendant une période donnée, à facturer des services assurés qu'il aurait rendus. La période de non-participation est fixée par la RAMQ, et sa durée est égale à deux fois le nombre de jours qu'il restait avant l'expiration du délai de 60 jours (art. 257). En outre, le Collège des médecins est avisé par écrit si le conseil d'administration juge que ce départ nuit à la qualité ou à l'accessibilité des services médicaux ou dentaires.

Dans le cas d'un non-renouvellement de nomination décidée par le conseil d'administration, la cessation est déterminée par ce dernier. Cette décision ne peut être fondée que sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement, eu égard aux exigences propres de l'établissement (art. 238). Le médecin peut contester cette décision auprès du Tribunal administratif du Québec (art. 252).

## La rémunération

Les modes de rémunération sont précisés dans les ententes. La rémunération à l'acte, la rémunération forfaitaire, la rémunération mixte, le tarif horaire, les honoraires fixes et le salariat sont les principaux modes de rémunération des médecins. Les conditions d'application de chacun de ces modes sont aussi définies dans les ententes, selon l'établissement où exerce le médecin, sa nomination et ses activités médicales. Aucune entente individuelle ne peut être conclue entre un médecin et un établissement concernant la rémunération pour la prestation de services assurés (art. 259).

### 3.1.7

#### *Le médecin : un intervenant essentiel dans les établissements*

Cette section a mis en évidence les structures médico-administratives et les obligations inhérentes à la pratique en établissement, car le médecin est un intervenant essentiel dans la plupart des établissements du réseau de la santé. Il y jouit d'un statut particulier, celui de professionnel autonome, mais il doit en contrepartie satisfaire à certaines conditions, notamment celles de travailler au sein d'une équipe médicale et de remplir les fonctions qu'il s'est engagé à assumer.

## 3.2

### *L'exercice en cabinet*

#### 3.2.1

##### *Introduction*

L'exercice en cabinet privé occupe une place importante dans la prestation des soins médicaux au Québec. En effet, il constitue l'activité principale des omnipraticiens et l'activité d'un nombre appréciable de spécialistes. En règle générale, le médecin omnipraticien consacre davantage de temps à ce mode d'exercice à mesure que sa carrière progresse. Chez les médecins spécialistes, cette activité varie selon les spécialités : les dermatologues, les pédiatres et les psychiatres, entre autres, consacrent plus de temps à la pratique en cabinet qu'à celle en établissement.

Au Québec, une très grande proportion des services médicaux est donc fournie en cabinet. Dans le contexte du virage ambulatoire, il est même raisonnable d'envisager un rôle accru des cabinets privés dans la prestation des services de santé. Cependant, l'intégration de ce mode d'exercice au réseau public est toujours considérée comme un défi difficile à relever.

On parle généralement de l'exercice en cabinet en l'opposant à celui en établissement. Pourtant, l'exercice en cabinet, même s'il entretient des liens moins étroits avec le système public, n'en est pas complètement indépendant. En effet, la majorité des services offerts en cabinet sont couverts par le régime d'assurance maladie. Bien qu'il soit possible pour les médecins de ne pas participer au régime d'assurance maladie ou de se désengager, rares sont ceux qui le font au Québec. Par conséquent, la majorité d'entre eux sont rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les actes qu'ils posent. Plusieurs formules sont actuellement appliquées pour favoriser l'intégration des cabinets privés dans le réseau



public, entre autres les départements régionaux de médecine générale (DRMG), les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques pivots et les cliniques affiliées. Ces derniers sont décrits sommairement dans cette section, tandis que l'organisation interne du cabinet privé est examinée en détail. L'exercice en cabinet doit satisfaire à des exigences qui ont été fixées dans un règlement adopté récemment, et de nouvelles règles administratives ont aussi été définies relativement aux types d'association. Enfin, cette section donne des conseils sur l'organisation quotidienne du travail en cabinet.

### 3.2.2

#### *L'exercice en cabinet*

Par rapport à l'exercice en établissement, l'exercice en cabinet privé est souvent considéré comme un mode de pratique qui offre plusieurs avantages tant pour la clientèle que pour le médecin, entre autres, une accessibilité accrue, un contact avec le patient plus direct et des formalités administratives simplifiées. Le médecin y jouit d'une grande liberté professionnelle et gère presque tous les aspects de sa pratique : prise de rendez-vous, tenue des dossiers, horaire de travail, gestion du personnel et organisation matérielle du cabinet.

Cependant, l'exercice en cabinet comporte aussi des inconvénients. Tout d'abord, les frais de gestion peuvent atteindre un montant équivalent à plus de 35 % des revenus. Évidemment, cette proportion varie selon la discipline, le type d'activités et le lieu de pratique. Afin de compenser partiellement les frais inhérents à la pratique en cabinet, il a été prévu une rémunération différentielle pour les actes posés en établissement et les actes posés en cabinet. Par ailleurs, alors que leur revenu brut a peu progressé au cours des dernières années, les médecins ont dû assumer des coûts supplémentaires, telles la taxe sur les produits et services (TPS) et la taxe de vente du Québec (TVQ). Enfin, les tâches administratives requièrent du temps, et le soutien technologique est généralement restreint, ce qui réduit la gamme des services que peut offrir le médecin en cabinet.

Les services de base en omnipratique comprennent habituellement les consultations avec et sans rendez-vous, la chirurgie mineure, les visites à domicile et, parfois, un centre de prélèvement. En spécialité, la gamme des services offerts varie selon la discipline. Si la taille du cabinet et sa localisation dans une polyclinique le permettent, des services de laboratoire, de radiologie et de consultations spécialisées peuvent y être fournis. Le lieu de pratique et la proximité d'un centre hospitalier constituent des facteurs qui influent aussi sur l'éventail des soins offerts. À noter que de plus en plus de cliniques s'adjoignent les compétences d'autres professionnels de la santé, notamment dans les domaines de la diététique, de la psychologie, du travail social et de la physiothérapie. Bien entendu, les médecins ne devraient pas tolérer que des charlatans ou des personnes exerçant illégalement la médecine partagent leurs locaux.

### 3.2.3

#### *L'exercice en cabinet et le système de santé*

##### **Le régime d'assurance-maladie**

La majorité des services fournis en cabinet sont considérés comme médicalement requis. Ils sont donc couverts par le régime d'assurance maladie, du moins pour les personnes résidant au Québec. Cependant, certains services médicaux, tels les examens exigés pour obtenir un emploi ou une assurance, les soins esthétiques ou le traitement de l'infertilité, ne sont pas couverts par ce régime.

Le médecin qui fournit des services non assurés par le régime, ou des services assurés à des personnes non admissibles au régime, doit en aviser les patients au préalable. Il fixe alors lui-même le montant des honoraires. Les diverses associations médicales publient, à titre indicatif, des échelles tarifaires, qui devraient être affichées dans la salle d'attente du cabinet.

Sauf s'il ne participe pas au régime ou s'en est désengagé, le médecin est rémunéré par la RAMQ pour les actes qu'il a posés, selon les tarifs négociés entre les fédérations médicales et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

##### **Les réseaux intégrés de services de première ligne**

Depuis les débuts de l'assurance maladie, plusieurs expériences ont été tentées pour intégrer davantage les cabinets privés dans le réseau public. La plus marquante est sans nul doute la création des CLSC. Ces dernières années, les régies régionales de la santé et des services sociaux ont mis sur pied des réseaux intégrés de services de première ligne. Leur objectif prioritaire est d'accroître l'accessibilité de ces services dans un territoire déterminé. Les cabinets qui adhèrent volontairement à ces réseaux doivent remplir certains critères quant au type de services offerts, aux heures de disponibilité et au système de garde 24 heures sur 24, sept jours sur sept établi dans leur territoire pour les clientèles des services de maintien à domicile.

Les départements régionaux de médecine générale (DRMG) mis en place depuis peu ont pour mandat, entre autres, de définir les besoins en services de première ligne dans leur territoire. Il est prévu que les cabinets privés travaillent en réseau avec les autres ressources.

##### **Les groupes de médecine de famille**

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair) recommandait, en 2000, la mise sur pied de groupes de médecine de famille (GMF). Au 15 mars 2004, 76 GMF étaient agréés par le MSSS et, d'ici quatre ans, on prévoit qu'il y en aura 300 dans toute la province. Le MSSS estime que 75 % de la population sera alors inscrite auprès d'un médecin membre d'un GMF.

Le GMF représente donc un nouveau mode d'exercice en cabinet. Il regroupe de six à 12 médecins de famille équivalents temps complet (ETC), qui travaillent en groupe, en cabinet ou en CLSC, en étroite collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé. Reconnu comme une entité fonctionnelle, le GMF élabore ses protocoles et définit son offre de services, en respectant les ententes du MSSS.

envers les GMF, et il établit des programmes de formation et de maintien de la compétence. Dans chaque GMF, un médecin est chargé d'attribuer les tâches et les responsabilités des membres du groupe, et de gérer le budget qui lui est alloué.

Les médecins qui adhèrent à un GMF doivent signer une entente entre eux ou un contrat d'association. De plus, le groupe doit signer une entente avec le CLSC de son territoire et l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Entre 1000 et 2000 personnes peuvent être inscrites auprès d'un médecin ETC. L'inscription auprès d'un médecin du groupe est volontaire, gratuite et sans limite territoriale.

L'objectif visé par la mise en place de cette nouvelle structure de prestation de services est d'améliorer l'accessibilité, la prestation et la continuité des soins ainsi que d'accroître la responsabilisation des clientèles. D'autres modèles font présentement l'objet de discussions, telles les cliniques pivots, en omnipratique, et les cliniques affiliées, en spécialité.

### 3.2.4

#### *La tenue du cabinet*

Que ce soit en cabinet privé ou ailleurs, la pratique médicale doit satisfaire les mêmes exigences professionnelles, qui sont fixées dans le *Code de déontologie des médecins*. Le *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des médecins* précise quant à lui les normes à suivre relativement à la tenue d'un cabinet (voir annexe I).

### 3.2.5

#### *L'organisation du travail*

##### **Les systèmes de rendez-vous**

L'aspect de la pratique médicale le plus souvent critiqué par le public est, selon certaines études, le système de rendez-vous. Il ne fait aucun doute qu'un système inadéquat tend à éloigner la clientèle. En revanche, un système efficace l'attire.

Il existe une grande variété de formules, et chacune présente des avantages et des inconvénients. Il importe que le médecin adopte un système et l'adapte pour qu'il réponde le mieux possible à ses besoins, à ses habitudes de travail ainsi qu'aux attentes de ses patients. Pour la pratique en groupe, il peut être avantageux de choisir une façon de faire commune à tous, afin d'éviter la confusion et les erreurs.

Voici quelques exemples de systèmes de rendez-vous.

- **Le système sans rendez-vous** — Certains médecins, de plus en plus rares, reçoivent leur clientèle selon le principe du « premier arrivé, premier servi ». Sauf pour les cas urgents, cette façon de faire engendre de l'insatisfaction, tant chez le médecin et son personnel que chez la clientèle.

- **Le système de l'étalement des patients** — Sûrement la méthode la plus répandue, qui consiste à fixer les rendez-vous par tranches de 10, 15 ou 30 minutes. Cette formule est idéale, à condition que le médecin et les patients soient ponctuels et que chaque visite n'excède pas le délai prévu. La réalité quotidienne est cependant fort différente.
- **Le système de concentration des patients** — Cette méthode consiste à faire venir un certain nombre de patients à la même heure. Si le médecin prévoit recevoir quatre personnes à l'heure, elles se présenteront toutes au même moment à son cabinet. Inévitablement, le système de concentration des patients en début d'heure entraîne de la frustration chez les patients qui doivent attendre.
- **Le système des périodes libres** — Une autre façon de régulariser le flot de la clientèle consiste à laisser des périodes libres pour pouvoir répondre aux urgences ou aux cas spéciaux. Dans la même optique, des médecins prévoient quelques minutes de répit à la fin de chaque heure pour rattraper le retard, au besoin.

Il est aussi possible de planifier ses rendez-vous plusieurs mois à l'avance. L'inconvénient de cette façon de faire, c'est qu'il faut parfois annuler ou déplacer des rendez-vous à cause d'une activité personnelle, tels un congrès ou des vacances.

Habituellement, les rendez-vous sont inscrits dans un livre de rendez-vous. Pour les groupes comprenant plus de six médecins, il peut être avantageux d'utiliser un système informatisé.

Le bon fonctionnement d'un système de rendez-vous requiert la coopération du médecin, du personnel et des patients. Le médecin peut s'assurer de la collaboration de sa clientèle en lui adressant une lettre où il explique clairement sa façon de procéder pour les rendez-vous.

## Les communications

Les systèmes de communication jouent un rôle primordial dans la bonne marche d'une clinique médicale. L'élément essentiel est la relation directe qu'il faut établir avec la clientèle au moment où elle utilise les services de la clinique. Deux facteurs favorisent la fidélité des patients : une relation médecin-patient satisfaisante et l'attitude cordiale du personnel.

De toutes les commodités dont dispose le médecin, le téléphone est certainement un allié très précieux. Dans la plupart des cas, c'est au moyen de cet appareil que s'effectue le premier contact avec le patient. Comme il est en quelque sorte le miroir de l'organisation, l'accueil téléphonique de la clientèle doit être confié à une personne aimable, courtoise et possédant un bon jugement. De plus, il est important d'établir une politique claire et uniforme concernant l'acheminement et la gestion des appels téléphoniques. Une procédure rigoureuse et cohérente influe favorablement sur l'efficacité du travail du médecin. À titre d'exemple, il est tout à fait indiqué de réserver une ligne pour les communications avec les consultants, les pharmaciens et les laboratoires. Le critère pour déterminer le nombre de lignes téléphoniques

nécessaires est simple : le nombre optimal qui permette de réduire le plus possible les attentes.

Des autres moyens de communication à la portée du médecin, les systèmes informatiques peuvent être très utiles, notamment pour la facturation à la RAMQ, l'accès à des banques de données et l'utilisation du courrier électronique.

Le courrier électronique offre des avantages intéressants : accès rapide à l'information, économie de papier, communication simultanée avec plusieurs personnes, envoi de documents graphiques et, bientôt, transmission de résultats d'examens diagnostiques. Cependant, la sécurité de l'information n'y étant pas garantie, son utilisation requiert la plus grande prudence. Néanmoins, il ne fait pas de doute que l'accès de plus en plus facile et convivial à des banques de données grâce à Internet, même dans le cabinet de consultation, est également susceptible d'améliorer la qualité des soins.

Enfin, d'autres moyens représentent des outils indispensables au médecin et à son personnel pour servir adéquatement la clientèle : le télécopieur, les feuillets ou dépliants explicatifs et le répondeur ou les services téléphoniques offerts par l'entreprise privée. Cependant, il faut s'assurer de mettre en place des mécanismes rigoureux pour garantir la confidentialité des communications par téléphone ou par télécopieur.

### 3.2.6

#### *Les aspects administratifs*

##### **Achat, location et tenue des locaux**

Selon une étude du Conseil médical du Québec, 48 % des cabinets privés appartiennent à des médecins et 52 % à des promoteurs financiers ou autres. La décision de louer ou d'acheter est avant tout une question d'affaires.

Toutefois, quelle que soit la décision du médecin à ce sujet, celui-ci doit s'assurer que les ententes conclues lui permettent de respecter le *Code de déontologie* et d'aménager ou de tenir un cabinet de consultation qui satisfait aux normes établies dans le *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des médecins*. Ainsi, lorsque des professionnels autres que des médecins louent des locaux dans une clinique médicale, le médecin doit prévoir une salle d'attente distincte pour ses patients. En outre, l'aménagement de son cabinet doit assurer l'intimité de la clientèle ainsi que la confidentialité des propos échangés entre lui, son personnel et les patients. Évidemment, l'aménagement doit respecter les règles relatives à la salubrité (toilettes accessibles à la clientèle, lavabo dans le cabinet de consultation, etc.), à la désinfection et à la stérilisation du matériel, à la prévention des infections et à la sécurité. Enfin, le médecin doit afficher son permis d'exercice. En ce qui a trait aux ententes sur la location, bien que le loyer « à pourcentage » ne soit plus strictement interdit par le code de déontologie, le médecin doit s'assurer qu'elles n'influent pas sur la qualité de son exercice. Ainsi, une entente qui requerrait qu'un médecin pose des actes totalisant un montant minimal au cours d'une période donnée constituerait un risque d'atteinte à la qualité des actes.

## Pratique en solo ou pratique en groupe

Le médecin qui décide d'exercer en cabinet privé a le choix entre la pratique en solo et la pratique en groupe.

Dans la pratique en solo, le médecin est seul, dans son propre bureau, ou exerce individuellement au sein d'une polyclinique privée. Seulement 14 % des médecins optent pour ce type de pratique.

Dans la pratique en groupe (86 % des médecins), un certain nombre de médecins se regroupent dans une clinique organisée et gérée de façon indépendante, ou encore s'associent à un plus grand groupement ayant déjà pignon sur rue, comme une polyclinique privée. Ce mode de pratique gagnerait de plus en plus la faveur des médecins, si l'on en juge par la progression du nombre de médecins qui s'associent entre eux.

Quel que soit son type de pratique, le médecin demeure, en toutes circonstances, un professionnel autonome, libre et responsable de ses actes. L'exercice de sa profession est régi par le *Code des professions*, la *Loi médicale*, les règlements qui en découlent et le *Code de déontologie des médecins*. La facturation des actes médicaux est soumise à l'entente conclue entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ou le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), selon le cas.

Quels sont les avantages et les inconvénients de la pratique en solo et de la pratique en groupe ?

Dans la pratique en solo, le médecin

### AVANTAGES

DANS LA PRATIQUE EN SOLO, LE MÉDECIN :

- jouit d'une indépendance totale puisqu'il est son propre patron ;
- a une relation privilégiée avec la clientèle ;
- offre un service personnalisé ;
- travaille selon un horaire flexible ;
- peut installer son bureau à son domicile ;
- peut intégrer facilement sa conjointe ou son conjoint dans son personnel, le cas échéant.

DANS LA PRATIQUE EN GROUPE, LE MÉDECIN :

- connaît un début de pratique plus facile, car la clientèle est partagée ;
- est motivé par les pairs ;
- a de meilleures chances de réussir grâce à la mise en commun des compétences des autres associés ;
- peut offrir un large éventail de services ;
- bénéficie d'une capacité de financement accrue ;
- profite du partage des frais et des responsabilités ;
- est assuré de trouver un remplaçant, grâce au système de garde ;
- bénéficie d'une organisation rationnelle des locaux.

**INCONVÉNIENTS****DANS LA PRATIQUE EN SOLO, LE MÉDECIN :**

- connaît un début de pratique lent, car il doit établir sa clientèle ;
- vit de l'isolement professionnel ;
- a de la difficulté à trouver un remplaçant en cas de congé ou de maladie ;
- offre une gamme de services limitée ;
- dispose d'un matériel plus ou moins perfectionné ;
- a des frais d'exploitation élevés ;
- peut avoir de la difficulté à obtenir une organisation rationnelle des locaux ;
- subit une perte de revenus pendant ses vacances.

**DANS LA PRATIQUE EN GROUPE, LE MÉDECIN :**

- a une responsabilité partagée à l'égard des obligations financières du groupe (obligation de solidarité entre les associés) ;
- assume une administration plus lourde ;
- peut se trouver en désaccord avec un ou des associés ;
- est privé de revenus pendant les vacances, dans le cas d'une société de dépenses.

Si le médecin opte pour l'exercice dans une clinique médicale privée dont les propriétaires et les gestionnaires ne sont pas des médecins, il doit s'assurer, avant de signer l'entente, qu'aucune modalité ne peut restreindre son indépendance professionnelle. Le médecin doit en effet refuser tout arrangement susceptible de limiter la responsabilité de son exercice qu'il assume seul ou avec les autres médecins de son entourage professionnel. À titre d'exemple, un médecin ne pourrait se faire imposer par un gestionnaire de traiter une clientèle ciblée, disons en soins prénataux, s'il estime ne pas posséder les connaissances et les compétences requises.

**Les modes d'association et les types de société**

Le médecin exerçant en cabinet privé peut être partie à un contrat de société assujéti au *Code civil du Québec*. Dans ce contrat, il convient avec ses associés, dans un esprit de collaboration, d'exercer son activité et de contribuer au bon fonctionnement de la société par la mise en commun des biens et des connaissances, et par le partage des bénéfices pécuniaires qui résultent des activités.

Pour constituer une « société civile », il faut la conjugaison de trois éléments essentiels : l'apport et le partage des bénéfices ainsi que l'intention de former une société (*l'affectio societatis*). Dans ce cas, il y a mise en commun et partage des honoraires.

Le médecin peut aussi s'associer pour former une « société de dépenses ». Jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau *Code civil*, cette société, aussi appelée « société nominale », était la plus courante. Elle l'est toujours.

### ***La société civile : une relation intense***

La société civile présente aussi des avantages, mais ce mode d'association pose un ensemble de conditions, tels l'adhésion des partenaires à une même philosophie, une confiance étroite et mutuelle, et des besoins financiers comparables. En outre, contrairement à la société de dépenses, la société civile suppose la responsabilité mutuelle au prorata des parts déterminées dans le contrat.

Cette formule est mieux adaptée à certaines catégories professionnelles, entre autres pour les anesthésistes, les radiologistes et les urgentologues, car leurs conditions de pratique permettent de convertir la rémunération à l'acte en tarif horaire. À noter qu'un projet de règlement sur l'exercice en société dans la profession médicale est actuellement à l'étude.

Depuis juin 2001, le *Code des professions* permet que les ordres professionnels adoptent un texte réglementaire afin que les professionnels puissent exercer leurs activités au sein d'une société en nom collectif à responsabilité limitée ou d'une société par actions. Le Collège des médecins a adopté un tel règlement en juin 2003, qui doit être approuvé par le Conseil des ministres du gouvernement du Québec.

Ce règlement permettra aux médecins d'exercer au sein de ce type de personnes morales. Toutefois, ils pourront le faire dans la mesure où ils détiendront la majorité des parts sociales ou des actions avec droit de vote et qu'ils composeront majoritairement le conseil d'administration de la société.

Selon les règles adoptées par le Collège, les autres sociétaires pourraient être :

- d'autres médecins ;
- des professionnels régis par le *Code des professions* ;
- le conjoint, des parents ou alliés du médecin ou du professionnel cosociétaire ;
- des personnes morales, des fiducies ou des associations dont les droits de vote afférents aux parts ou à la société sont détenus à 100 % par les sociétaires autorisés.

Toutefois, compte tenu de l'obligation qu'ont les médecins, en vertu de leur code de déontologie, de maintenir leur indépendance professionnelle, ainsi que des lois et des règlements qui encadrent l'exercice des pharmaciens, un pharmacien ne pourra pas s'associer avec un médecin pour vendre des médicaments. Cette interdiction sera réitérée et élargie à toutes les activités professionnelles du pharmacien lorsque le règlement sur l'exercice des pharmaciens en société entrera en vigueur.

### ***La société de dépenses : une formule souple***

La société de dépenses regroupe deux professionnels ou plus qui veulent partager les dépenses liées à leur exercice professionnel tout en conservant individuellement leur clientèle et leurs revenus. Curieusement, il existe peu de textes sur la nature juridique de ce mode d'association très courant et les responsabilités qui en découlent.

Les avantages qu'offre la société de dépenses sont, entre autres : l'utilisation rationnelle des ressources humaines ; le partage des gardes ; l'assurance de trouver



des remplaçants ; l'occupation maximale des locaux ; les contacts entre associés ; une certaine liberté ; un pouvoir d'achat accru pour l'acquisition de matériel ; un début de pratique facilité ; et le respect du rythme de travail de chacun. En revanche, dans ce type de société, la concurrence est plus forte et l'esprit d'équipe moins développé que dans la société civile.

La répartition des dépenses se fait de façon égale ou inégale. Le partage égal des dépenses pénalise le médecin qui travaille moins ou à un rythme plus lent que ses associés. Lorsque la répartition des frais est inégale, elle est habituellement établie selon des critères tels que l'occupation des locaux ou le montant des honoraires perçus. Il existe aussi une troisième formule, la répartition mixte, où l'on distingue les frais fixes des frais variables. En général, les frais fixes comprennent les charges qui ne varient pas en fonction du volume d'activité, tels le loyer, le téléphone, le matériel de bureau et une partie du personnel.

Enfin, certaines associations excluent diverses dépenses du partage, dont l'achat de livres et de périodiques, les cotisations professionnelles, les frais de participation aux congrès et colloques ainsi que les coûts d'utilisation d'un véhicule. D'autres fixent une limite au partage afin de ne pas pénaliser les membres qui travaillent un plus grand nombre d'heures.

Comme on peut le constater, les types d'association sont nombreux, et aucun n'est meilleur ou pire que l'autre. Les médecins qui décident de travailler en association ont la liberté mais aussi la responsabilité de définir les ententes qui leur conviennent.

### ***Le contrat d'association***

La première étape de l'établissement du contrat d'association consiste à déterminer les modalités de l'entente. Elles doivent être suffisamment précises pour prévenir des problèmes d'interprétation et assez souples pour laisser une marge d'autonomie suffisante aux signataires. Les clauses tiennent compte des besoins individuels et sont rédigées en fonction du type de société choisi.

Le nombre de clauses dans un contrat est variable. À titre indicatif, voici la liste des clauses les plus importantes :

- l'objet du contrat et la raison sociale ;
- la durée du contrat ;
- la mise de fonds et les conditions d'association ;
- la propriété des biens meubles ;
- l'administration de la société ;
- la responsabilité professionnelle ;
- la charge de travail ;
- le partage des dépenses et des honoraires, s'il y a lieu ;
- la politique concernant les vacances et la participation aux congrès et colloques ;
- le congé sabbatique ;
- l'absence pour cause de maladie ;
- le congé de maternité ;
- la démission et les modalités de transmission ou de conservation des dossiers ;

- la dissolution de la société ;
- le décès d'un membre associé ;
- le recrutement d'un membre de la famille ;
- la période de l'exercice financier ;
- l'arbitrage.

Il est fortement recommandé de retenir les services de professionnels spécialisés en fiscalité pour la rédaction du contrat.

### **Choisir un ou des associés : une opération délicate**

Se choisir un associé ou être choisi comme associé représente toujours une situation délicate, car ce genre de décision peut avoir une incidence sur la vie professionnelle du médecin pendant une longue période.

#### ***Évaluer un groupe établi***

Un médecin qui souhaite se joindre à un groupe de pratique établi ou songe à en créer un doit entreprendre une démarche comportant deux volets :

1. préciser ses besoins, ses attentes, le type de pratique envisagé et le mode d'association souhaité ;
2. évaluer les pratiques et les groupes compatibles avec ses propres objectifs.

Lorsque vient le temps d'évaluer un groupe ou une pratique déjà établis, il est important d'examiner plusieurs éléments :

- l'administration ;
- les planifications à court et à long terme ;
- la réputation du groupe ;
- l'âge des associés et la retraite ;
- les activités professionnelles et l'organisation ;
- les obligations (horaires de travail et de garde) ;
- l'accès à la clientèle ;
- le personnel de soutien ;
- le contrat d'association.

De nombreux facteurs peuvent être la cause de l'échec d'une association. Les plus courants sont : le conjoint ou la conjointe ; l'importance et la valeur accordées au travail ; les ambitions et les besoins financiers différents des associés ; l'incompatibilité de personnalités ; les problèmes familiaux ; l'alcoolisme et les toxicomanies.

#### ***Évaluer un candidat***

Après avoir déterminé ses objectifs, la société qui souhaite recruter un associé doit procéder avec méthode afin de faire un choix judicieux. Il est essentiel de rencontrer chaque candidat, en portant une attention spéciale à son curriculum vitae et à ses références.

On ne doit pas hésiter à demander des renseignements supplémentaires sur des aspects tels que la personnalité, le comportement professionnel ou sur tout ce qui pourrait avoir des répercussions sur la vie professionnelle. Après avoir obtenu le consentement écrit du candidat, on peut demander au Collège des médecins de fournir une attestation de son statut de membre et d'autres renseignements relatifs à son dossier professionnel.

### **Les responsabilités du médecin employeur**

La *Loi sur les normes du travail* régit l'ensemble des relations de travail du médecin employeur avec ses employés. Dans le cadre de ses activités professionnelles, le médecin doit composer avec des contraintes liées à son emploi du temps et à l'application de normes de gestion. S'il veut consacrer la plus grande partie de son temps à la pratique de la médecine, il doit s'entourer d'un personnel compétent et fiable. De fait, l'efficacité passe par la délégation de pouvoirs et la répartition adéquate des tâches et des responsabilités en fonction des compétences respectives des employés.

De plus, le médecin doit répondre des actes accomplis par son personnel à titre de commettant. Il est donc important qu'il détermine le plus précisément possible les situations dans lesquelles son personnel doit lui demander d'intervenir auprès d'un patient ou de l'aviser de tout incident qui survient.

Une saine gestion du personnel repose sur la qualité des relations humaines. On obtient le rendement maximal des employés lorsqu'on les considère comme des partenaires et les traite avec respect.

### **Le recrutement du personnel**

Engager du personnel implique une mise de fonds importante. C'est pourquoi il faut choisir ses employés de façon judicieuse, en procédant par étapes. Ainsi, il faut :

- dresser une liste détaillée des tâches à accomplir dans le cabinet ;
- déterminer le nombre de personnes nécessaires pour effectuer ces tâches ;
- établir une échelle salariale qui correspond aux différents niveaux de responsabilité.

Les qualités toujours appréciables que sont le bon jugement, le discernement, le tact et la délicatesse envers la clientèle s'avèrent presque indispensables chez le personnel d'un cabinet médical.

En règle générale, on doit rechercher des personnes polyvalentes et capables de travailler sous pression. Pour simplifier le recrutement, on peut utiliser diverses ressources, entre autres : les collègues, les banques de personnel des hôpitaux, les services gratuits de placement des écoles de formation ou des Centres d'emploi et les petites annonces. Il existe également des agences spécialisées dans l'évaluation et la sélection du personnel. Ce service est toutefois coûteux, puisque les honoraires peuvent représenter jusqu'à 10 % du salaire annuel offert pour le poste recherché. Quelle que soit la méthode choisie, une entrevue et l'analyse des références fournies par le candidat demeurent les facteurs déterminants de la sélection.

### **Le contrat et l'évaluation**

Dès l'embauche d'un employé, il faut consigner par écrit, dans un cahier prévu à cet effet, les renseignements concernant cette personne, tels : la date d'obtention de la permanence, le salaire initial, les augmentations prévues et la description des tâches. Habituellement, un nouvel employé est soumis à une période d'essai de trois à six mois. Pendant cette période, l'employeur et l'employé ont le droit de mettre fin à leur entente sans préavis. Une fois la permanence acquise, il est indispensable d'évaluer de façon périodique (semestrielle ou annuelle) le rendement de l'employé et de lui donner en même temps l'occasion d'exprimer son point de vue sur son travail.

### **La résiliation du contrat de travail**

Il existe deux types particuliers de cessation du contrat de travail : le licenciement et le congédiement.

Lors d'un licenciement, un employé est mis en disponibilité parce que son poste est aboli. En revanche, un employé est congédié lorsqu'il est remercié de ses services pour des motifs graves, qui lui sont imputables.

Certes, le congédiement d'un employé est toujours un moment difficile. Au moment de la rencontre, il est souhaitable d'aller droit au but et d'exposer clairement les motifs du renvoi. Bien entendu, ces motifs doivent être fondés. La personne congédiée a droit au paiement des jours de vacances et de maladie cumulés. De plus, comme tout employeur, le médecin est tenu de remplir un formulaire de cessation d'emploi pour les besoins de l'assurance-emploi.

## **3.2.7**

### ***L'importance d'être bien informé***

L'organisation de la pratique médicale en cabinet privé nécessite des connaissances variées que devrait posséder le médecin. L'information fournie dans cette section ainsi que la consultation des ouvrages présentés dans la bibliographie peuvent l'aider à acquérir ces connaissances.

### **BIBLIOGRAPHIE**

BRIÈRE, J. « Le dossier médical informatisé », *Bulletin*, Corporation professionnelle des médecins du Québec, vol. 31, n° 1, mars 1991, p. 10-11.

*Code civil du Québec*, L.Q., 1991, c. 64.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. « La résultante des changements introduits dans le système », *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : la hiérarchisation des services médicaux*, Québec, Conseil médical du Québec, juin 1995, p. 17-26. Avis 95-03

« L'environnement de travail des médecins de famille », *Avis sur la réorganisation des services médicaux de première ligne*, Québec, Conseil médical du Québec, septembre 2001, p. 28-29. Avis 2001-05

« Les services de médecine de famille », *Avis sur la réorganisation des services médicaux de première ligne*, Québec, Conseil médical du Québec, septembre 2001, p. 20-28. Avis 2001-05.

DE BELLEFEUILLE, M. « Les modifications à la *Loi sur les normes du travail* s'appliquent-elles à vos employés ? », *L'Actualité médicale*, vol. 24, n° 15, 16 avril 2003, p. 41-42.

DU BOIS, G. C. *The Business of Medical Practice: a Canadian Handbook*, Toronto, Copp Clark Pitman, 1990, 290 p.

- FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. *Guide de la pratique médicale*, Montréal, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, janvier 1989, 1 vol. (feuilles mobiles).
- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. MD PRACTICE MANAGEMENT EDUCATION. *Gear up for start.*, Ottawa, Canadian Medical Association, 1978. P. 56-59.
- JINCHEREAU, P. « Gestion des rendez-vous », *Le Médecin du Québec*, vol. 31, n° 8, août 1996, p. 31-34.
- KORNELUK, G. « Solving scheduling problems », *Canadian Doctor*, vol. 45, n° 11, novembre 1979, p. 36-39.
- LAMONTAGNE, R. « Utilisation optimale des ressources en pratique médicale », *Le Médecin du Québec*, vol. 31, n° 8, août 1996, p. 41-43.
- LATULIPPE, L.G., et R. GAGNON. « Adieu, dinosaures de l'information ! Le courrier électronique ouvre une nouvelle ère », *Le Médecin du Québec*, vol. 31, n° 8, août 1996, p. 45-48.
- LEMIEUX, V., et autres (sous la dir. de). *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 2003, 507 p.
- LESAGE-JARJOURA, P., J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS. « Le dossier médical », *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1995, p. 285-315.
- Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes*, L.Q. 2001, c. 78, art. 6.
- MESSINGER, O.D. « Incidences juridiques de l'abandon de la pratique médicale », *Bulletin d'information*, Association canadienne de protection médicale, vol. 8, n° 2, printemps 1993, p. 1-2.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. DIRECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES. *Groupe de médecine de famille : document synthèse*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, août 2002, 18 p.
- Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des médecins*, c. M-9, r.8.01.
- SAVARD, I., et J. RODRIGUE. « L'évolution de la carrière des médecins omnipraticiens », *Le Médecin du Québec*, vol. 38, n° 2, février 2003, p. 87-103.
- SODESTRON, L., et M.C. PRÉMONT. « Le médecin entrepreneur au Québec : enjeux éthiques », *Au chevet*, n° 50, été 2000, p. 1-2. Suivi de : DIALLO, L. « Les médecins entrepreneurs au Québec », p. 4-18.
- THÉRIAULT, M., et D. CÔTÉ. « Une société qui n'en est pas une : la société nominale ou de dépenses », *La Revue du Barreau*, vol. 48, n° 3, mai-juin 1988, p. 517-559.

### 3.3

#### *La diversification de l'exercice de la médecine*

Après l'obtention du diplôme décerné par la faculté de médecine et du permis d'exercice délivré par le Collège des médecins, le médecin peut exercer sa profession dans des milieux aussi variés que les rôles qu'il peut remplir. Il lui est également possible d'avoir des activités cliniques ou non cliniques ou de partager son temps entre ces deux types d'activités professionnelles.

Comme il a été expliqué précédemment, le **médecin clinicien** exerce en établissement, entre autres dans un CH, un CHSLD ou un CLSC, en cabinet privé ou encore dans une des nouvelles structures du réseau, notamment le GMF. Il peut également exercer dans des champs de pratique non couverts par les régimes publics. Dans ce cas, le patient, un régime d'assurance privée ou un tiers assume le coût des services médicaux offerts.

Le médecin peut aussi assumer des activités et responsabilités professionnelles non cliniques. Quoique moins connues, elles sont essentielles, très variées et de plus en plus reconnues.

Ainsi, le médecin peut être un **administrateur**. Dans le secteur public, il peut occuper un poste de directeur des services professionnels ou de chef de département dans un établissement, par exemple. Dans le secteur privé, il peut être le directeur médical d'une société pharmaceutique ou d'un organisme parapublic, tel Héma-Québec.

Il peut être un **chercheur**, entre autres dans un centre de recherche universitaire, un centre de recherches cliniques ou, dans le secteur privé, pour une société pharmaceutique. Sans être le chercheur principal d'un projet de recherche, le médecin peut également participer, comme clinicien, à des projets de recherche.

Le médecin peut également faire de **l'enseignement**, soit à titre de professeur d'université, soit dans des milieux de stages. Il peut remplir ce rôle d'autres façons, notamment en donnant des conférences dans des activités scientifiques ou en participant à des activités de formation médicale continue.

Par ailleurs, certains médecins optent pour la **pratique en santé publique**. Ce sont des médecins spécialistes en santé communautaire ou des médecins omnipraticiens qui ont suivi une formation universitaire complémentaire dans le domaine de la santé publique et de l'épidémiologie. Ils exercent pour la plupart dans des CLSC, des directions de santé publique régionales, à l'Institut national de santé publique ou à la Direction de la santé publique du MSSS.

D'autres font de la **médecine d'expertise**. Ils agissent en tant qu'experts, dans le cadre de leur pratique clinique, pour un tiers appelé mandant ou sont employés par des organisations qui ont recours à l'expertise de médecins, telles la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Cette activité peut les amener à agir comme témoin expert en cour et à présenter les conclusions de leur rapport d'expertise.

Le médecin peut également agir comme **médecin-conseil** et utiliser ses compétences cliniques pour améliorer les conditions et la qualité de l'exercice de la médecine dans des organisations telles que les fédérations médicales, le Collège des médecins, les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ou le MSSS.

Le médecin peut être un **médecin évaluateur** à l'emploi de services de santé de grandes entreprises ou à titre de consultant auprès de compagnies d'assurances, par exemple. Enfin, le médecin peut avoir la compétence médico-légale requise par le Bureau du coroner pour l'investigation des causes de décès.

Dans tous les cas, le même code de déontologie et les mêmes lois et règlements encadrent et déterminent les bonnes pratiques médicales. Les plus récentes versions du *Code de déontologie des médecins* et de certains règlements incluent des articles qui précisent les obligations du médecin dans l'exercice de certaines activités professionnelles, notamment celles du médecin chercheur, du médecin expert et du médecin en santé publique.

Dès le début de leur formation, l'étudiant en médecine et le médecin résident sont soumis dans leurs activités cliniques de formation aux mêmes règles qui encadrent l'ensemble de la pratique médicale.

Cette diversification de la pratique se développe en fonction des connaissances médicales et des nouveaux besoins de la société.

## 4

### **Un acquis social à préserver**

Bien que les liens avec le système de santé soient très évidents pour les médecins qui exercent en établissement, tous les médecins doivent bien connaître l'historique, les caractéristiques et l'organisation de ce système, qui est toujours considéré comme un acquis social majeur. Qu'ils pratiquent en cabinet, sous d'autres modes, ou même en dehors du système public, les médecins ne peuvent l'ignorer.

Les médecins ont la responsabilité d'assurer les meilleurs soins possibles aux patients et à la population. Comme la majorité de ces soins est fournie dans le réseau de la santé, il est essentiel que les médecins y occupent pleinement la place qui leur revient.

Des médecins qui choisissent d'offrir des services professionnels en dehors du système public de soins doivent également tenir compte qu'ils exercent dans une société qui a placé le système public au cœur de sa politique sociale.



## Chapitre 2

### Les aspects déontologiques

#### 1

### Introduction

La déontologie médicale fait référence à l'ensemble des obligations et des devoirs liés à l'exercice de la profession médicale. En d'autres termes, le médecin a des obligations professionnelles que les autres n'ont pas, mais qu'il ne peut ignorer.

Depuis toujours, les médecins se sont imposé des devoirs personnels. Cependant, les devoirs qui leur permettent d'exercer collectivement une fonction sociale ont varié avec le temps. Pour mieux en comprendre la nature et la portée actuelle, il convient de se rappeler ce qu'est une profession. Aujourd'hui, pour promouvoir la santé, tous les médecins doivent posséder une expertise et la mettre au service des autres. Afin qu'ils puissent le faire en toute liberté, on leur accorde le droit de s'autoréguler.

Pour protéger leur indépendance professionnelle, les médecins ont besoin de regroupements qui favorisent non seulement l'expertise, mais le développement des qualités personnelles qui ont contribué à faire de la médecine une profession empreinte d'humanité. Des « vertus » telles que la loyauté, l'intégrité, le désintéressement et le respect de chaque personne, associées depuis longtemps à la profession médicale, sont plus que jamais nécessaires. Plusieurs préfèrent d'ailleurs parler de professionnalisme plutôt que de déontologie médicale<sup>1</sup>.

Il est incontestable que la déontologie médicale occupe une place importante au Québec. À défaut de justifier cet état de fait sur le plan théorique, le présent chapitre expose les raisons historiques qui l'expliqueraient. Depuis la création du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, il y a plus de 150 ans, tous les médecins québécois sont obligés d'être membres de cette corporation. Au fil des ans, le Collège a instauré plusieurs mécanismes qui permettent d'assurer la compétence de ses membres et de surveiller de plus en plus efficacement leurs activités professionnelles.

Le *Code de déontologie des médecins du Québec* n'est pas étranger au succès de ces interventions. Il a toujours eu force de loi au Québec et, contrairement à la majorité des autres codes de déontologie, il a même été conçu pour être utilisé à des fins disciplinaires. De fait, les médecins y ont inclus progressivement, et ce pour pouvoir les sanctionner, les actes qui ne remplissent pas les attentes que la population a maintenant envers tous les professionnels : ils doivent être compétents, servir les autres et se discipliner. Ce chapitre montre que, de révision en révision, le *Code* définit de façon toujours plus précise les obligations des médecins envers les patients, la collectivité et la profession. Des règlements y ont été régulièrement ajoutés, afin d'aider les médecins à faire face à des situations nouvelles.

---

1. Comme en fait foi le texte des D<sup>rs</sup> Sylvia et Richard Cruess, à l'Annexe II, il existe présentement tout un courant en faveur du professionnalisme médical.

Bien que la structure et les fonctions du Collège remontent à une époque où les professions étaient mal connues, elles sont conformes aux mandats qui ont été depuis confiés aux ordres professionnels : vérifier la compétence des membres et leur aptitude à exercer ; maintenir leur compétence et surveiller leur exercice ; étudier les plaintes les concernant et y donner suite. La prise en charge du système de santé par l'État et les transformations profondes qui l'ont marqué n'ont pas signifié la fin de l'autonomie professionnelle des médecins au Québec. Au contraire, on verra que le système professionnel est considéré comme une partie essentielle du système de santé, et que le Collège est demeuré le principal garant de la qualité des soins.

La dernière section du chapitre explique pourquoi les médecins ont dû créer d'autres regroupements pour pouvoir défendre leurs intérêts. Au sein du Collège, les médecins veillent à l'évolution des obligations qui leur permettent de poursuivre leur mission sociale : pratiquer une médecine de qualité non seulement pour protéger le public, mais pour contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois.

## 2

### **Le contexte historique et légal au Québec**

La déontologie médicale a toujours occupé une place importante au Québec. La publication récente de l'histoire du Collège des médecins (Goulet, 1997), qui en révèle les raisons historiques, donne à penser qu'elle y remplira encore un rôle essentiel. Certes, le législateur a reconnu l'importance du système professionnel dans notre société, mais il s'avère que la profession médicale demeure le pivot de l'évolution de ce système dans le secteur de la santé, au Québec.

#### 2.1

##### *Le contexte historique*

La pratique de la médecine et de la chirurgie n'a été encadrée qu'à partir de 1788, alors qu'une ordonnance interdit à toute personne d'exercer la médecine au Québec sans en avoir obtenu la permission. En 1831, l'Assemblée législative abroge cette ordonnance à la suite de querelles portant sur la faible représentation des médecins francophones au sein du Bureau des examinateurs. Elle adopte une loi qui autorise les praticiens à élire les membres de ce bureau. La recherche d'une certaine autonomie professionnelle pour les médecins, menée conjointement pendant quelque temps, est entravée par des querelles qui éclatent au sujet de la création d'un organisme pancanadien. En 1847, l'Assemblée législative vote l'incorporation du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada.

Le législateur confie à cet organisme le pouvoir de réglementer les études, de contrôler l'admission à l'exercice, de surveiller la pratique médicale et de réprimer l'exercice illégal de la médecine. Il lui accorde donc, implicitement, le double mandat de protéger le public et de contrôler l'exercice de la médecine. Le Collège compte alors 190 membres. « Tout de même, en 1847, la Grande Charte crée un précédent en Amérique du Nord, puisque aucune autre association de médecins ne possède alors le statut juridique de corporation autonome à pratique exclusive » (Goulet, 1997, p. 30). La lente structuration de la profession médicale peut donc se poursuivre au Québec.

L'année de la Confédération, le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada prend le nom de Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec (CMCPQ). D'abord menacé par la création, en 1867, de l'Association médicale canadienne, qui prône des structures pancanadiennes pour contrôler la formation des médecins, le rôle du Collège se trouve renforcé par l'adoption, en 1876, d'une loi qui lui confère plus de pouvoirs dans les universités et oblige les médecins à s'inscrire sur son registre. Le ton est donné. Pendant près de cent ans, le CMCPQ sera le pivot de toutes les questions de nature légale et éthique concernant la profession médicale (Goulet, 1997, p. 53).

Ayant acquis une nouvelle vitalité, la profession médicale se restructure et adopte, en 1878, le code de déontologie de l'Association médicale canadienne, qui est semblable à celui de l'American Medical Association. Mais ce type de code ne permet pas véritablement de sanctionner les membres contrevenants. Aussi, la création d'un

conseil de discipline par le D<sup>r</sup> Emmanuel Persillier-Lachapelle, en 1898, constitue une étape importante (Goulet, 1997, p. 57). De fait, ce n'est pas tant l'adoption du code en 1878, mais l'attribution d'un pouvoir quasi légal à ce conseil qui déterminera la suite des choses. En effet, le conseil sent vite le besoin de préciser quels sont ceux, parmi les actes dérogatoires à l'honneur professionnel, qui doivent être sanctionnés. « La création au sein de la corporation professionnelle d'un conseil de discipline pourvu de pouvoirs judiciaires constitue un précédent non seulement en Amérique, mais dans la plupart des pays européens » (Goulet, 1997, p. 80). De multiples amendements viendront renforcer ce pouvoir de sanction, si bien qu'un véritable code a été reconstruit autour de la spécification des actes dérogatoires. Le code de déontologie utilisé par les médecins du Québec jusqu'en 1980 est en fait l'article 52 des *Lois et règlements concernant l'exercice de la médecine*, qui a été adopté en 1952 et modifié plusieurs fois afin d'inclure les actes dérogatoires à l'honneur et à la dignité de la profession.

Au cours de la période de 1909 à 1960, la médecine progresse et la profession médicale gagne de la crédibilité, des pouvoirs et de l'autonomie. Le Collège renforce son rôle de protecteur du public et consolide sa fonction de seul représentant légitime de la profession. Une loi adoptée en 1909 accroît son autorité dans les universités et accorde à son conseil de discipline le pouvoir de dresser la liste des actes dérogatoires. Non seulement la lutte contre le charlatanisme peut se poursuivre, mais le Collège s'engage activement dans le développement de la profession. C'est la période dite de « la modernité professionnelle ».

À partir des années 1970, c'est plutôt l'État qui élargit son rôle dans le domaine de la santé, affaiblissant d'autant celui de la profession médicale et forçant le Collège à réviser ses orientations et son organisation. Après la création de l'assurance-hospitalisation, en 1960, l'influence du Collège auprès des médecins exerçant en milieu hospitalier se trouve diminuée. Lorsque la commission Castonguay-Nepveu propose d'instaurer un système complet d'assurance-maladie, en 1970, les médecins se sont dirigés vers des syndicats médicaux pour s'y opposer. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) avait été créée en 1963 et celle des médecins spécialistes (FMSQ) en 1965. La crise que connaît le milieu de la santé est pourtant salutaire. Malgré une intrusion de l'État dans le domaine de la santé, le Code des professions et la Loi médicale, adoptés en 1973, reconnaissent l'autonomie des médecins et confirment les rôles dévolus au Collège depuis sa création : le contrôle de la pratique médicale et la protection de la population.

Depuis cette période agitée, le Collège veille à se doter de mécanismes lui permettant d'exercer plus efficacement ces fonctions. Le contrôle de la formation et la délivrance des permis ont été mis en œuvre avec la collaboration des autres instances canadiennes, tandis que la déontologie médicale québécoise a poursuivi son développement, plutôt particulier. Ainsi, les directions du Collège privilégient une approche positive : favoriser la transparence dans le traitement des plaintes ; compter sur des actions préventives plutôt que correctrices pour améliorer l'exercice ; et développer un esprit d'ouverture dans l'ensemble des interventions. D'ailleurs, le Collège a choisi pour devise de promouvoir une médecine de qualité non seulement pour protéger la population du Québec mais également pour contribuer à l'amélioration de sa santé.

Cette ligne de conduite pose des défis considérables, étant donné les progrès fulgurants de la médecine, la diversification constante de la pratique médicale et l'évolution des mentalités, sans oublier l'évolution récente du système de santé. Les problèmes sont tels que les médecins doivent participer à leur résolution, mais il reste à préciser quelle forme prendra cette participation.

En 1998, le Collège crée la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000. À l'aube du troisième millénaire, le médecin doit être à la fois « un clinicien scientifique et efficace, un professionnel humaniste, un apprenant, un communicateur, un collaborateur, un gestionnaire, un leader, un chercheur et un enseignant » (CMQ, 2000, p. 33). L'actualisation des recommandations de cette commission n'est toutefois pas évidente. Elle implique une démarche continue qui repose aussi bien sur les activités traditionnelles du Collège – des activités de surveillance – que sur un exercice de réflexion critique, qui permet de faire évoluer les normes appliquées.

Ces dernières années, toutes les instances du Collège se sont assurées, par exemple, que son code de déontologie puisse toujours fournir aux médecins québécois les repères nécessaires à une bonne pratique. En 2002, le *Code* a subi une révision en profondeur qui tient compte d'activités professionnelles et de réalités relativement nouvelles, entre autres : la recherche clinique ; la médecine d'expertise ; le suivi dans un contexte de pénurie ; les responsabilités envers les collectivités ; les conflits d'intérêts ; et la transparence dans la divulgation des incidents de soins. Plusieurs instances travaillent aussi à redéfinir la place de la profession médicale dans le système professionnel. Le Collège a contribué à l'élaboration d'une nouvelle loi concernant le système professionnel québécois. Adoptée en 2002, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (projet de loi n° 90) favorise la multidisciplinarité et modernise l'organisation professionnelle.

## 2.2

### *Le contexte légal*

L'exercice professionnel des médecins s'inscrit dans un système professionnel dont le cadre légal, imposé il y a plus de 30 ans, est en pleine évolution.

### 2.2.1

#### *Le Code des professions*

Sanctionné en 1973 et modifié à plusieurs reprises, le *Code des professions* constitue la loi-cadre qui régit l'ensemble des professions officiellement reconnues au Québec. Il établit clairement que chaque ordre a pour fonction principale d'assurer la protection du public et qu'à cette fin il doit surveiller l'exercice de la profession par ses membres. En outre, il définit les critères de constitution d'un ordre professionnel, qui sont :

- les connaissances requises pour exercer ;
- le degré d'autonomie nécessaire à l'exercice professionnel ;
- le caractère personnel des rapports avec les personnes requérant des services ;
- la gravité du préjudice ou des dommages subis pour des raisons d'incompétence ou de manque d'intégrité ;
- la confidentialité des renseignements obtenus.

Le *Code des professions* distingue deux catégories de profession : les professions d'exercice exclusif et les professions à titre réservé.

### **Encadré II-2.1** **Deux catégories de profession**

#### **À titre exclusif**

Les professions d'exercice exclusif réservent de façon exclusive à leurs membres le droit d'exercer certaines activités professionnelles et de porter le titre qui y est rattaché, par exemple médecin, infirmière, architecte ou comptable agréé.

#### **À titre réservé**

Les professions à titre réservé ne donnent habituellement à leurs membres que le droit d'utiliser un titre, par exemple psychologue ou travailleur social, car les activités de leur profession ne leur sont pas exclusivement réservées.

Toutefois, depuis l'adoption du projet de loi n° 90, en juin 2002, et l'entrée en vigueur de la loi, six mois plus tard, certaines professions à titre réservé ont obtenu le droit d'exercer des activités considérées comme susceptibles de causer des préjudices et réservées jusque-là aux professions d'exercice exclusif. Dans le domaine de la santé, ce sont les professions d'inhalothérapeute, d'infirmier et d'infirmière auxiliaire, de technologiste médical, de diététiste ou nutritionniste, d'orthophoniste ou audiologiste, de physiothérapeute et d'ergothérapeute.

Le *Code des professions* comporte des dispositions communes à tous les ordres qui ont trait à la délivrance des permis et à la reconnaissance de la formation ou des diplômes requis. Il interdit de « refuser de délivrer un permis ou un certificat de spécialiste ou d'accorder une autorisation spéciale pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de religion, d'ascendance nationale ou d'origine sociale ». Il prescrit l'inscription au tableau et en définit les motifs de radiation temporaire ou permanente. Il détermine également les cas où le Bureau d'un ordre peut obliger un membre à subir un examen médical afin de vérifier si son état physique ou psychique est compatible avec l'exercice de sa profession. En ce qui concerne l'admission à l'exercice, des modifications législatives permettent désormais de refuser une personne qui fait l'objet de décisions en matière criminelle ou disciplinaire, et imposent le recours au processus disciplinaire pour les comportements de nature sexuelle. Le *Code des professions* prévoit aussi l'immunité pour les médecins qui sont chargés d'effectuer des enquêtes et pour les médecins ou les experts qui témoignent devant le Comité de discipline ou le Tribunal des professions.

Pour encadrer et coordonner les activités des ordres professionnels, actuellement au nombre de 44, le *Code* a prévu deux instances : l'Office des professions et le Conseil interprofessionnel.

### **L'Office des professions**

Composé de cinq membres, l'Office des professions du Québec (OPQ) est un organisme qui a pour fonction de veiller à ce que chaque ordre assure la protection du public. D'une manière plus précise, l'OPQ doit voir, notamment, à ce que chaque ordre :

- adopte un code de déontologie ;
- possède un comité d'inspection professionnelle fonctionnel ;
- établit des règles concernant, entre autres, la gestion et la cession des dossiers, la conservation des médicaments, l'utilisation des appareils, la gestion des bureaux, etc. ;
- réglemente la procédure des élections au Bureau, à la présidence, etc. ;
- détermine les normes d'équivalence des diplômes délivrés par des établissements d'enseignement non québécois ;
- définit les actes qui peuvent être accomplis par d'autres professionnels ;
- possède un comité de discipline.

Le financement de l'OPQ se fait au moyen des cotisations obligatoires versées annuellement par les membres de chaque ordre professionnel.

### Le Conseil interprofessionnel

Le Conseil interprofessionnel regroupe tous les ordres régis par le *Code des professions*. Il a pour fonction d'étudier les problèmes généraux auxquels les ordres font face ; de faire les recommandations qu'il juge appropriées ; de favoriser les rencontres entre les divers groupes professionnels ; d'entendre les regroupements qui souhaitent obtenir la reconnaissance professionnelle ; et de donner son avis à cet égard.

## 2.2.2

### *La Loi médicale*

Modifiée à plusieurs reprises, la *Loi médicale* :

- définit l'exercice de la médecine ;
- établit les exigences relatives à l'immatriculation et à l'obtention subséquente du permis d'exercice ;
- détermine la structure organisationnelle du Collège des médecins du Québec.

#### Encadré II-2.2

##### Définition de l'exercice de la médecine

---

Selon l'article 31 de la *Loi médicale*, « l'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir ».

---

Dans la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (projet de loi n° 90), les activités qui sont au cœur de la médecine demeurent intactes. Le législateur confirme l'exercice exclusif des médecins, entre autres pour diagnostiquer les maladies, déterminer le plan de traitement et utiliser des techniques, des interventions ou des traitements présentant des risques de préjudice.

Cependant, il permet que des activités puissent être **partagées** avec d'autres professionnels. Ainsi, les infirmières et les infirmiers, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes peuvent, à certaines conditions, décider de l'utilisation des mesures

de contention, les pharmaciens, prescrire la contraception orale d'urgence, et les infirmières et les infirmiers utiliser des techniques effractives (invasives) qui ne présentent pas de risques de préjudice. Dans l'ensemble, ces activités ont été décrites en termes généraux, afin de favoriser l'autonomie professionnelle ainsi que l'évolution des pratiques, de la technologie et des techniques.

Le « protocole » et la « surveillance médicale », établis auparavant comme conditions d'exercice, ont été évacués du système professionnel. Il incombe désormais à chaque milieu de pratique de décider si l'exercice d'une activité est lié ou non au respect de certaines conditions, telles l'ordonnance individuelle ou collective, l'attestation de la formation ou l'application d'une loi, entre autres la *Loi sur la santé publique*. Le législateur a également prévu une zone commune d'activités réservées aux 11 professions de la santé visées par la réforme. Par exemple, chaque professionnel peut, dans le respect de son champ d'exercice et de sa discipline, participer à des activités d'information, de promotion de la santé ainsi que de prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux.

### Encadré II-2.3

#### Les activités réservées au médecin

Les activités réservées au médecin en exclusivité ou partagées avec d'autres professionnels de la santé sont :

- diagnostiquer les maladies ;
- prescrire des examens diagnostiques ;
- utiliser les techniques invasives ou présentant des risques de préjudice ;
- déterminer le traitement médical ;
- prescrire les médicaments et les autres substances ;
- prescrire les traitements ;
- utiliser les techniques ou appliquer les traitements invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques ;
- exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques ;
- effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements ;
- décider de l'utilisation des mesures de contention.

## 2.2.3

### *Le permis d'exercice*

En vertu du *Code des professions* et de la *Loi médicale*, le droit d'exercer la médecine est réservé uniquement à la personne qui a obtenu le permis d'exercice au Québec.

#### **Le permis régulier**

Le permis d'exercice régulier est délivré à la fin de la formation d'un résident qui a effectué tous les stages requis à la satisfaction des facultés de médecine et du Collège, et a réussi aux examens. En médecine de famille, ce permis est accordé, depuis 1988, après deux ans de formation et la réussite de l'examen de cette discipline.

Pour les spécialités, le permis régulier est attribué aux médecins résidents qui réussissent à l'examen de certification de leur spécialité après avoir terminé leur formation, dont la



durée est de cinq à six ans. Certains examens en spécialité intègrent les examens de certification du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. L'examen du Collège des médecins de famille du Canada de même qu'une portion de l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada font partie de l'examen menant à la délivrance du permis d'exercer la médecine de famille par le Collège des médecins du Québec. En outre, l'examen portant sur les aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO-Québec) est une composante de l'examen obligatoire autant pour les résidents en médecine de famille que pour les résidents en spécialité.

### **Le permis restrictif**

Le Bureau du Collège peut également accorder, à sa discrétion, un permis restrictif à des médecins qui ne sont pas admissibles au permis régulier. Ce permis est délivré pour un an et peut être renouvelé. Il est attribué soit à des médecins recrutés à titre de professeur par une faculté de médecine, soit à des médecins cliniciens recrutés pour satisfaire des besoins particuliers lorsque la protection du public le justifie, selon l'estimation du Collège.

Ce type de permis détermine la nature des actes professionnels qui peuvent être posés de même que le ou les établissements où ils peuvent être accomplis.

## **2.2.4**

### *L'immatriculation*

Tous les étudiants et résidents inscrits dans les facultés de médecine du Québec doivent être immatriculés au Collège des médecins. L'immatriculation leur permet d'effectuer, sous surveillance dans les milieux de formation, des actes médicaux habituellement réservés aux médecins. Cependant, l'étudiant et le résident immatriculés doivent se conformer aux exigences du *Code de déontologie des médecins* et des autres règlements pertinents. Le certificat d'immatriculation assure l'étudiant et le résident que la formation qu'ils reçoivent sera reconnue valide pour l'obtention du permis d'exercice.

## **2.2.5**

### *La carte de stages*

Les résidents immatriculés au Collège des médecins qui sont inscrits à un programme de formation postdoctorale dans une faculté de médecine du Québec doivent posséder une carte de stages. Cette carte leur permet alors d'accomplir des actes médicaux sous surveillance médicale et d'assumer progressivement des responsabilités, selon leur niveau de compétence et dans des milieux autorisés par le Collège. Elle est également obligatoire pour les moniteurs cliniques (titulaires d'un *fellowship*) qui viennent effectuer des stages de perfectionnement au Québec. Ces médecins sont assujettis aux mêmes règles que les résidents québécois.

### **BIBLIOGRAPHIE**

- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1998, 277 p.
- GOULET, D. *Histoire du Collège des médecins du Québec*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997, 263 p.

### 3

## Les devoirs et les obligations des médecins

### 3.1

#### *Le Code de déontologie des médecins du Québec*

Le *Code de déontologie des médecins du Québec* est un ensemble de règles, de principes et d'usages que tout médecin doit observer et dont la transgression peut être sanctionnée par des mesures disciplinaires. À la suite de la révision en profondeur de ce document, une nouvelle version entraine en vigueur le 7 novembre 2002 (voir annexe I). Il sera donc question dans ce chapitre de l'esprit du code, des grands thèmes qui y sont abordés et de certains articles touchant des problèmes actuels.

Le *Code de déontologie* régit l'exercice quotidien de la médecine tant dans le secteur privé que dans le secteur public. Loin de soustraire le médecin à la réflexion qu'il doit faire lui-même, le *Code* vise plutôt à favoriser cette réflexion en précisant les responsabilités et les devoirs qui sont actuellement considérés par les membres de la profession comme essentiels à une bonne pratique de la médecine.

Le nouveau code tient compte des dispositions pertinentes d'autres lois en vigueur au Québec, notamment le *Code des professions*, la *Loi sur la protection de la jeunesse* et la *Loi sur la protection de la santé publique*. Il fait également écho aux récents débats sur la bioéthique, entre autres dans le domaine de la recherche médicale. Il définit les devoirs généraux des médecins et ceux qu'ils ont envers le patient, la population et la profession. Par ailleurs, comme la relation entre le médecin et le patient est fondée sur la compétence et la confiance mutuelle, le *Code* reconnaît que le savoir-faire doit se traduire par un « savoir-être ». En outre, il accentue l'affirmation des droits des personnes qui interagissent avec les médecins.

Le *Code de déontologie des médecins* comprend 125 articles. Les premiers établissent la portée universelle de ce document, et les autres énoncent les devoirs généraux du médecin ainsi que ses obligations professionnelles, qui sont groupées par thèmes.

D'entrée de jeu, le *Code* précise qu'il s'adresse à « tout » membre du Collège (art. 1), et que « le médecin ne peut se soustraire, même indirectement » aux obligations définies dans ce document (art. 2). L'énoncé du caractère universel de ces règles vise à éviter toute distinction entre les médecins quant à leurs obligations : dès qu'ils sont inscrits au tableau de l'ordre, les médecins ont les mêmes obligations peu importe leurs activités professionnelles. Qu'il soit résident ou directeur des services professionnels dans un établissement, membre du personnel d'une entreprise, d'une faculté de médecine, du Programme d'aide aux médecins, d'une fédération médicale ou du Collège des médecins, ou encore qu'il exerce en santé publique ou en recherche clinique, chaque médecin est assujéti au *Code*.

### 3.1.1

#### *Les devoirs généraux*

De tous les devoirs généraux qui lui incombent dans l'exercice de ses fonctions médicales, le médecin a l'obligation première de protéger la santé et le bien-être des personnes qu'il sert, tant sur le plan individuel que sur le plan collectif. En outre, il doit :

- avoir une conduite irréprochable envers toute personne avec laquelle il entre en relation dans le cadre de ses activités professionnelles ;
- favoriser les mesures d'éducation et d'information dans le domaine où il exerce et, ce faisant, informer la population des opinions généralement admises en médecine sur un sujet ;
- maintenir la compétence qu'il a acquise par des études et durant sa résidence, en participant à des activités de formation permanente et de perfectionnement pour se tenir au courant des innovations scientifiques et techniques ainsi que des nouveaux modes d'exercice. De fait, la crédibilité de la médecine serait gravement compromise si la population ne pouvait compter sur des professionnels compétents, qui connaissent leurs limites et respectent les normes scientifiques et éthiques en s'astreignant à une démarche diagnostique rigoureuse afin de prescrire uniquement ce qui est médicalement requis.

Au regard de la mission qui lui est confiée et du privilège d'exercer sa profession, le médecin est personnellement responsable de ses actes. En corollaire, il doit en tout temps préserver son indépendance professionnelle et veiller aux intérêts des patients, en évitant d'être influencé par des considérations personnelles ou matérielles ou par des liens avec des organismes payeurs et des partenaires industriels. Cette responsabilité incombe également aux personnes et aux collaborateurs qui travaillent sous son autorité. Elle est partagée partiellement dans les situations de pratique en groupe ou en réseau.

Dans le contexte actuel, le médecin doit participer activement à l'organisation des soins, savoir mettre à profit les moyens dont il dispose et faire équipe avec tous les professionnels de la santé. À cette fin, le *Code* souligne que le médecin doit utiliser judicieusement les ressources consacrées aux soins de santé (art. 12). Cette nouvelle disposition fait référence à deux attributs du médecin : sa compétence et sa conscience sociale.

En conformité avec l'article 13, qui énonce que « le médecin doit s'abstenir de participer à une action concertée de nature à mettre en danger la santé ou la sécurité d'une clientèle ou d'une population », il appartient au médecin d'évaluer le contexte de pratique et de déterminer si l'action proposée a des conséquences graves pour ses patients ou la population. Le cas échéant, le médecin doit s'abstenir d'y participer. L'objet de cette nouvelle disposition n'est pas de priver les médecins d'un pouvoir de négociation, mais d'éviter une interruption complète des services et d'assurer les services essentiels requis. De plus, l'interprétation et l'application de cet article doivent tenir compte de l'article 41 : « Le médecin doit collaborer avec ses confrères au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle ou une population doit avoir accès. » Cela illustre bien que les

articles du *Code* ne sont pas mutuellement exclusifs, mais qu'ils doivent être lus les uns par rapport aux autres.

La pratique de la médecine est exigeante. Aussi, le médecin ne doit pas risquer de compromettre la qualité de son exercice ou la dignité de la profession par l'usage immodéré de substances psychotropes ou de toute autre substance, incluant l'alcool, qui produit des effets analogues, ou en exerçant dans des circonstances ou des états incompatibles avec l'exercice de la médecine (art. 16 et 43).

### 3.1.2

#### *La qualité de la relation professionnelle*

Le *Code* insiste sur l'importance du respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Comme la notion de respect touche à de multiples aspects de la pratique médicale, elle est traitée tout au long du *Code*. Une de ces manifestations les plus importantes est le secret professionnel, dont la protection est un élément fondamental de l'exercice médical. En effet, le patient doit pouvoir confier les aspects les plus intimes de sa vie, ou le médecin obtenir ce genre de renseignements — l'accès à cette information étant indispensable à la qualité des soins —, pourvu que l'un et l'autre sachent que rien ne filtrera de leur entretien. C'est un secret partagé d'abord — et naturellement — entre le patient et le médecin, puis — en cas de nécessité et discrètement — avec d'autres soignants qui collaborent avec le médecin au diagnostic ou au traitement, ou avec d'autres intervenants « [...] lorsqu'il y a une raison impérieuse et juste ayant trait à la santé ou à la sécurité du patient ou de son entourage » (art. 20). Il est obligatoire d'obtenir le consentement écrit du patient avant de communiquer des renseignements confidentiels, sauf dans des cas bien particuliers. Le *Code* décrit la façon dont doit se faire la communication (art. 21).

La connaissance qu'a le médecin de certains problèmes rend le patient dépendant de lui. Aussi, le médecin doit absolument éviter d'exploiter cette situation afin d'en tirer des avantages personnels de nature pécuniaire ou autre. Tout abus de cette relation, particulièrement d'ordre amoureux ou sexuel, est condamné par le *Code de déontologie*.

Le médecin doit exercer sans discrimination. « Il ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons liées, entre autres, à la nature de la déficience ou de la maladie, à la race, au sexe, à la religion ou à la condition sociale » (art. 23). Cependant, s'il juge que c'est dans l'intérêt du patient, il peut diriger celui-ci vers un autre médecin.

### 3.1.3

#### *La liberté de choix et le consentement*

Le principe de liberté constitue le fondement de l'exercice « libéral » de la médecine et la base du contrat de prestation de soins. Ce principe s'applique d'abord au patient : il est libre de choisir son médecin ainsi que d'accepter ou de refuser ce que lui propose le praticien. C'est ce qu'on appelle le consentement libre et éclairé, qui s'appuie sur une information claire et appropriée. Le consentement du patient n'autorise pas pour autant le praticien à poser des actes non requis médicalement. L'obligation d'informer

le patient est au nombre des devoirs qui incombent toujours aux médecins et elle est prévue par la loi. Celle-ci prévoit même certaines modalités dans des cas particuliers. Par exemple, le médecin qui demande à des patients de participer à des projets de recherche doit obtenir, par écrit, leur consentement libre et éclairé.

### 3.1.4

#### *La prise en charge et le suivi*

L'obligation de disponibilité et de diligence comporte pour le médecin le devoir d'effectuer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins qu'il s'assure qu'un confrère ou un autre professionnel peut le faire à sa place. Dans les cliniques sans rendez-vous, les pratiques en groupe qui ont recours à de nombreux consultants ou les milieux de pratique incluant des résidents, le médecin qui est dans l'impossibilité de faire le suivi de chaque patient pour lequel une investigation ou un traitement est en cours doit s'assurer qu'un collègue le fera à sa place.

Il incombe également au médecin qui met fin à sa pratique dans une clinique d'établir la liste de tous les patients qui requièrent un suivi régulier pour divers problèmes de santé, d'informer sa clientèle de son départ en lui donnant un préavis dans un délai raisonnable et, enfin, de voir à ce qu'un collègue accepte d'assurer le suivi de ses patients, à l'exception de ceux qui auraient choisi un autre médecin.

Dans des cas exceptionnels, telle la maladie, il peut arriver qu'un médecin exerçant au sein d'un groupe doive cesser précipitamment ses activités professionnelles dans une clinique. Si ce médecin ne peut lui-même assurer le suivi de sa clientèle, les autres médecins du groupe doivent assumer cette responsabilité, au moins jusqu'à ce qu'un médecin prenne en charge cette clientèle.

### 3.1.5

#### *La qualité d'exercice*

Dans la mesure de ses capacités et des moyens dont il dispose, le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales les plus élevées et dans l'intérêt de son patient. Ces deux obligations impliquent de plus en plus de transparence dans la relation entre le médecin et le patient.

La divulgation « de tout incident, accident ou complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur l'état de santé du patient ou son intégrité physique » (art. 56) participe de ce souci de transparence, du droit du patient à l'information, du respect du consentement et de l'absolue nécessité d'une confiance mutuelle dans la relation thérapeutique. Cet article vise particulièrement les accidents médicaux évitables et préconise l'amélioration des soins et des services dans leur ensemble et non les mesures disciplinaires. L'obligation d'informer incombe au médecin responsable, habituellement le médecin traitant, mais ce pourrait être le spécialiste qui rencontre une complication imprévisible au moment où il effectue une technique. Lorsqu'il y a incertitude quant à la personne qui doit divulguer la situation, l'équipe traitante peut en discuter pour désigner cette personne. Le médecin doit présenter l'information au patient ou à son représentant légal avec empathie, sans porter de jugement. Il a l'obligation de se faire comprendre et de s'assurer qu'il a été

compris. La divulgation par le médecin devrait permettre : d'instaurer un climat de franchise empreint d'empathie ; de recentrer, comme il se doit, la relation sur le patient ; d'améliorer la qualité de la pratique de la médecine ; de maintenir ou de rétablir la confiance de la population par une pratique transparente.

### 3.1.6

#### *Indépendance, désintéressement et intégrité*

Il est essentiel que la population en général ne doute pas de l'intégrité des médecins et que le patient puisse être assuré de la loyauté de son médecin, c'est-à-dire que celui-ci ne se laisse pas détourner ou distraire de ses obligations par des considérations autres que les intérêts de son patient, sans pour autant tomber dans la complaisance. Cependant, l'indépendance professionnelle des médecins est de plus en plus mise à l'épreuve, ce qui oblige les médecins à être particulièrement vigilants.

Le médecin traitant doit éviter, par exemple, d'agir en tant qu'expert dans une cause qui concerne son patient. En effet, son indépendance pourrait être contestée, et son rôle d'expert est difficilement compatible avec la relation médecin-patient. Généralement, le médecin traitant peut, à ce titre, communiquer ses constatations de façon factuelle, dans un rapport ou par son témoignage, et exprimer son opinion sur l'état de son patient et l'évolution de sa santé.

Le médecin ne devrait pas accepter d'agir comme médecin expert ou évaluateur s'il doute d'être absolument impartial. Le rôle d'un médecin expert ou évaluateur doit être axé sur : la recherche des faits ; la validation des allégations du patient ; la qualité des examens, et l'interprétation des résultats. Pour remplir de telles fonctions, le médecin doit s'abstenir d'obtenir toute information de la personne soumise à l'expertise ou à l'évaluation, ou de lui faire toute interprétation ou commentaire non pertinent à l'objet pour lequel il est mandaté. L'opinion du médecin expert ou évaluateur doit être factuelle, objectivée et fondée sur des principes scientifiques généralement reconnus. Des précautions similaires doivent être prises concernant l'organisation d'activités médicales continues ou la participation à des activités de recherche ou à des activités commerciales.

### 3.1.7

#### *Dossiers et honoraires*

En ce qui a trait à l'accessibilité et à la rectification des dossiers, qui sont traités aux articles 94 à 102 inclusivement, le patient a le droit de prendre connaissance des documents qui le concernent et d'en obtenir une copie sauf si, de l'avis du professionnel, la transmission de ces documents peut causer un préjudice grave au patient ou à un tiers. Le patient a également le droit de faire corriger dans ces documents des renseignements inexacts, incomplets ou équivoques au regard des fins pour lesquelles ils sont recueillis, ou encore de faire supprimer tout renseignement périmé ou non justifié par l'objet du dossier.

Le *Code de déontologie* prévoit que le médecin doit demander des honoraires justes et raisonnables. Les honoraires sont justes et raisonnables s'ils sont justifiés par les circonstances et proportionnels aux services rendus. Le médecin doit informer son

patient du coût approximatif et prévisible de ses services. Il doit lui fournir les explications nécessaires pour qu'il comprenne bien le compte d'honoraires. Si le médecin exige le paiement d'une avance pour des services non couverts, celle-ci doit servir uniquement à payer les frais liés à la prestation de ces services. Dans le cas d'un différend entre le patient et le médecin concernant le montant d'un compte pour des services professionnels, le patient peut soumettre son cas à l'attention du syndic, qui déterminera s'il y a infraction au *Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des médecins*.

### 3.1.8

#### *Relations entre professionnels et relations avec le Collège*

La confraternité comporte des exigences sur le plan des relations avec les confrères et les autres professionnels. Le dénigrement ou le harcèlement, entre autres, ne devraient se manifester sous aucune forme. Le médecin traitant doit fournir au médecin consultant tous les renseignements qu'il possède et qui sont pertinents à l'examen, à l'investigation et au traitement. De son côté, le médecin consultant doit répondre, par écrit et avec diligence, à la question qui lui est posée, en faisant état des résultats de sa consultation et des recommandations qu'il juge appropriées. De plus, dans les situations d'urgence, le médecin a l'obligation d'assister un confrère qui demande son aide.

En outre, le médecin doit collaborer avec le Collège et ne pas entraver, intimider ou dénigrer ses représentants dans l'exécution de leur mandat de protection du public. Ainsi, il doit se rendre au bureau du syndic, lorsque sa présence y est requise. Le Code oblige le médecin à informer le syndic de tout acte dérogatoire commis, à sa connaissance, par toute personne autorisée à exercer la médecine. Il doit également signaler au Collège toute personne inapte à l'exercice, incompétente ou malhonnête.

La protection du public commande le plus grand respect de la lettre et de l'esprit du *Code de déontologie* dans la vie quotidienne de chaque médecin. De cette préoccupation constante dépendent en retour le respect et la confiance de la population envers la profession en général. Même si certaines règles peuvent paraître imprécises, difficiles à appliquer ou trop exigeantes, notamment les devoirs relatifs à la prise en charge et au suivi ou l'obligation de signaler un confrère au Collège, il est important de les observer scrupuleusement, tant pour assurer la protection du public que dans l'intérêt des membres de l'ordre professionnel.

## 3.2

### *Les obligations des médecins en vertu d'autres règlements*

Outre le *Code de déontologie des médecins*, trois des règlements découlant de la Loi médicale, du *Code des professions* ou de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* sont considérés comme très importants pour le médecin :

- le *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des médecins* ;
- le *Règlement sur l'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec* ;

- le *Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle des médecins*.

### 3.2.1

#### *Le Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des médecins*

Le *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des médecins* énonce certaines des normes que le médecin doit respecter dans l'exercice de sa profession (voir annexe I). Parmi ses principales dispositions, il prévoit d'abord que le médecin doit constituer et maintenir un dossier médical pour toute personne qui le consulte ou participe à un projet de recherche, ou pour tout groupe ou population visé par une intervention de santé publique.

#### **Le dossier médical**

Le dossier médical est indissociable de l'exercice de la médecine. Il témoigne surtout de l'état de santé de la personne, de l'évolution de la maladie et de la conduite du médecin. Il est aussi un outil indispensable de communication entre tous les membres de l'équipe soignante. De ce fait, il constitue un document d'appoint essentiel pour l'enseignement, la recherche et l'évaluation de la qualité de l'acte médical. Il contribue donc étroitement au progrès de la science médicale.

Plus particulièrement, le dossier médical doit indiquer rigoureusement l'état du patient, l'ensemble des soins qui lui sont donnés et tout événement le concernant. On ne saurait trop insister sur la nécessité, pour le médecin, de s'astreindre à une tenue de dossiers impeccable, car chacun de ces documents sert à plusieurs fins et révèle sa conduite professionnelle. Pour le médecin, le dossier est un aide-mémoire indispensable à la prestation et à la qualité des soins.

#### ***Un outil de communication***

Comme le dossier est une source importante de renseignements sur un patient, il permet de transmettre l'information pertinente, le cas échéant :

- à d'autres médecins, tels des consultants, des remplaçants ou un médecin qui assure le suivi du patient après son congé ;
- aux autres professionnels qui interviennent auprès du patient ;
- à d'autres établissements de santé ;
- à tout autre organisme ou personne concernée, par exemple une compagnie d'assurances, un employeur, etc.

#### ***Un outil d'évaluation***

La tenue de dossiers témoigne généralement de la qualité des services que le médecin fournit à ses patients et, conséquemment, de sa compétence. Le dossier médical est l'outil que privilégie le Comité d'inspection professionnelle, notamment, pour apprécier la qualité de l'acte médical et de l'exercice professionnel dans son ensemble.



### ***Un élément de protection juridique***

Le dossier représente pour le médecin et le patient un élément de protection juridique. Plus le dossier est complet, plus il peut attester des événements survenus.

### ***Un outil d'enseignement et de recherche***

Enfin, le dossier est un document précieux pour l'enseignement, la recherche, la compilation de statistiques ainsi que la mise en place et le suivi d'indicateurs cliniques de la qualité.

Comme le dossier est un outil important de communication entre les professionnels, le médecin doit prendre les moyens nécessaires pour s'assurer que ses inscriptions dans le dossier sont lisibles et réduire le plus possible l'usage d'abréviations. Enfin, les médecins qui exercent en groupe peuvent constituer un seul dossier médical.

La tenue de dossier comporte les éléments suivants :

- l'identité du patient ;
- les inscriptions au dossier médical, qui devraient inclure la date et la signature de son auteur. L'habitude d'indiquer l'heure de façon systématique peut être particulièrement utile dans les cas d'urgence, aux soins intensifs, à la salle de réveil, à la salle d'accouchement, etc. Il est également souhaitable d'inscrire son numéro de permis et le nom du département ou du service médical ;
- l'information pertinente à l'investigation ou au traitement du patient. Le dossier ne doit jamais contenir des commentaires gratuits sur la personnalité du patient, ni de remarques ayant trait à des problèmes administratifs ou à des conflits interpersonnels. Le médecin devrait adresser ses remarques, critiques ou griefs aux autorités compétentes par les voies appropriées.

Le Règlement établit également avec précision les renseignements et les documents que doit habituellement contenir un dossier médical, ainsi que ceux qui doivent être versés au dossier de toute personne participant à un projet de recherche. Il est important que le médecin puisse faire un lien entre les renseignements et documents consignés dans le cadre d'une recherche et les observations cliniques recueillies lors de l'examen d'une personne, à l'urgence par exemple. En effet, il arrive parfois qu'une personne consulte pour un problème qui découle directement des consignes qu'elle suit ou des médicaments qu'elle prend à titre de participant à un projet de recherche.

Si, pour des raisons de commodité, des éléments d'un dossier médical sont rangés dans des endroits différents, il est très important de le noter dans chacun des éléments du dossier et de bien numéroter ceux-ci, afin que le médecin puisse retracer tout élément du dossier dont il aurait besoin. Par exemple, dans le cas de certains dossiers psychiatriques, il est essentiel qu'un lien soit fait avec le dossier médical, qui n'est peut être pas tenu à l'endroit où sont conservés les dossiers psychiatriques.

### ***Les corrections dans le dossier***

Lorsqu'un médecin souhaite corriger une note déjà inscrite au dossier ou modifier un document, il doit produire une note complémentaire datée du jour de la correction ou un rapport révisé, mais ne jamais altérer ou retirer un élément déjà versé au dossier.

### ***Le dossier informatisé***

L'utilisation de l'informatique doit respecter les règles habituelles de tenue des dossiers médicaux sur support papier, qui concernent l'authenticité du dossier, son contenu, sa conservation, son accès et la préservation de la confidentialité.

Les normes que le médecin doit appliquer dans la conservation de ses dossiers sont précisées dans le Règlement. Sauf indication contraire dans une loi, le médecin doit maintenir un dossier médical pendant une période d'au moins cinq ans suivant la date de la dernière inscription ou insertion au dossier ou la date marquant la fin d'un projet de recherche. Après cette période, le dossier est considéré comme inactif et peut être détruit, à l'exception de certaines pièces importantes, tels les rapports d'anatomopathologie et les procédés opératoires qui doivent être conservés pendant dix ans.

Lorsqu'un dossier médical est détruit, le médecin doit s'assurer que les mesures de sécurité relatives à la protection des renseignements confidentiels sont respectées. Le Règlement prévoit également ce qu'il advient des dossiers lorsqu'un médecin qui assume le suivi clinique d'un patient change de lieu d'exercice, ou ce qui doit être fait lorsqu'un médecin qui exerce en groupe quitte le groupe, ou encore en cas de dissolution du groupe.

### **Les autres dispositions**

Selon le Règlement, le médecin doit constituer et maintenir divers registres, dont :

- un registre dans lequel sont identifiées les personnes qui l'ont consulté ou qu'il a visitées ;
- un registre dans lequel sont identifiés les patients soumis à une procédure chirurgicale ou à une intervention effractive, et dans lequel est inscrite la nature de ces procédures ou interventions ;
- un registre dans lequel sont identifiées toutes les personnes qu'il évalue, traite ou dont il supervise le traitement dans le cadre d'un projet de recherche ;
- un registre des drogues contrôlées, des stupéfiants et des benzodiazépines d'usage parentéral, dans lequel sont inscrites la nature et la quantité de ces substances qu'il a en sa possession, l'identité de tous les patients à qui il remet ou administre ces substances, la nature et la quantité des substances dont il s'est départi, ainsi que la façon dont il a procédé et la date de cette mise aux rebuts.

Le Règlement contient également des dispositions concernant les médicaments, les substances, les appareils et l'équipement que détient le médecin, ainsi que la manière de les conserver et de s'en débarrasser de façon sécuritaire. Il énonce aussi des normes visant la salubrité, l'hygiène et la sécurité du cabinet de consultation ainsi que l'intimité des patients.

Enfin, le Règlement traite des mesures à prendre concernant la garde provisoire ou la cession définitive des dossiers d'un médecin qui décide de cesser sa pratique, qui décède ou dont le permis d'exercice est limité ou suspendu pour quelque raison que ce soit.

En résumé, le *Règlement sur la tenue des dossiers, des bureaux des médecins, des cabinets et des autres effets* est essentiel à la qualité de l'exercice de la médecine. Le médecin doit pouvoir y référer facilement pour se rappeler les « bonnes pratiques » de la profession.

### 3.2.2

#### *Le Règlement sur le comité d'inspection professionnelle*

L'inspection professionnelle fait partie intégrante des processus d'évaluation et de maintien de la qualité de l'exercice professionnel. Autrement dit, elle est une composante de l'assurance-qualité d'un exercice professionnel.

Dans le contexte de l'autorégulation, les médecins ont convenu, à l'instar d'autres professionnels, de se donner les moyens d'améliorer leur exercice par des activités de surveillance, notamment des vérifications de dossiers, de livres et de registres. En conformité avec le *Code des professions*, le *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec* balise la constitution d'un dossier d'inspection professionnelle et précise les modalités relatives aux visites d'inspection professionnelle ainsi qu'au suivi de ces visites.

#### **Le comité d'inspection professionnelle**

Le comité d'inspection professionnelle (CIP) est formé de neuf médecins nommés par le Bureau du Collège. Le président du comité est désigné parmi les administrateurs élus du Bureau qui ne siègent pas au comité administratif. Le mandat de tous ses membres est de deux ans et renouvelable.

#### **Le dossier d'inspection professionnelle**

Le CIP crée un dossier pour chaque médecin qui fait l'objet d'une vérification ou d'une enquête. Ce dossier contient les rapports de vérification et d'enquête, les recommandations du comité, le cas échéant, et tout autre document ou renseignement relatif à une vérification ou à une enquête.

Le médecin concerné a le droit de le consulter et d'en obtenir une copie, selon certaines modalités. Par ailleurs, « tout dossier constitué dans le cadre d'une inspection professionnelle ne contient aucune indication pouvant permettre d'identifier la personne qui a suscité cette inspection » (art. 12).

#### **L'inspection professionnelle**

En général, une visite d'inspection professionnelle auprès d'un ou de plusieurs médecins dans un établissement ou dans un cabinet privé est effectuée par un ou plusieurs médecins inspecteurs. Il est souvent jugé opportun qu'un médecin expert d'une discipline apparentée à celle du médecin inspecté se joigne au médecin inspecteur durant la visite.

Le Règlement définit les modalités relatives aux visites, tel l'envoi d'un avis écrit avant la date fixée pour une vérification ou une enquête. La présence du médecin qui fait l'objet de la vérification ou de l'enquête peut être requise. En outre, dans le respect des règles relatives au secret professionnel, le médecin peut être assisté d'une seule

personne de son choix qui agit à titre d'observateur, mais qui ne peut être présente lors de l'étude d'un dossier médical.

Le comité, un de ses membres, un inspecteur ou un enquêteur peut procéder à la révision de dossiers, à une entrevue orale structurée, à une entrevue dirigée ou à de l'observation directe, ou encore soumettre le médecin à des questionnaires de profil de pratique et d'évaluation des compétences ou à des tests psychométriques.

### **Le suivi d'une visite d'inspection**

Après avoir pris connaissance du rapport, le comité doit, le cas échéant, transmettre au médecin visé les commentaires relatifs à la qualité de son exercice professionnel. Il peut demander une preuve de correction des défauts signalés dans le rapport et effectuer une visite de contrôle.

Enfin, le comité peut recommander au Bureau d'obliger un membre qui a fait l'objet d'une vérification ou d'une enquête à suivre et à réussir un stage ou un cours de perfectionnement, ou les deux à la fois, et limiter ou suspendre le droit de ce médecin d'exercer ses activités professionnelles jusqu'à ce qu'il ait rempli cette obligation. Évidemment, ce pouvoir réglementaire est utilisé dans une minorité de cas, pour améliorer l'exercice du médecin et protéger le public. Une telle démarche n'a absolument rien à voir avec une mesure disciplinaire.

## **3.2.3**

### *Le Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle des médecins*

Un des principes fondamentaux reliés à la notion de « professionnel » est celui de la responsabilité pour les fautes commises dans l'exercice de la profession. Le professionnel a l'obligation de fournir une garantie contre sa responsabilité professionnelle. Ce principe est invoqué d'abord à des fins de protection du public, bien que le professionnel perçoive souvent cette obligation comme nécessaire à sa propre protection.

Plus précisément, le *Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle des médecins* énonce que :

« 2.01 Le médecin qui exerce sa profession à son propre compte à temps partiel ou à temps plein, soit seul ou en société avec d'autres médecins, doit détenir et maintenir en vigueur un contrat d'assurance établissant une garantie contre la responsabilité qu'il peut encourir lui-même ou par ses employés et préposés, en raison des fautes et négligences commises dans l'exercice de sa profession. [...] »

La garantie peut être une assurance, un cautionnement ou une autre forme jugée satisfaisante, telle une preuve que l'employeur d'un médecin détient un contrat d'assurance dont la garantie couvre nommément ce médecin, pourvu que ce contrat respecte les limites minimales de couverture prévue par le Règlement.

En ce qui concerne les exigences minimales de garantie, cette couverture doit effectivement servir l'objectif de protection du public à l'égard des personnes qui consultent le médecin, en toute confiance, compte tenu de son statut de professionnel.

La couverture doit avoir une portée suffisamment large sur l'ensemble des actes constituant le champ d'exercice professionnel du médecin. Le Règlement édicte un seuil minimum par réclamation et pour l'ensemble des réclamations présentées au cours d'une période de garantie, y compris une franchise ne pouvant excéder un montant maximal.

Le fait de détenir une assurance-responsabilité professionnelle toujours valide et conforme au Règlement protège à la fois le public et le médecin. Négliger de souscrire une telle assurance, c'est prendre un grand risque et commettre une infraction. Le Collège tient donc à ce que ses membres se conforment à ce règlement et en fassent la preuve une fois par année, au moment de remplir l'avis de cotisation annuelle.

## 4

# Le Collège des médecins du Québec et les autres regroupements de médecins

## 4.1

### *Le Collège des médecins du Québec*

Le Collège des médecins du Québec est l'ordre professionnel des médecins au Québec. Il a pour mission de promouvoir une médecine de qualité afin de protéger la population et de contribuer à l'amélioration de sa santé.

Le Collège est l'un des 44 ordres qui constituent le système professionnel québécois et dont 24 rassemblent des professionnels exerçant dans le domaine de la santé. Ce système a été créé dans les années 1970 pour surveiller l'exercice professionnel et assurer la protection du public. Par ailleurs, le *Code des professions* et la *Loi médicale* déterminent les responsabilités du Collège et précisent les mécanismes nécessaires pour les assumer.

Avant l'adoption de ces lois, le Collège avait déjà recours à plusieurs moyens pour remplir le mandat d'un ordre professionnel, entre autres l'adhésion obligatoire de tous les médecins, un code de déontologie et un comité de discipline d'une grande efficacité. Il dispose maintenant de mécanismes très élaborés, d'un effectif d'une centaine de personnes et d'un budget important, qui provient entièrement des cotisations de ses membres. Ses structures actuelles témoignent à la fois de son caractère collégial et des fonctions qu'il doit exercer en tant qu'ordre professionnel.

### 4.1.1

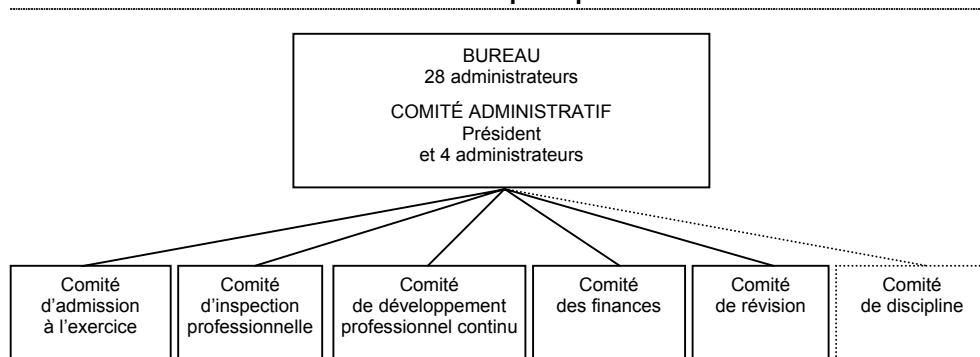
#### *Les structures du Collège*

##### **La structure politique**

Le Collège est avant tout un regroupement de 18 000 médecins auxquels la loi confère le pouvoir de s'autoréguler.

**Organigramme II-2.1**

##### **Structure politique**



Le **Bureau** du Collège, correspondant à un conseil d'administration, est composé de 28 personnes, dont 20 sont des médecins élus par les membres de leur région. Les administrateurs sont élus pour une période de quatre ans. Des élections ont lieu tous les deux ans pour la moitié des membres selon qu'ils représentent la région de Montréal ou les autres régions du Québec. Quatre administrateurs sont aussi des médecins nommés par les facultés de médecine du Québec. Quatre autres administrateurs sont nommés par l'Office des professions ; ils sont appelés « représentants du public » parce qu'ils ne sont pas membres de l'ordre au sein duquel ils siègent. Par voie de scrutin secret, les administrateurs élus désignent parmi eux un président, dont le mandat est de quatre ans.

Le Collège tient **une assemblée générale annuelle**, au cours de laquelle le président et les directeurs présentent un rapport des activités et un rapport des états financiers. L'assemblée générale entérine les rapports, élit des vérificateurs et approuve le montant de la cotisation annuelle.

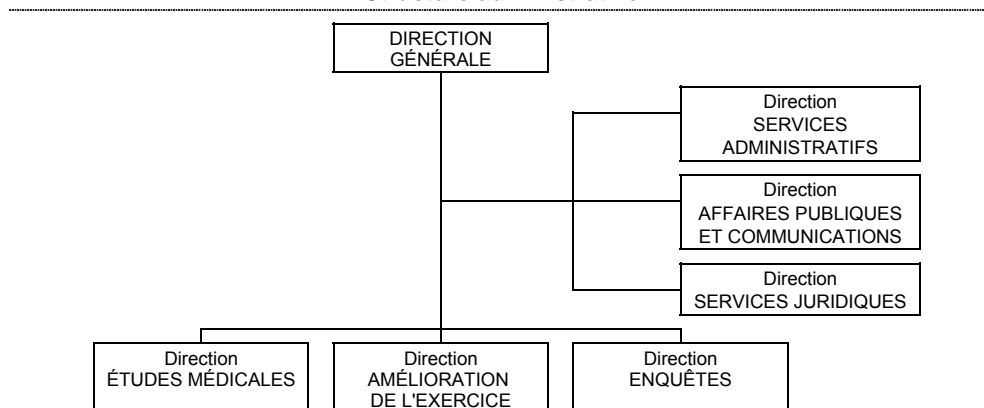
Le Bureau définit les grandes orientations et les politiques du Collège. Il exerce tous les droits, les pouvoirs et les prérogatives du Collège, sauf ceux qui sont du ressort des membres du Collège réunis en assemblée générale. En tant que responsable de l'application des dispositions du *Code des professions*, de la *Loi médicale* et des règlements qui en découlent, le Bureau voit à la création des **comités statutaires** dont chaque ordre professionnel doit se doter : le Comité d'admission à l'exercice, le Comité d'inspection professionnelle, le Comité de discipline et le Comité de révision. Ces comités, auxquels s'ajoutent le Comité de développement professionnel continu et le Comité du budget, ont pour fonction de conseiller le Bureau sur les orientations à prendre dans leurs domaines respectifs.

Le Bureau veille aussi à l'administration générale des affaires du Collège, ce pour quoi il désigne un comité administratif (nommé par le Collège comité de direction), composé de cinq de ses membres et ayant pour mandat de gérer les affaires courantes.

### La structure administrative

Pour s'acquitter de ses fonctions, le Collège dispose, outre les comités statutaires, de comités permanents et de plusieurs **directions**. Au besoin, des **groupes de travail** sont aussi constitués pour résoudre des problèmes particuliers.

**Organigramme II-2.2**  
**Structure administrative**



Une direction a été créée pour chacune des fonctions principales du Collège. Elle est composée de médecins employés en exclusivité de fonction et du personnel de soutien nécessaire. Ces médecins, tout comme les administrateurs, sont soumis à des règles d'éthique particulières qui visent à prévenir tout usage abusif de leurs pouvoirs envers leurs confrères.

Trois directions voient à mettre en application les décisions proposées par les comités et adoptées par le Bureau: la Direction des études médicales, la Direction de l'amélioration de l'exercice et la Direction des enquêtes.

**La Direction générale** coordonne les activités de ces trois directions ainsi que le travail des directions nécessaires au soutien de ces activités : la Direction des services juridiques, la Direction des affaires publiques et des communications et la Direction des services administratifs.

La Direction générale comprend un directeur général et secrétaire, un directeur général adjoint et secrétaire adjoint et d'autres directeurs adjoints selon les besoins. Elle est responsable de l'application des décisions prises par le Bureau et le comité administratif, et elle assure les relations extérieures. Le secrétaire est responsable de la mise à jour du tableau des membres.

#### 4.1.2

##### *Les fonctions du Collège*

##### **Vérifier la compétence et l'aptitude à exercer**

Le Comité d'admission à l'exercice et la Direction des études médicales ont pour mandat de s'assurer que les candidats à l'exercice de la médecine ont acquis la compétence et l'aptitude requise pour exercer de façon autonome. Ils doivent donc établir des normes de formation professionnelle dans chacun des programmes de médecine de famille et de spécialité, de même que les critères d'agrément des programmes et des milieux de formation postdoctorale et de formation médicale continue. Ces critères doivent être axés sur l'excellence et adaptés aux besoins réels de la population. Les futurs médecins doivent recevoir une formation qui leur permet d'exercer partout au Québec et aux spécialistes d'agir comme consultants auprès de leurs confrères.

##### **La Direction des études médicales**

La Direction des études médicales (DEM) s'assure de la compétence et de l'aptitude des médecins à exercer, d'une part, en participant à l'établissement des normes de formation et, d'autre part, en voyant à leur application avant la délivrance des permis d'exercice.

Plus spécifiquement, la DEM a la responsabilité :

- d'élaborer et de mettre à jour les normes et les orientations générales et spécifiques du Collège en matière de formation des médecins ;
- de participer à l'agrément des facultés de médecine du Québec, sous l'autorité du Liaison Committee on Medical Education (LCME) et de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) ;



- d'établir les critères d'agrément ainsi que d'organiser l'évaluation des programmes et des milieux de formation postdoctorale et de formation médicale continue ;
- de veiller à l'application des règlements relatifs à l'agrément de ces programmes et à la délivrance des permis d'exercice et des certificats de spécialiste et, à cette fin, d'étudier les candidatures soumises ;
- de préparer, d'administrer et d'évaluer les examens de certification en spécialités et, en collaboration avec les facultés de médecine, l'examen du permis d'exercice en médecine de famille ;
- de délivrer les certificats d'immatriculation et les cartes de stages aux étudiants en médecine et aux résidents ;
- d'assurer des activités de liaison avec les organismes provinciaux, nationaux et internationaux ainsi que de participer à des activités de recherche et de développement dans le domaine de l'évaluation de la compétence clinique.

### ***Le Comité d'admission à l'exercice***

Les activités de la DEM gravitent autour du Comité d'admission à l'exercice (CAE) et de ses deux sections : la section des études médicales (CAE-SEM) et celle de l'examen des titres (CAE-SET). Le CAE-SEM étudie les questions d'ordre pédagogique, tels les critères d'agrément des programmes ou les stages requis pour la formation en médecine de famille ou en spécialité. Le CAE-SET analyse quant à lui les dossiers individuels en vue de l'admissibilité aux examens et au permis d'exercice.

### **Maintenir la compétence et surveiller l'exercice**

La Direction de l'amélioration de l'exercice agit de concert avec le Comité d'inspection professionnelle et le Comité de développement professionnel continu pour assurer le maintien de la compétence et des aptitudes des médecins.

### ***Le Comité d'inspection professionnelle***

Conformément à l'obligation qui lui est imposée par le *Code des professions*, le Collège a un Comité d'inspection professionnelle (CIP), dont le mandat est de surveiller l'exercice de la profession par les membres et d'enquêter sur la compétence professionnelle des médecins. Le CIP est composé de neuf médecins nommés par le Bureau, dont six représentent diverses disciplines médicales et chirurgicales. Présidé par un administrateur, ce comité est appuyé dans ses fonctions par le personnel de la Direction de l'amélioration de l'exercice. Il y a quelques années, deux sous-comités ont été créés pour soutenir les activités de surveillance de l'exercice de la profession dans des domaines particuliers : le **Comité d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatale** et le **Comité de transplantation**.

Pour surveiller l'exercice de la profession, le CIP procède, notamment, à la vérification des dossiers, des livres, des registres, des médicaments, des poisons, des produits, des substances, des appareils et des équipements relatifs à l'exercice. À la demande du Bureau, ou de sa propre initiative, il fait enquête sur la compétence professionnelle de tout membre du Collège. Enfin, en vertu de dispositions de la *Loi médicale* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, il effectue des enquêtes sur la qualité des soins médicaux offerts dans les établissements de santé, en procédant à l'évaluation des dossiers et des fonctions assumées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements.

### ***La Direction de l'amélioration de l'exercice***

Le mandat de la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE) est clair : il vise la surveillance de l'exercice des médecins et son amélioration en vue d'assurer la protection du public et de contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois.

La DAE remplit les fonctions suivantes :

- soutenir le Comité d'inspection professionnelle et le Comité de développement professionnel continu ;
- évaluer la qualité de l'exercice des médecins en cabinet et en établissement, entre autres par l'application de trois niveaux de surveillance et d'évaluation ;
- évaluer la qualité de l'exercice de la médecine dans les établissements, notamment par la promotion de la gestion de la qualité ;
- intervenir en vue d'améliorer la compétence des médecins dans leur pratique tant en cabinet qu'en établissement ;
- participer, au Collège et ailleurs, à des activités ayant une incidence sur la qualité de l'exercice ;
- élaborer des lignes directrices et des guides de pratique ;
- assumer le secrétariat du Conseil de l'éducation médicale continue du Québec.

### ***Le système de surveillance et d'amélioration de la performance***

Pour réaliser leur mandat, la DAE et le CIP appliquent, depuis quelques années, un modèle d'intervention qui vise à améliorer l'exercice professionnel plutôt qu'à trouver des médecins contrevenants. Le modèle mise sur l'information des médecins, la validation des outils de surveillance et la liaison systématique de la surveillance à des activités susceptibles d'améliorer l'exercice.

#### **Encadré II-2.4**

##### **Le système de surveillance et d'amélioration de la performance**

Le système de surveillance et d'amélioration de la performance comporte trois niveaux d'intervention et peut s'appliquer à l'exercice en cabinet ou à celui en établissement.

##### ***Premier niveau : surveillance à l'aide d'indicateurs cliniques ou administratifs***

Au premier niveau, la surveillance se fait à l'aide d'indicateurs cliniques ou administratifs. Si l'on cible, par exemple, l'utilisation prolongée des benzodiazépines chez les personnes âgées, tous les médecins visés seront surveillés à l'aide d'indicateurs de performance fiables et valides. Ils seront ensuite informés de leur profil de pratique ainsi que des lignes directrices ou des guides diffusés sur cet aspect de la pratique.

##### ***Deuxième niveau : évaluation complémentaire de certains médecins ou établissements***

Le deuxième niveau de surveillance comporte l'évaluation complémentaire de certains médecins ou établissements dont une pratique précise s'est révélée problématique au cours du dépistage de premier niveau. Divers outils peuvent alors être utilisés, dont la visite d'inspection professionnelle, qui sera suivie de recommandations précises, telle la participation à des activités de formation.

##### ***Troisième niveau : évaluation approfondie des besoins chez certains médecins***

Au troisième niveau, on procède à une évaluation approfondie des besoins chez certains médecins. D'autres outils, tels l'entrevue orale structurée (EOS) ou les stages d'évaluation, permettent de mieux cerner ces besoins et de proposer plus ou moins fermement des activités de perfectionnement.

Tout médecin ou tout établissement doit collaborer à la bonne marche des visites d'inspection professionnelle, en fournissant les renseignements et les dossiers nécessaires aux évaluations tant collectives qu'individuelles. Lorsque les constatations découlant de visites d'inspection professionnelle le justifient, le CIP peut transmettre des suggestions au médecin ou à l'établissement visité. Dans certains cas, ces constatations sont telles qu'elles peuvent justifier l'imposition, par le Bureau, d'un stage de perfectionnement à un membre, avec possibilité de limitation de l'exercice professionnel durant le stage.

En outre, soucieux de protéger le public, le Collège a instauré en 1999 un programme de suivi administratif relatif aux médecins inaptes à exercer pour cause de maladie. Depuis 2001, ce programme est sous la responsabilité d'un médecin de la DAE.

### ***Le Comité de développement professionnel continu***

Auparavant appelé le Comité d'éducation médicale continue, le Comité de développement professionnel continu (CDPC) est un comité permanent créé par le Collège, où siègent des membres du Bureau. Il est soutenu par la DAE, et les autres directions du Collège y participent également. Ce comité a pour mandat de favoriser la concertation avec tous les organismes responsables du développement professionnel, entre autres en assurant le secrétariat du Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (CEMCQ).

Le CDPC a pour principales fonctions :

- de responsabiliser le médecin en matière de formation continue ;
- de répertorier les ressources existantes ;
- de promouvoir la concertation ;
- de favoriser la recherche ;
- d'élaborer de nouvelles stratégies de maintien de la compétence.

Depuis peu, ce comité est chargé d'étudier les plaintes en rapport avec le *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue*.

### **Étudier les plaintes et enquêter sur l'exercice illégal de la médecine**

#### ***La Direction des enquêtes***

La Direction des enquêtes répond aux questions et étudie les plaintes qui sont adressées au Collège relativement à la pratique des médecins ou à la pratique illégale de la médecine. Chaque année, cette direction reçoit plusieurs demandes d'information concernant l'exercice professionnel de médecins. Ces demandes émanent, entre autres, de patients ou de leurs proches, de médecins, d'établissements ou de coroners.

#### ***Le syndic***

Afin de mener à bien sa mission — promouvoir une médecine de qualité au service du public —, le Collège a adopté divers règlements, dont un code de déontologie. Pour assurer leur application, le Collège a recours, notamment, à l'intervention d'un syndic et de sept syndics adjoints, qui procèdent à des enquêtes. Conformément au *Code des professions*, le syndic est un médecin nommé par le Bureau du Collège. Sa

fonction est de faire enquête à la suite d'une demande explicite ou lorsque lui sont transmis des renseignements qui indiquent qu'un médecin aurait commis une infraction, entre autres, à des dispositions du *Code des professions* ou de la *Loi médicale* ou encore à des règlements découlant de ces lois, plus particulièrement le *Code de déontologie des médecins*.

Un médecin a l'obligation de collaborer aux enquêtes du syndic et de lui fournir, sans réticence ni tromperie, les renseignements ou les documents demandés. Cette obligation lui est imposée par le *Code des professions* et le *Code de déontologie*, et elle a préséance sur le respect du secret professionnel. Les enquêtes du syndic ont un caractère confidentiel. La divulgation des renseignements obtenus en cours d'enquête n'est autorisée qu'aux fins du processus disciplinaire. En s'appuyant sur les faits, les circonstances, la gravité de la plainte, la preuve disponible et le dossier du médecin en cause, le syndic peut déposer ou non une plainte devant le Comité de discipline. Avant de recourir au processus disciplinaire, la Direction des enquêtes utilise divers moyens pour aider les médecins visés à exercer leur profession conformément à leurs obligations.

### ***Les interventions non disciplinaires***

Un grand nombre de dossiers sont réglés grâce à des interventions telles que l'assistance ou l'information offertes aux requérants. Toute question d'ordre déontologique et réglementaire peut être soumise au syndic pour discussion en vue d'obtenir des conseils. Ces questions peuvent porter, entre autres, sur le respect de la confidentialité, les limites de la relation médecin-patient, le départ d'un médecin d'une clinique, la retraite, la publicité, le conflit d'intérêts potentiel ou encore l'accès au dossier d'un patient.

En général, les problèmes décrits dans les demandes d'enquête retenues sont réglés à l'aide d'une des mesures suivantes :

- la communication de remarques ou de recommandations à caractère incitatif au médecin visé ;
- l'évaluation de la pratique du médecin par la Direction de l'amélioration de l'exercice ;
- l'acceptation du médecin de se soumettre à un stage d'évaluation ou de formation ;
- la limitation volontaire de l'exercice professionnel ;
- le recours au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) pour résoudre certains problèmes de santé physique ou mentale ;
- l'inscription volontaire du nom du médecin sur la liste restrictive de prescription de médicaments ;
- la cessation de la pratique du médecin.

Bon nombre des requêtes adressées à la Direction des enquêtes pourraient être évitées s'il y avait une meilleure communication entre le médecin et le patient ou ses proches, ou encore si le médecin avait une meilleure connaissance des lois et des règlements. Les médecins ont aussi recours au service-conseil de la Direction pour obtenir le soutien nécessaire pour éviter qu'une situation s'envenime. Cependant,

lorsque les solutions proposées sont insuffisantes ou inappropriées, des mesures disciplinaires doivent être prises.

### **Le Comité de révision**

Au terme d'une enquête, les plaignants peuvent contester les décisions du syndic devant le Comité de révision. Ce comité compte un nombre variable de membres, qui siègent par groupe de trois. Certains sont des représentants du public ; leur nom figure sur une liste dressée à cette fin par l'Office des professions. D'autres sont des administrateurs du Bureau ou des médecins nommés par le Bureau. Le Comité de révision peut maintenir la décision du syndic de ne pas porter plainte devant le Comité de discipline ou conclure qu'il y a lieu de le faire. Dans ce cas, le Comité de révision propose le nom d'une personne qui agira à titre de syndic pour déposer cette plainte. Il peut aussi suggérer au syndic ou au syndic adjoint de compléter l'enquête ou encore de soumettre le dossier au CIP.

### **Le Comité de discipline**

Le Comité de discipline est composé de trois personnes : le président du comité, un avocat nommé par l'État et deux médecins nommés par le Bureau. Depuis 1973, ce comité est un tribunal indépendant du Collège dans l'exécution de ses fonctions. Il entend les plaintes déposées par le syndic ou un plaignant privé concernant des médecins ayant commis des infractions au *Code des professions*, à la loi constituant le Collège (*Loi médicale*) ainsi qu'aux règlements adoptés en vertu de ces lois, dont les dispositions du *Code de déontologie des médecins*.

Depuis 1988, les audiences et les décisions du Comité de discipline sont publiques. Le médecin qui témoigne devant ce comité — qui fonctionne selon les mêmes règles qu'une cour de justice — peut être assisté par un avocat, car il est tenu de répondre à toutes les questions, y compris celles pouvant l'incriminer.

Conformément à l'article 156 du *Code des professions*, les sanctions disciplinaires qui peuvent être imposées à un médecin reconnu coupable d'une infraction sont :

- la réprimande ;
- la radiation temporaire ou permanente du tableau de l'ordre, même si le médecin reconnu coupable d'une infraction a cessé d'y être inscrit depuis la date de l'infraction ;
- une amende d'au moins 600 \$ et d'au plus 6 000 \$ pour chaque infraction ;
- l'obligation de remettre à toute personne à qui elle revient une somme d'argent que le professionnel détient pour elle ;
- l'obligation de communiquer un document ou tout renseignement qui y est contenu, et l'obligation de compléter, de supprimer, de mettre à jour ou de rectifier un tel document ou renseignement ;
- la révocation du permis ;
- la révocation du certificat de spécialiste ;
- la limitation ou la suspension du droit d'exercer des activités professionnelles ;
- la recommandation au Bureau d'imposer un stage de perfectionnement.

La décision du Comité de discipline peut faire l'objet d'un appel devant le Tribunal des professions par l'une ou l'autre des parties.

### ***L'exercice illégal de la médecine***

La Direction des enquêtes a aussi pour mandat de protéger la population contre les agissements de toute personne qui se livre à des activités médicales en usurpant le titre de docteur en médecine ou en prétendant être habilitée à exercer la profession médicale. En réponse à des plaintes du public, de professionnels de la santé ou d'autres sources, la Direction des enquêtes, après investigation, intente s'il y a lieu des poursuites pour exercice illégal de la médecine ou usurpation de titre.

## **4.2**

### ***Les autres regroupements de médecins***

Il existe depuis toujours des regroupements de médecins qui poursuivent trois grands objectifs :

- scientifiques : maintenir et promouvoir la qualité de la pratique professionnelle ;
- syndicaux : défendre les droits et les conditions de travail des membres ;
- sociaux : offrir des services d'aide et du soutien.

Sur le plan scientifique, divers organismes, tels le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) pour les médecins spécialistes ainsi que le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et sa section québécoise, le Collège québécois des médecins de famille (CQMF) pour les médecins de famille, assurent la normalisation et la reconnaissance de la compétence de leurs membres et participent, dans leurs domaines respectifs, à l'agrément des programmes de formation offerts dans tout le pays. Il y a aussi au Québec des regroupements qui, en plus des objectifs scientifiques, visent à assurer le soutien de leurs membres, telles l'Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC), l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ), l'Association médicale du Québec (AMQ) et la section québécoise de l'Association médicale canadienne (AMC).

Sur le plan syndical, les médecins omnipraticiens ont été les premiers à créer des associations régionales, qui se sont regroupées pour constituer la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). La FMOQ compte actuellement 17 associations régionales et deux associations provinciales, l'Association des médecins œuvrant en établissements psychiatriques et l'Association des médecins de CLSC.

Les médecins spécialistes, quant à eux, se sont regroupés peu après en fondant des associations qui réunissaient, à l'échelle provinciale, les médecins d'une même spécialité. Ces associations forment la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

Les médecins en formation ont emboîté le pas en créant la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ). Dès le début de leurs activités, les associations d'étudiants en médecine de chacune des quatre facultés de médecine du Québec se sont regroupées pour constituer la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ).

Les fédérations de médecins jouent un rôle très important dans l'organisation de la médecine au Québec, en négociant des ententes avec les autorités gouvernementales. En effet, la FMOQ et la FMSQ se sont fait reconnaître comme les organismes représentatifs des médecins et, à ce titre, elles négocient les modes et les niveaux de rémunération des médecins. La réalisation de leur mandat les amène aussi à influencer sur les conditions d'exercice de la médecine. Les fédérations ont beaucoup contribué à la valorisation du statut professionnel de leurs membres, en particulier grâce à leur engagement soutenu dans les activités de développement professionnel continu. Les médecins du Québec ne sont pas obligés d'appartenir à une association syndicale. Cependant, en vertu de la formule Rand, ils sont tenus de payer une cotisation, qui est prélevée à la source par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Sur le plan de l'aide et du soutien aux médecins, les fédérations médicales sont soucieuses d'offrir plusieurs services à leurs membres, notamment des fonds de placement et des régimes d'assurances. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) agit comme une mutuelle d'assurance-responsabilité professionnelle regroupant la plupart des médecins dans l'ensemble du Canada.

Par ailleurs, l'existence de regroupements de médecins a permis de mettre sur pied, en 1990, le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). Conçu pour les médecins en difficulté, ce programme est le fruit d'une initiative commune de l'AMLC, du Collège des médecins et des fédérations médicales. La mission du PAMQ est de venir en aide aux médecins qui ont des problèmes personnels, sont atteints d'une maladie mentale ou présentent une dépendance, en procédant à une évaluation de chaque situation et en dirigeant les personnes concernées vers la ressource appropriée. Un nombre croissant d'étudiants en médecine, de médecins résidents et de médecins spécialistes et omnipraticiens bénéficient de ce programme. Il importe de distinguer ce programme, visant à aider les médecins en difficulté, du programme de suivi administratif assuré par la DAE du Collège et qui vise, avant tout, la protection du public par la gestion des risques eu égard à l'aptitude à exercer.

## 5

**Les obligations des médecins : des repères**

Au Québec, l'éthique professionnelle, le *Code de déontologie* et le Collège des médecins constituent des repères indispensables. Toutefois, il faut préciser que « l'éthique », ce par quoi chaque personne décide ce qu'elle doit faire dans une situation précise, ne saurait se résumer à des devoirs, encore moins à des devoirs professionnels. Et ce, pour deux raisons.

Premièrement, il existe bien d'autres obligations qui ne sont pas propres aux médecins, mais que ceux-ci doivent respecter comme tous les autres citoyens. C'est le cas, par exemple, des lois. De fait, pour plusieurs, les lois sont considérées comme l'ensemble des règles obligatoires qui se rapproche le plus de « la déontologie » au sens strict et qui, pour cette raison, est le meilleur moyen de garantir que les médecins adoptent une approche humaniste. Deuxièmement, le véritable défi moral n'est pas tant de se soumettre à toutes ces obligations que d'y faire face personnellement, quotidiennement et lucidement.

Il reste que les obligations professionnelles des médecins, pour autant qu'on veille à leur évolution, peuvent servir de repères. Des repères sur lesquels la population peut compter, et chaque médecin se bâtir une éthique personnelle.



## **Chapitre 3**

### **Les aspects légaux**

#### **1**

### **Introduction**

Les médecins exercent leur profession au sein de sociétés qui se définissent de plus en plus comme des sociétés de droit. Aussi, il apparaît utile d'expliquer sommairement ce qu'est le droit et de mettre en relief son rôle essentiel.

Au Québec, la pratique médicale est assujettie à diverses dispositions légales soit parce que celles-ci concernent plus particulièrement le domaine de la santé, qu'elles encadrent les relations professionnelles, ou qu'elles s'appliquent à tous les citoyens. Ce chapitre fait d'abord un survol des nombreuses lois pouvant avoir une incidence sur la pratique de la médecine, pour ensuite se pencher sur la responsabilité civile médicale et enfin présenter certaines lois qui imposent des obligations très précises aux médecins.

Ces dispositions légales ont un objectif commun : assurer un cadre favorisant la prestation des meilleurs services de santé possibles dans le respect de tous et chacun.

## 2

# Le droit et la pratique médicale au Québec

## 2.1

### *L'univers du droit*

Le droit fixe les règles qui facilitent la vie en société. Dans nos sociétés pluralistes, le droit est particulièrement important puisque les lois sont des règles auxquelles tous les membres d'une société doivent se soumettre malgré les désaccords.

Il n'a pas été pas facile de déterminer qui a la légitimité nécessaire pour édicter des règles devant s'appliquer à tous. L'apparition des démocraties, où chaque citoyen a le droit d'exprimer librement son choix par un vote et de désigner le détenteur des pouvoirs législatif et exécutif pour une période déterminée, est un phénomène relativement récent dans l'histoire. En démocratie, les lois représentent des choix sociaux que tous les citoyens doivent respecter puisqu'ils y ont participé. Au Canada, les lois comprennent les lois constitutionnelles ainsi que toutes les autres lois adoptées par les parlements en conformité avec les lois constitutionnelles. Les règlements ont aussi force de loi, car ils visent à mettre en application des mesures législatives.

Toutefois, il arrive qu'une règle de droit édictée par le législateur donne lieu à des interprétations différentes. Aussi, le pouvoir d'interpréter les lois en cas de litige a été confié à des personnes désignées. Des tribunaux — indépendants du pouvoir exécutif — entendent les interprétations proposées par les personnes qui s'opposent ou leurs avocats et rendent une décision. Un recours peut être présenté lorsqu'une des parties concernées souhaite en appeler de la décision d'un juge. L'appel permet de s'assurer que le juge de première instance a appliqué les règles de droit appropriées.

Dans l'exercice de ses fonctions, le tribunal doit tenir compte des décisions antérieures et porter une attention particulière aux jugements qui ont « fait jurisprudence ». La jurisprudence est l'ensemble des jugements prononcés par les tribunaux sur une question donnée. Par ailleurs, d'éminents juristes font parfois la synthèse des décisions rendues sur une question, discutent de l'état du droit et expriment un avis éclairé sur son évolution. Leurs nombreux essais et travaux de recherche constituent « la doctrine ».

Les trois principales sources du droit sont : les lois et les règlements ; la jurisprudence ; et la doctrine.

## 2.2

### *Le système juridique au Canada et au Québec*

Les sociétés modernes ont hérité de l'une ou l'autre des deux grandes traditions juridiques : le droit civil et la *common law*.

- **Le droit civil** a des origines aussi lointaines que l'Antiquité, où déjà on appliquait le principe d'un « code » pour faire la synthèse des traditions, des règles et des usages, ainsi que pour formaliser ces règles dans un seul texte. La consultation du code permet généralement de trouver une réponse claire ou à tout le moins l'énoncé d'un principe général permettant de régler un différend.
- **La *common law*** est l'ensemble des règles d'une société ordonnée qui se dégagent des jugements rendus depuis des siècles par les tribunaux. Dans ce système de droit, le juge doit examiner les décisions antérieures des tribunaux, notamment celles des tribunaux supérieurs, pour y trouver les précédents qui ont acquis force de loi.

Plusieurs pays européens, asiatiques et africains ont adopté le droit « civiliste ». C'est le cas notamment de la France, de l'Allemagne, de l'Italie, de la Russie, de la Chine et du Japon. Les pays ayant un héritage britannique appliquent la *common law*. Ces pays comprennent, outre le Royaume-Uni, les États-Unis, l'Australie, l'Inde et le Canada, à l'exception du Québec. Pour des raisons historiques, l'Écosse et la Louisiane ont conservé le système de droit civil.

Le Québec n'a pas abandonné ses traditions juridiques, même après la conquête, et est demeuré une société civiliste. Son premier code civil, adopté en 1866, était en bonne partie inspiré du *Code Napoléon* français. Il contenait également certaines règles britanniques, dont celles ayant trait au droit commercial. Les autres provinces canadiennes ont quant à elles toujours appliqué la *common law*.

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867, promulgué à Londres par le Parlement britannique, a créé le Canada moderne et établi les pouvoirs des provinces et du gouvernement fédéral, en leur accordant le droit de gouverner et de légiférer dans leurs champs de compétence respectifs. L'Acte a aussi donné au français un statut officiel au Parlement fédéral et à l'Assemblée nationale du Québec. Il a reconnu ou créé les tribunaux supérieurs, dont la Cour suprême du Canada et, dans chaque province, une cour supérieure. Les provinces ont été par ailleurs habilitées à créer leurs propres tribunaux : la Cour du Québec (Chambre civile, Chambre criminelle et pénale, et Chambre de la jeunesse), les cours municipales et les tribunaux administratifs, tels le Tribunal administratif du Québec et les régies. Ces derniers sont assujettis au pouvoir de surveillance de la Cour supérieure. Les juges de la Cour suprême, des cours d'appel et des cours supérieures de chaque province sont nommés par le gouvernement fédéral, et ceux de la Cour du Québec par le gouvernement du Québec.

En 1982, Ottawa a obtenu de Londres le « rapatriement » de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique. En outre, la *Charte canadienne des droits et libertés* était adoptée et intégrée à la Constitution. Le Québec avait la *Charte des droits et libertés de la personne* depuis 1975. Ces lois consacrent de façon solennelle les valeurs de notre

société, en reconnaissant des droits fondamentaux à chaque personne, notamment dans ses rapports avec l'État. Les chartes tracent aussi les limites des autres textes législatifs et permettent aux tribunaux d'invalidier une disposition incompatible avec les chartes, puis d'accorder réparation à ceux dont les droits fondamentaux auraient été violés.

En 1994, le nouveau *Code civil du Québec* entrait en vigueur. Il tient compte de plus de 100 ans d'évolution jurisprudentielle et témoigne de la modernisation de la société québécoise. On peut mieux comprendre la portée du nouveau code en lisant sa disposition préliminaire :

« Le *Code civil du Québec* régit, en harmonie avec la *Charte des droits et libertés de la personne* et les principes généraux du droit, les personnes, les rapports entre les personnes, ainsi que les biens.

Le code est constitué d'un ensemble de règles qui, en toutes matières auxquelles se rapportent la lettre, l'esprit ou l'objet de ses dispositions, établit, en termes exprès ou de façon implicite, le droit commun. En ces matières, il constitue le fondement des autres lois qui peuvent elles-mêmes ajouter au code ou y déroger. »

## 2.3

### *Le droit et le domaine de la santé*

Plusieurs dispositions du *Code civil* ont une incidence dans le domaine de la santé, notamment celles qui visent à protéger l'intégrité et l'inviolabilité de la personne et à consacrer le droit à la vie. De nombreux sujets touchant à la santé y sont abordés : les soins ; le consentement aux soins et les circonstances où il est possible d'y suppléer ou d'y passer outre, notamment pour les personnes mineures, les personnes incapables ou celles dont l'état présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ; le droit au respect de la vie privée et le droit d'une personne à avoir accès aux dossiers la concernant ; ainsi que les greffes, les projets de recherche et les comités d'éthique.

Les règles de la responsabilité civile, maintenant appelée responsabilité contractuelle et extracontractuelle, y sont également prescrites. Dans la mesure où la relation entre le patient et le médecin constitue un contrat, certains articles du *Code civil* influent sur la pratique médicale. En effet, le *Code* régit l'ensemble des contrats pouvant être établis entre deux personnes et en fixe les conditions, de manière à ce que chacune des parties soit responsable de l'exécution de ses obligations et des dommages résultant de leur inexécution.

Comme les hôpitaux et les professions sont de compétence provinciale, le Québec légifère en matière de santé. En 1971, l'Assemblée nationale a adopté une loi-cadre concernant l'organisation du système de santé au Québec : la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). Ayant pour objet d'améliorer la santé et le bien-être des personnes et des populations, cette loi a établi les principes et les lignes directrices devant guider l'organisation des services de santé et des services sociaux.

Modifiée plusieurs fois depuis, la LSSSS détermine toujours les mandats et les modes d'organisation des établissements publics, des groupes communautaires et des organismes de coordination, tels le ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences régionales de développement. À titre d'exemple, elle prévoit la création d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dans chaque

établissement, ainsi que les mécanismes d'attribution ou de retrait de privilèges hospitaliers. De plus, elle établit une liste des « droits des usagers », dont ceux de choisir son médecin, d'avoir accès à son dossier et d'avoir accès à des soins adéquats compte tenu des ressources disponibles. Le traitement des plaintes des usagers y a récemment fait l'objet de modifications importantes, notamment par la création de la fonction de « protecteur de l'utilisateur ».

Le *Code des professions*, voté en 1973, est aussi une loi-cadre qui porte cette fois sur le système professionnel québécois. Ce code définit les critères relatifs à la reconnaissance d'une profession, détermine les pouvoirs d'un ordre professionnel et prévoit les mécanismes que celui-ci peut utiliser pour surveiller l'exercice de la profession par ses membres dans le but d'assurer la protection du public. Ainsi, on exige d'un ordre professionnel qu'il se dote d'un code de déontologie, d'un syndicat ayant d'importants pouvoirs d'enquête et d'un comité de discipline habilité à procéder à l'examen d'une plainte lorsqu'un membre a enfreint une disposition de son code de déontologie. La *Loi médicale* définit plus précisément l'exercice de la médecine et établit les exigences du permis d'exercice.

Une source de droit particulièrement importante est le *Code de déontologie des médecins du Québec*. Ce règlement, adopté en vertu du *Code des professions*, est le guide fondamental d'une bonne pratique médicale.

Des autres lois qui touchent le domaine de la santé, il faut mentionner la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, la *Loi sur la protection de la jeunesse*, la *Loi sur la santé publique* et la *Loi sur le code de la sécurité routière*.

L'ensemble de ces lois particulières, qu'elles soient provinciales ou fédérales, est souvent qualifié de droit « statutaire ».

En effet, le gouvernement fédéral est habilité à légiférer dans les domaines qui lui sont dévolus par la Constitution, dont le droit criminel, les aliments et drogues ainsi que les médicaments et les brevets. En outre, le gouvernement fédéral a participé activement, notamment sur le plan financier, à la mise en place des régimes provinciaux d'assurance maladie. Puis, en adoptant la *Loi canadienne sur la santé*, il a voulu assurer l'uniformité des régimes provinciaux et établir des normes nationales. Cette loi permet au gouvernement fédéral de réduire sa contribution financière à une province qui choisirait d'ignorer ou de remettre en cause les principes d'accessibilité, d'universalité, d'intégralité, de transférabilité ou de gestion publique des systèmes de soins.

## 2.4

### *Le droit et la pratique médicale*

Ce survol des différentes lois touchant le domaine de la santé permet de comprendre pourquoi un acte médical peut avoir des conséquences juridiques.

- Il est possible qu'un acte aille à l'encontre de l'ordre public ou d'une norme jugée essentielle à la vie en société, telle une disposition du *Code criminel*. Par exemple, un médecin a déjà été poursuivi au criminel pour avoir refusé de prendre en

charge un clochard à l'urgence. L'homme était décédé sans avoir reçu les soins appropriés. Ou encore, avant que la Cour suprême ne statue que la disposition du *Code criminel* interdisant l'avortement était invalide parce que discriminatoire, un médecin pouvait être poursuivi pour avoir procédé à un avortement. Plus récemment, dans une province canadienne, un médecin spécialiste a été accusé d'avoir mis fin aux jours d'un patient souffrant et moribond, parce que l'euthanasie et l'aide au suicide sont toujours interdites par le *Code criminel*. Si un médecin est reconnu coupable d'un acte criminel, la cour devra lui imposer, à l'intérieur des balises fixées par la loi, une sanction destinée à punir, à servir d'exemple, à exprimer le désaccord de la société et à protéger celle-ci. En matière criminelle, la Couronne a le fardeau de la preuve « au-delà de tout doute raisonnable », et l'accusé n'est pas contraignable, c'est-à-dire qu'il n'est pas tenu de témoigner.

- L'acte médical peut aussi être assujéti à l'une ou l'autre des nombreuses lois fédérales ou provinciales qui déterminent la conduite du médecin de façon ponctuelle. C'est le cas, notamment, de l'obligation « statutaire » du médecin de signaler à la Direction de la protection de la jeunesse les situations où un enfant serait en péril à cause de la négligence ou de l'incapacité de ses parents. Ces lois sont assorties, en cas de violation, de sanctions pénales, généralement sous forme d'amendes.
- Un acte médical peut aussi contrevenir au *Code de déontologie des médecins* et entraîner la sanction d'un comité de discipline composé en majorité de pairs. Le médecin n'échappe pas à la sanction déontologique même si, par bonheur, sa faute n'a pas eu de conséquences fâcheuses. Le processus déontologique et disciplinaire n'a aucune fonction d'indemnisation. La justice est vouée, ici, à la protection du public plutôt qu'à la punition du médecin. Selon l'importance de l'infraction, la culpabilité du médecin peut justifier l'imposition d'une réprimande, d'une amende, d'une limitation d'exercice ou d'une radiation temporaire ou permanente. Le comité de discipline peut aussi recommander que l'ordre professionnel impose un stage de perfectionnement au médecin. Enfin, le médecin est contraignable et il peut être obligé de témoigner. Le degré de preuve requis est celui de la prépondérance de la preuve.
- Lorsqu'un acte fautif a causé un préjudice au patient ou à ses proches, le *Code civil* prévoit un régime d'indemnisation : le régime de la responsabilité civile ou professionnelle. Le *Code civil* exige que la victime d'une erreur médicale puisse établir qu'il y a eu faute, qu'un dommage a été subi et qu'il existe un lien de causalité entre la faute et le dommage. Le médecin est contraignable. Le demandeur a le fardeau de la preuve à moins de circonstances particulières, et ce fardeau est celui de la prépondérance de la preuve.
- Si, en plus d'avoir été fautif et d'avoir causé un tort, le médecin a porté atteinte de façon illicite et intentionnelle à un droit fondamental prévu dans la charte des droits du Québec, tel que le droit à l'intégrité physique, le tribunal peut lui imposer des dommages exemplaires.

### 3

## La responsabilité civile médicale

### 3.1

#### *Introduction*

La responsabilité civile médicale est avant tout un régime de réparation d'un préjudice basé sur la faute. La victime doit donc, en premier lieu, prouver l'existence de la faute médicale si elle veut avoir gain de cause devant les tribunaux.

Le *Code civil* établit les règles de la responsabilité civile :

« Toute personne a le devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer de préjudice à autrui.

Elle est, lorsqu'elle est douée de raison et qu'elle manque à ce **devoir**, responsable du **préjudice** qu'elle cause par cette **faute** à autrui et tenue de **réparer ce préjudice**, qu'il soit corporel, moral ou matériel. [...] » (art. 1457).

Cet article établit les trois éléments essentiels d'une poursuite en responsabilité civile :

- la faute, que l'on peut définir comme un manquement à une obligation préexistante, à un devoir ou une règle de conduite ;
- le dommage, car le droit de la responsabilité civile vise à réparer le préjudice. S'il n'y a rien à réparer, il n'y a pas matière à procès, du moins en responsabilité civile ;
- le lien de causalité entre la faute et le préjudice.

Il existe aussi des régimes d'indemnisation sans égard à la faute, où une personne est indemnisée pour le préjudice qu'elle a subi sans qu'elle ait à prouver la faute d'un responsable. Dans le régime d'indemnisation des accidents du travail, par exemple, une personne n'a qu'à démontrer que l'accident est survenu « *par le fait ou à l'occasion du travail* » pour obtenir l'indemnité prévue. De même, en 1978, on a adopté au Québec un régime d'indemnisation sans égard à la faute à l'intention des victimes d'un accident d'automobile, afin d'éliminer le problème des automobilistes insolubles ou d'éviter les procès en responsabilité civile interminables. Plusieurs ont proposé la mise en place d'un système semblable pour indemniser les victimes d'erreurs médicales. Le débat se poursuit.

À noter la situation particulière de la personne qui agit en « bon samaritain ». L'article 1471 du *Code civil* se lit comme suit :

« La personne qui porte secours à autrui [...] est exonérée de toute responsabilité pour le préjudice qui peut en résulter, à moins que ce préjudice ne soit dû à sa faute intentionnelle ou à sa faute lourde. »

## 3.2

### *L'évolution de la notion de faute médicale*

La notion de faute médicale n'est définie de façon précise dans aucune loi ni aucun règlement. C'est donc vers la jurisprudence et la doctrine qu'il faut se tourner.

Jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, la notion de responsabilité médicale n'existe à peu près pas dans la jurisprudence. En 1930, la Cour supérieure s'exprime ainsi : « *Suivant le langage des auteurs, dans les cas graves d'interventions chirurgicales, il n'y a que l'honneur entre la conscience du médecin et le patient et il n'y a entre eux pour juge que Dieu.* »<sup>1</sup>.

Puis, on observe une évolution graduelle. Les règles de la responsabilité civile sont appliquées à l'exercice de la médecine dans les cas de fautes « lourdes, grossières, inexcusables ». En 1948, la Cour supérieure établit, en parlant des médecins comme des hommes de l'art, que : « *Les hommes de l'art ne peuvent être recherchés à l'occasion d'un acte de leur profession qu'autant qu'il constitue une faute grossière tombant sous le sens, indépendamment de toute controverse d'école* »<sup>2</sup>.

En 1957, le principe de la responsabilité civile du médecin est consacré par la Cour d'appel : « *La règle générale est donc que la faute professionnelle est une faute comme une autre* »<sup>3</sup>. Dans le même arrêt, il est établi également que cette responsabilité est de nature contractuelle : « *En effet, dès que le patient pénètre dans le cabinet de consultation du médecin, prend naissance entre celui-ci et le malade, par lui-même ou pour lui-même un contrat de soins professionnels.* »

Le « contrat médical » a donc été reconnu comme pouvant introduire des droits et des obligations de nature contractuelle dans la relation professionnelle médecin-patient : le patient étant tenu, notamment, de collaborer à l'investigation et au traitement, et le médecin de donner des soins de qualité, contre rémunération. Il faut souligner que le régime de la responsabilité civile dite « extracontractuelle » impose, en l'absence d'un contrat, la même obligation de donner des soins de qualité. C'est le cas à la salle d'urgence, entre autres, où le patient inconscient ne peut évidemment pas « passer un contrat » avec l'urgentologue qui le prend en charge.

En 1965, la Cour d'appel définit les quatre obligations du contrat de soins professionnels<sup>4</sup>. On peut les résumer ainsi :

- obligation de renseigner le patient et d'obtenir son consentement ;
- obligation de donner des soins attentifs, prudents, diligents et, sauf dans des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ;
- obligation de ne pas abandonner son patient ;
- obligation d'assurer la confidentialité.

Ainsi, chaque fois qu'un patient poursuit son médecin en responsabilité professionnelle, il doit prouver la faute selon l'article 1457 du *Code civil*, c'est-à-dire un manquement à l'une ou l'autre de ces obligations. Le manquement se définit essentiellement comme le fait de n'avoir pas satisfait aux normes de la profession.



Par conséquent, on doit déterminer si le médecin s'est comporté aussi bien qu'un médecin normalement prudent, compétent et diligent l'aurait fait dans les mêmes circonstances. Selon le critère d'un test objectif, on compare le médecin de famille avec un autre médecin de famille, ou un médecin spécialiste avec un médecin exerçant dans la même spécialité. La jurisprudence montre que, pour faire cette évaluation, il faut se reporter au moment où les faits ont eu lieu et tenir compte des éléments qui étaient alors connus ou qui auraient dû l'être et non des éléments qui sont apparus par la suite<sup>5</sup>. On doit éviter de juger le médecin en utilisant le « rétroscoposcope », c'est-à-dire lui reprocher rétrospectivement d'avoir ou de ne pas avoir fait tel geste.

En outre, il faut avoir recours à des témoins experts — des médecins reconnus pour leur compétence — qui expriment leur opinion sur le geste reproché : répondait-il aux normes de pratique ou à une pratique qui, même si elle n'était pas courante, était reconnue par la profession et conforme aux données de la science ?

Le juge rend sa décision après avoir entendu les témoins des faits et les témoins experts de chaque partie, et après avoir examiné toute la documentation pertinente, tels les dossiers médicaux ou hospitaliers et les articles de revues médicales mis en preuve. Il détermine s'il y a eu faute et dommage, et s'il existe un lien de causalité entre les deux. En outre, le juge doit évaluer et quantifier en dollars le préjudice subi. Si le juge conclut à l'existence d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité, il condamnera le défendeur à payer au demandeur la somme d'argent requise pour l'indemniser pleinement. Cette décision pourra être portée en appel par l'une ou l'autre partie qui souhaite contester la responsabilité, le montant accordé ou les deux à la fois.

### 3.3

#### *La portée des obligations liées au contrat médical*

##### 3.3.1

##### *L'obligation de renseigner le patient et d'obtenir son consentement*

Le principe du consentement libre et éclairé du patient à recevoir des soins est reconnu aussi bien dans la jurisprudence que dans la *Charte des droits et libertés de la personne*, le *Code civil* et le *Code de déontologie des médecins*. Évidemment, le consentement est libre et éclairé dans la mesure où le patient a reçu l'information suffisante et pertinente sur son état ainsi que sur les traitements envisagés, y compris leurs risques et leurs avantages respectifs. Le *Code de déontologie* est particulièrement clair à cet égard :

« Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé » (art. 28).

« Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter » (art. 29).

La jurisprudence reconnaît aussi le principe selon lequel une bonne pratique implique la communication de l'information nécessaire, non seulement au début de la relation mais tout au long du suivi. Le *Code de déontologie* renforce cette exigence de transparence en obligeant dorénavant les médecins à informer les patients de tout incident qui pourrait avoir des conséquences significatives sur leur état de santé :

« Le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier, de tout incident, accident, ou complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique. » (article 56)

Le *Code de déontologie* reprend à son compte une obligation déjà reconnue par la jurisprudence, comme l'illustre un jugement de la Cour supérieure rendu en 1992. Un chirurgien avait procédé à une mastectomie sur la foi d'un rapport faisant état d'un épithélioma canaliculaire infiltrant. Après l'opération, il s'est avéré qu'il s'agissait plutôt d'une mastite granulomateuse. Le chirurgien a été jugé responsable non pas de l'erreur de diagnostic et de traitement, mais d'avoir laissé la patiente dans l'ignorance du deuxième diagnostic et dans la crainte d'une récurrence de son cancer, pendant plus de cinq ans<sup>6</sup>.

Cet exemple montre bien la distinction qu'il faut faire entre l'erreur et la faute. Dans ce cas, il s'agit d'une erreur de diagnostic : les premiers examens portaient fortement à poser un diagnostic de cancer, alors que des examens plus poussés ont permis d'éliminer cette possibilité. Cependant, cette erreur ne constitue pas nécessairement une faute. La faute est plutôt de ne pas avoir respecté la norme de pratique selon laquelle la patiente aurait dû être informée du nouveau diagnostic. Les patients, tout comme la loi, peuvent accepter que le médecin « se » trompe, mais sûrement pas qu'un patient soit trompé.

### 3.3.2

#### *L'obligation de donner des soins attentifs, prudents et diligents*

D'emblée, il est admis que l'obligation de donner des soins attentifs, prudents et diligents ne doit pas être évaluée en fonction des résultats obtenus : ne pas avoir guéri le patient ne laisse évidemment pas présumer que le médecin a commis une faute. Cette obligation est plutôt une obligation dite de moyens : on exigera du médecin qu'il utilise dans ses activités professionnelles des moyens aussi adéquats que ceux qu'aurait utilisés un médecin de formation équivalente dans les mêmes circonstances.

Le médecin peut également être tenu responsable pour des soins donnés par des personnes qui étaient directement sous son autorité, tels un étudiant ou une infirmière qui interviennent sous sa supervision immédiate, en salle d'opération par exemple. On peut poursuivre ce médecin à titre de « commettant » pour la faute de son « préposé momentané », un peu comme on poursuit l'employeur pour la faute de son employé. Le préposé peut aussi être poursuivi personnellement. Cependant, si le personnel de l'hôpital n'est pas sous son autorité immédiate, comme dans le cas de l'infirmière qui fournit des services professionnels dans une unité de soins, la responsabilité du médecin n'est pas engagée par la faute de celle-ci. Cette infirmière engage plutôt sa propre responsabilité et celle de l'hôpital à titre d'employeur.

Un hôpital peut-il être tenu responsable par le patient d'une faute commise par l'un des médecins jouissant de privilèges hospitaliers ? Longtemps, on a considéré que les

services rendus par les médecins qui ne sont pas choisis par les patients, tel le médecin de garde à l'urgence, le radiologiste ou l'anatomopathologiste, devaient être inclus dans la notion de « contrat hospitalier ». L'hôpital pouvait ainsi être tenu responsable de l'inexécution d'une obligation ou de la commission d'une faute par l'un de ces médecins. Pour les autres médecins, on jugeait qu'ils n'étaient pas des employés du centre hospitalier et qu'en conséquence leurs activités ne pouvaient engager la responsabilité de l'hôpital.

Par ailleurs, d'aucuns estimaient plutôt que le contrat hospitalier lie le patient et l'établissement, et s'étend à tous les soins médicaux y compris ceux qui sont donnés par les médecins jouissant de privilèges hospitaliers. Dans cette optique, le patient pouvait s'adresser à l'établissement pour obtenir réparation, même si la faute était strictement médicale. Il appartenait donc à l'hôpital de poursuivre à son tour le médecin responsable. Récemment, un jugement de la Cour d'appel a mis en doute l'existence même d'un contrat hospitalier, car la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* détermine les obligations de l'hôpital et les services auxquels un patient a droit, y compris les services médicaux. L'un des juges s'exprimait ainsi : « *Je suis d'avis que l'institution hospitalière ne saurait répondre d'un acte médical sur lequel elle ne peut exercer aucun contrôle et dont la loi confie la prestation exclusive à un médecin* »<sup>7</sup>.

Depuis l'entrée en vigueur de *La loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, en 2003, les champs d'exercice de plusieurs professionnels de la santé, notamment les infirmières, ont été modifiés et élargis. Toutefois, les règles de la responsabilité professionnelle demeurent les mêmes. Chaque professionnel engage sa propre responsabilité et, en l'absence d'un lien de « préposition », il ne sera pas tenu responsable de la faute d'un tiers.

Il existe des cas où plusieurs médecins sont poursuivis conjointement. L'article 1478 du *Code civil* permet au juge de départager la responsabilité et de déterminer la part de l'indemnité devant être acquittée par chaque défendeur. Ce partage ne vaut qu'entre eux et ne prive pas le demandeur du droit d'exécuter la totalité du jugement contre l'un ou l'autre des défendeurs.

Après l'entrée en vigueur du règlement sur « l'incorporation », le médecin au Québec pourra exercer sa profession au sein d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (SARL) ou d'une société par actions (SPA) constituée à cette fin. Le médecin ne sera pas tenu personnellement responsable des obligations de la société ou d'un autre professionnel, eu égard aux fautes ou aux négligences commises par ce dernier, son préposé ou son mandataire dans l'exercice de leurs activités professionnelles au sein de la société. Par contre, sa responsabilité professionnelle envers le patient demeurera inchangée. En outre, le médecin exerçant sa profession au sein d'une société devra fournir et maintenir, pour cette société, une garantie contre sa responsabilité professionnelle qui satisfait aux exigences du Collège. Le médecin a donc avantage à consulter pour connaître les autres exigences prévues par la loi.

### 3.3.3

#### *L'obligation de ne pas abandonner son patient*

Le non-respect de l'obligation de ne pas abandonner son patient est parfois décrite par les juristes comme une faute par omission. La jurisprudence et la doctrine établissent que le médecin doit rester raisonnablement disponible pour sa clientèle, en tenant compte de l'état de chaque patient.

L'obligation de suivi a d'ailleurs été précisée dans le *Code de déontologie* :

« Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un confrère ou un autre professionnel puisse le faire à sa place » (art. 32).

« Le médecin désirant diriger un patient vers un autre médecin doit assumer la responsabilité de ce patient aussi longtemps que le nouveau médecin n'a pas pris celui-ci en charge » (art. 33).

« Le médecin qui traite un patient nécessitant des soins d'urgence doit en assurer la prise en charge requise par son état jusqu'à l'acceptation du transfert par un autre médecin » (art. 34).

Le médecin doit s'acquitter de cette obligation partout où il exerce sa profession. Il doit être particulièrement vigilant dans certains secteurs d'activité à risques, entre autres les cliniques sans rendez-vous ou les urgences, ou encore lorsqu'il interrompt certaines de ses activités.

Une nouvelle disposition du *Code de déontologie* interdit au médecin de participer à une action concertée de nature à mettre en danger la santé ou la sécurité d'une clientèle ou d'une population (art. 13). Il sera intéressant de voir comment la jurisprudence traitera de la pertinence de cette disposition en matière de responsabilité civile.

### 3.3.4

#### *L'obligation d'assurer la confidentialité*

Le droit au secret professionnel est un droit reconnu tant dans la *Charte des droits et libertés de la personne* que dans le *Code civil*, le *Code des professions* et la *Loi médicale*. Le *Code de déontologie*, quant à lui, réaffirme ce droit, mais prévoit certaines dérogations :

« Le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel :

ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient ou la loi l'y autorise, ou lorsqu'il y a une raison impérieuse et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage » (art. 20, al.5).

En effet, certaines lois obligent le médecin à divulguer, par exemple à la Direction de la protection de la jeunesse ou à la Direction de santé publique, des renseignements considérés comme essentiels à la protection de la santé ou de la sécurité de certaines personnes ou de la population. D'autres dispositions législatives viennent autoriser cette divulgation. Ainsi une loi a été adoptée, en 2001, afin de prévenir des actes de violence, dont le suicide (projet de loi n° 180). Cette loi modifie plusieurs autres dispositions législatives en vue de permettre la communication de renseignements confidentiels sans le consentement de la personne concernée, lorsqu'il existe un motif

raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Elle prévoit toutefois qu'on ne peut communiquer cette information qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours, et qu'on ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Le *Code de déontologie* précise d'ailleurs les éléments qui doivent être consignés au dossier médical pour justifier un tel bris de confidentialité (art. 21). Dans la mesure où le médecin satisfait à ces exigences, on ne peut lui faire de reproches ni au plan déontologique ni en responsabilité professionnelle. Par contre, la responsabilité du médecin pourrait être engagée si un événement malheureux résultait du défaut d'avoir alerté les personnes en danger ou les autorités policières.

Le médecin peut aussi être libéré de l'obligation du secret professionnel lorsque le patient y renonce explicitement ou même implicitement. Ainsi, la jurisprudence reconnaît que le patient renonce au secret professionnel lorsqu'il intente une poursuite contre son médecin. Dans la mesure où l'information confidentielle est pertinente, le médecin peut d'ailleurs l'utiliser pour sa défense.

### 3.4

#### *Les règles relatives à la preuve*

##### 3.4.1

##### *La preuve de la norme de pratique*

Le fardeau de la preuve repose sur les épaules du demandeur. Il appartient donc au patient de prouver — habituellement en présentant la preuve d'experts — que le médecin n'a pas respecté les normes de pratique reconnues. Il devra établir que le médecin poursuivi n'a pas donné la même qualité de soins que celle à laquelle on se serait attendu d'un autre médecin ayant la même formation et dans les mêmes circonstances. Le médecin poursuivi peut également faire entendre ses témoins experts.

Contrairement au droit criminel, où l'on exige une preuve « hors de tout doute raisonnable », en responsabilité civile et professionnelle, le degré de preuve requis est celui de la prépondérance de la preuve. À noter que ce fardeau n'est pas du même ordre que celui de la preuve d'expertise scientifique.

##### 3.4.2

##### *La présomption de fait*

Certaines circonstances peuvent justifier un renversement du fardeau de la preuve, autant au chapitre de la faute qu'en ce qui concerne le lien de causalité. Les articles 2846 à 2849 du *Code civil* permettent d'accorder au demandeur le bénéfice d'un tel renversement lorsque le tribunal estime qu'il est en présence de « présomptions graves, précises et concordantes ». L'exemple classique est l'oubli d'une compresse ou d'un instrument au site d'une intervention chirurgicale. Il échoit alors au médecin d'apporter des explications raisonnables établissant qu'il n'a commis aucune faute.

### 3.5

#### *Le délai de prescription*

Toute action en justice doit être intentée dans un certain délai, au terme duquel ce droit s'éteint et l'action en justice est prescrite. Les actions en responsabilité médicale sont soumises à une prescription légale de trois ans. Si la victime, son représentant ou ses proches ne respectent pas ce délai, le droit revendiqué s'éteint.

La loi prévoit que le délai de prescription peut être suspendu, si la victime démontre qu'elle était « dans l'impossibilité en fait d'agir ». Ainsi, lorsque la victime ignore le geste fautif du médecin, le délai de prescription est suspendu ; surtout si le médecin a entretenu cette ignorance en gardant le silence sur un incident. En règle générale, le délai de prescription débute à la date où s'est commise la faute ou le préjudice s'est manifesté pour la première fois.

### 3.6

#### *L'indemnisation*

En responsabilité médicale, il est clairement établi que le montant accordé à une victime doit compenser la perte qu'elle a subie et le gain dont elle est privée. L'indemnisation prend la forme d'un montant en capital payé comptant à la victime, à moins que « les parties en conviennent autrement ».

Les dommages-intérêts sont versés pour compenser les pertes pécuniaires et les pertes non pécuniaires.

- **Les pertes non pécuniaires** comprennent le préjudice moral subi, les douleurs, les souffrances et les inconvénients vécus ainsi que la perte de soutien moral éprouvée par un proche quand la victime décède ou est blessée sérieusement. Cette catégorie particulière de dommages s'inscrit dans l'approche adoptée par les tribunaux pour assurer la réparation intégrale du préjudice causé. Il peut être difficile de quantifier ces pertes. Aussi, à la fin des années 1970, la Cour suprême du Canada a rendu trois arrêts de principe où elle a conclu que, à moins de circonstances exceptionnelles, le dédommagement maximum à ce titre ne devrait pas dépasser 100 000 \$. Compte tenu du taux d'inflation depuis plus de 25 ans, ce maximum serait aujourd'hui d'au moins 300 000 \$.
- **Les pertes pécuniaires** comprennent le coût des soins passés et futurs, le coût d'adaptation du domicile le cas échéant, et surtout, la perte de capacité de gain de la victime ou de soutien financier pour un proche. Pour évaluer la perte de capacité de gain ou de soutien financier, il faut calculer la somme d'argent requise pour permettre à la victime d'obtenir l'équivalent de ce qu'elle aurait obtenu pendant la période de sa vie active au travail ou à son proche d'obtenir la part de cette somme qui lui aurait été consacrée. La détermination de ce montant incombe au premier juge qui conclut à la responsabilité et elle repose sur la preuve d'expertise actuarielle présentée par les parties.

Enfin, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1994, lorsque le juge estime que, au moment où il rend jugement, il n'a pas assez d'information sur l'évolution de la condition physique de la victime, il peut accorder à celle-ci le droit de s'adresser à nouveau à la Cour pour faire réévaluer sa condition et réclamer des dommages-intérêts additionnels.

## 3.7

### *Les tribunaux civils*

#### 3.7.1

##### *En première instance*

Les réclamations de moins de 7 000 \$ sont présentées à la Cour des petites créances. Pour les réclamations entre 7 000 \$ et 70 000 \$, il faut s'adresser à la Chambre civile de la Cour du Québec et pour celles de plus de 70 000 \$, à la Cour supérieure.

#### 3.7.2

##### *En appel*

La Cour d'appel entend de plein droit l'appel d'un jugement de la Cour du Québec ou de la Cour supérieure si les sommes en jeu excèdent 50 000 \$. Sinon l'appel n'est autorisé que sur permission.

La Cour suprême accepte d'entendre sur permission uniquement l'appel d'un jugement de la Cour d'appel qui présenterait un intérêt national ou constituerait une cause éminemment importante et nouvelle. Les décisions de la Cour suprême sont finales.

## 3.8

### *L'assurance-responsabilité professionnelle*

En vertu du *Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle des médecins*, qui découle des dispositions du *Code des professions*, le médecin a l'obligation de souscrire et de maintenir en vigueur un contrat d'assurance en cette matière ou de fournir la preuve que son employeur détient un contrat d'assurance dont la garantie s'étend nommément à lui et que ce contrat comporte une garantie pour les limites minimales fixées par le Règlement. L'adhésion à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) permet aussi de satisfaire aux exigences du Règlement.

Le médecin peut opter pour l'une ou l'autre des assurances suivantes :

- **La protection offerte par l'ACPM** — Cette protection est garantie sur une base « d'événement » : l'Association défend le médecin si, au moment de l'événement, il en était membre.
- **La protection offerte par une compagnie d'assurance** — La compagnie assume la défense du médecin, qui repose sur la réclamation présentée, s'il était son assuré à la date de la poursuite.

Dans les deux cas, l'assureur paie les frais de défense et acquitte, le cas échéant, le montant du règlement ou du jugement, dans les limites prévues au contrat d'assurance, s'il en est.

Cependant, si un médecin était membre de l'ACPM en 1995 et a fait l'objet d'une poursuite en 1996 pour un acte accompli en 1994, l'ACPM ne le défendra pas, car il n'en était pas membre au moment de l'événement. En outre, l'assureur auprès de qui

un médecin était assuré en 1993 mais pas en 1996 ne le défendra pas non plus parce qu'il n'était plus son assuré à la date de la réclamation. Il est donc essentiel pour un membre de l'ACPM de combler ce vide en se prévalant de la couverture supplémentaire offerte pour les actes antérieurs à son adhésion.

### 3.9

#### *La tenue des dossiers*

On ne saurait trop insister sur l'importance de constituer de bons dossiers médicaux, en cabinet, et sur celle de verser toutes les notes requises aux dossiers hospitaliers. Ces dossiers sont non seulement essentiels pour les soins mais, en cas de litige, les meilleurs outils pour établir les faits. Dans un jugement très récent de la Cour d'appel, on peut lire :

« Je suis d'accord avec le procureur de l'appelante lorsqu'il plaide que l'on doit d'abord se fier aux notes du dossier médical et que, sauf explications plausibles et claires, on doit tenir pour ce qui n'a pas été noté, n'a pas en principe été fait »<sup>8</sup>.

Il faut aussi préciser que, en cas de poursuite, le médecin doit rechercher l'aide immédiate de son assureur. En effet, c'est à l'assureur qu'il incombe d'assurer la défense du médecin et, s'il est démontré que le médecin a commis une faute professionnelle, d'indemniser la victime. Le médecin ne devrait donc pas entreprendre seul des démarches et ainsi risquer de porter préjudice à sa cause et de se voir opposer un refus de protection.

#### RÉFÉRENCES

1. *Caron c. Gagnon*, (1930) 68, C.S., 158.
2. *Fafard c. Gervais*, (1948) C.S., 128, 129.
3. « X » c. *Mellen*, (1957) B.R. 369.
4. *Beausoleil c. La Communauté des Sœurs de la Charité de la Providence*, (1965) B.R. 37.
5. *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, (1992) 1 R.C.S. 351.
6. *Nikkel c. Danaïs et De Foyard Brown*, CSQ 200-5-002046-881.
7. *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, 200-09-000914-967.
8. *Marie-Josée Bérubé c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, 200-09-003122-006.

#### BIBLIOGRAPHIE

- LESAGE-JARJOURA, P., et S. PHILIPS-NOOTENS. *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien des médecins*, 2<sup>e</sup> édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2001, 518 p.
- BAUDOUIN, J.L., et P. DESLAURIERS. *La responsabilité civile*, 6<sup>e</sup> édition, Cowansville, Éditions Yves Blais, 2003, 2000 p.
- DESLAURIERS, P. « La responsabilité médicale et hospitalière », *Responsabilité*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2003, p. 113-135, « Collection de droit 2003-2004 », vol. 4.



## 4

### Les obligations des médecins en vertu de certaines lois

Comme il a été expliqué précédemment, le médecin pratique sa profession dans un environnement légal et réglementaire. Il est soumis, comme tout autre citoyen, aux règles légales que s'est données la société et il doit exercer la médecine dans le respect de certains droits, tels les droits à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne, à la vie privée et au secret professionnel. Cependant, il lui est parfois permis de violer ces droits afin de pouvoir soigner et protéger la personne ou la population.

Il apparaît donc important de faire d'abord un survol des principales lois qui créent des régimes d'exception à des droits fondamentaux et imposent, par le fait même, des obligations particulières au médecin.

Ainsi, le *Code civil du Québec* détermine et délimite certaines atteintes au droit à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne dans un contexte de soins. Les dispositions de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* précisent ces règles générales. Plusieurs dispositions légales prévoient des exceptions au respect du secret professionnel. Le *Code de déontologie des médecins* prévoit qu'un médecin « ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient ou la loi l'y autorise, ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage » (art. 20, al. 5). Par ailleurs, la *Loi sur la protection de la jeunesse*, la *Loi sur la santé publique*, le *Code de la sécurité routière* et la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* permettent au médecin, voire lui imposent l'obligation dans certains cas, de signaler la situation de son patient à une autorité administrative chargée d'assurer la sécurité ou la protection de certaines personnes.

Enfin, on traitera brièvement d'autres lois qui accordent des droits et des recours aux citoyens et imposent des obligations au médecin afin que ces droits puissent être exercés, telles la *Loi sur l'assurance automobile*, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*.

Les articles les plus pertinents des textes législatifs cités dans cette section ainsi qu'un exemplaire de certains formulaires que doit remplir le médecin pour respecter ses obligations sont joints en annexe.

#### 4.1

##### *Code civil du Québec*

L'article 10 du *Code civil du Québec* consacre le droit à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne. L'importance accrue du respect de la personne au cours des 30 dernières années s'inscrit dans le mouvement de défense des droits individuels. Plusieurs facteurs ont favorisé cette évolution, entre autres les progrès spectaculaires des biotechnologies et le rejet du paternalisme médical.

Les interventions chirurgicales, les soins médicaux, les expérimentations et la garde en établissement portent atteinte à l'intégrité de la personne. Comme elles sont nécessaires au mieux-être de la personne, le législateur encadre ces violations et les soumet à des conditions strictes. Les atteintes justifiées sont permises lorsque la personne y consent ou que la loi les prévoit.

Une section complète du *Code civil*, soit les articles 11 à 25, est consacrée aux soins ; elle s'articule autour de deux thèmes : le consentement et la nature des soins. Le terme soins englobe tout genre d'examen, de prélèvements, de traitements ou d'interventions, de nature médicale, psychologique ou sociale, requis ou non par l'état de santé, physique ou mentale, de la personne.

Le consentement aux soins doit non seulement exister, mais être libre et éclairé, c'est-à-dire que la personne le donne sans contrainte et sans pression induite après avoir reçu une information suffisante. La personne consent pour elle-même. Exceptionnellement, un tiers peut autoriser une atteinte à l'intégrité d'une personne qui est sous sa charge ou sa protection. On parle alors d'un consentement substitué aux soins, notamment, pour un mineur de moins de 14 ans, un mineur de 14 ans et plus selon la nature des soins et dans certaines circonstances, ainsi que pour une personne majeure inapte. À noter que l'incapacité juridique d'une personne n'exclut pas systématiquement son consentement ou son droit de refus. En effet, l'incapacité peut parfois se limiter à l'administration des biens. Dans d'autres cas, la personne inapte peut comprendre la portée des soins et leurs effets. Elle peut donc librement y consentir ou les refuser. En situation d'urgence, le consentement aux soins n'est pas requis lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée, et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

Le consentement est habituellement exprimé verbalement. L'article 24 du *Code* exige le consentement écrit lorsque les soins ne sont pas requis par l'état de santé et s'il porte sur l'aliénation d'une partie du corps ou sur l'expérimentation. Cependant, la révocation peut toujours se faire verbalement.

La garde en établissement et l'examen psychiatrique obligatoire constituent des mesures exceptionnelles de soins. Elles privent la personne de sa liberté physique et lui imposent un examen qui porte atteinte à son droit à l'intégrité et à l'inviolabilité. C'est pourquoi le législateur a jugé pertinent de leur consacrer toute une section. Les articles 26 à 31 du *Code* encadrent rigoureusement ces interventions et établissent le droit commun en cette matière, qui fait par ailleurs l'objet d'autres lois, telle la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.

« Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise » (art. 26). Le critère retenu par le législateur pour créer ce régime de protection est celui de la dangerosité. L'évaluation du danger que présente une personne implique l'analyse d'un ensemble de facteurs. Le législateur impose donc que la dangerosité soit appréciée et déterminée dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Le *Code civil* autorise cependant la garde préventive d'une personne lorsque le danger est grave et immédiat.

## 4.2

### *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*

Cette loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 1998 et remplace la *Loi sur la protection du malade mental*. Les mesures de protection édictées complètent les dispositions plus générales du *Code civil*.

L'article 7 de la Loi reprend la notion définie dans le *Code civil* relativement à la garde préventive lorsque le danger est grave et immédiat. Cependant, il précise que le pouvoir d'imposer une garde préventive est conféré aux médecins en établissement seulement et qu'elle ne peut excéder 72 heures. À l'expiration de ce délai, la personne doit être libérée à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir un examen psychiatrique. La Loi prévoit également que l'on peut faire appel à un agent de la paix pour amener le patient contre son gré, jusqu'à l'établissement (art. 8).

Lorsqu'une garde de plus de 21 jours a été ordonnée par le tribunal, la personne sous garde doit être soumise à des examens périodiques, afin de vérifier si la garde est toujours nécessaire.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

- BARREAU DU QUÉBEC. SERVICE DE LA FORMATION PERMANENTE. *Développements récents en droit de la santé mentale (1998)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 299 p.
- MARCHAND, M., D. LABERGE et J.B. TRUDEAU. « Le médecin de première ligne et le patient suicidaire ou désorganisé », *Le Collège*, Collège des médecins du Québec, vol. 42, printemps-été 2002, p. 18-21.
- VEILLEUX, A.M. « Modification du cadre législatif de la garde en établissement », *L'Actualité médicale*, « Cahier de formation médicale continue », n° 102, 26 mai 1999, p. 2-8.

## 4.3

### *Loi sur la protection de la jeunesse*

Aux termes de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, tout professionnel, y compris le médecin, qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de penser que la sécurité ou le développement d'une enfant puisse être compromis doit signaler la situation au directeur de la protection de la jeunesse (art. 39).

L'article 38 énumère les situations dans lesquelles la sécurité ou le développement d'un enfant sont compromis : lorsqu'il y a abus sexuels, mauvais traitements physiques et psychologiques ou lorsque son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés. Le médecin qui ne respecterait pas cette obligation s'expose à des sanctions pénales (art. 134).

Le secret médical ne fait pas obstacle à l'exercice de cette obligation. Le *Code de déontologie des médecins du Québec* est clair à cet égard. Il prévoit que le médecin peut divulguer des renseignements confidentiels lorsque la loi l'y autorise (art. 20 ). Il précise que le médecin doit signaler les situations d'abus au directeur de la protection de la jeunesse et lui fournir tous les renseignements pertinents pour protéger l'enfant (art. 39).

## 4.4

### *Loi sur la santé publique*

Cette loi est entrée en vigueur en 2002 et remplace la *Loi sur la protection de la santé publique*. Elle a pour objet de protéger la santé de la population et de mettre en place des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population en général. Certaines mesures édictées par la Loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire dans la population et à leur donner les pouvoirs nécessaires pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée.

Ainsi, en vertu de l'article 82 de la Loi, le médecin doit déclarer à la Direction de santé publique toute infection, maladie ou intoxication dont le nom figure sur la liste des maladies à déclaration obligatoire (MADO). De plus, s'il soupçonne une menace à la santé de la population, autre qu'une MADO, il doit la signaler au directeur de santé publique de son territoire (art. 93). Il faut souligner que ces déclarations sont obligatoires et que le médecin qui omet de les faire commet une infraction et est passible d'une amende.

Les modalités de déclaration ainsi que la liste des MADO ont été mises à jour en novembre 2003. Certaines maladies, telle la scarlatine, ont été supprimées de la liste, alors que d'autres y ont été ajoutées, notamment les infections causées par le virus du Nil occidental (VNO), le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et les écloisons à staphylocoque doré résistant à la méthicilline (SARM) et à l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV). Seule la tuberculose reste une maladie à traitement obligatoire. Par ailleurs, il n'existe plus qu'un seul formulaire de déclaration, le AS-770, qui a aussi été modifié. En plus des renseignements habituels, on doit maintenant y inscrire le numéro d'assurance maladie, le nom du laboratoire auquel le prélèvement a été soumis ainsi que la date du prélèvement, le cas échéant et, pour les maladies transmissibles par le sang, l'information sur le don ou la réception de sang, de produits sanguins, de tissus ou d'organes. Ce formulaire inclut aussi la déclaration des infections transmissibles sexuellement, qui est maintenant nominative.

Le médecin doit acheminer les déclarations à la Direction de santé publique de son territoire dans les 48 heures suivant la consultation, sauf dans le cas des maladies à surveillance extrême, qui doivent en outre être déclarées immédiatement par téléphone ou par télécopieur au directeur national de santé publique ainsi qu'au directeur de santé publique du territoire.

Le sida et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont des maladies à déclaration obligatoire uniquement lorsqu'il y a eu don ou réception de sang, de produits sanguins, de tissus ou d'organes. Dans ce cas, le médecin doit remplir le formulaire AS-770. Cependant, l'infection par le VIH fait l'objet d'une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance. L'information est recueillie par un intervenant de la Santé publique, par téléphone, auprès du médecin qui a prescrit le test de dépistage.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

- MÉTHOT, D. « Première révision majeure des MADO en 31 ans : vingt-trois nouvelles maladies », *L'Actualité médicale*, vol. 24, n° 45, 10 décembre 2003, p. 4.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Sujet : Santé publique. [En ligne] [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/index.html](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/index.html)

## 4.5

### *Code de la sécurité routière*

Le *Code de la sécurité routière* est assorti d'une obligation discrétionnaire pour le médecin de signaler à la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) l'état de santé d'un patient qu'il juge inapte à conduire un véhicule routier. Dans une telle situation, on recommande au médecin de donner son opinion au patient sur son état de santé et le risque qu'il représente s'il conduit. Cependant, si le médecin a quelque raison de croire que son patient ne respectera pas l'interdiction de conduire et qu'il présente un risque sérieux pour la sécurité du public lorsqu'il conduit un véhicule, il doit en informer la SAAQ.

Il faut noter que ce type de signalement constitue une dérogation au secret professionnel qui est autorisée par la Loi et qu'en conséquence le médecin n'a pas besoin d'obtenir l'autorisation du patient. De plus, la Loi le protège des poursuites en dommages pour avoir effectué un tel signalement.

Le *Règlement sur les normes médicales et optométriques pour la conduite d'un véhicule routier et sur les conditions dont un permis peut être assorti* établit les normes médicales et optométriques qui sont utilisées au Québec pour déterminer l'aptitude à conduire d'un automobiliste et les restrictions nécessaires compte tenu de son état de santé. En cas de doute sur la capacité d'un patient de conduire un véhicule, le médecin devrait recommander que celui-ci se soumette à une évaluation exhaustive de cette capacité.

La SAAQ publie le *Guide de l'évaluation médicale et optométrique des conducteurs au Québec* que l'on peut télécharger (format PDF) de son site Web.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Détermination de l'aptitude médicale à conduire : guide du médecin*, 6<sup>e</sup> édition, Ottawa, Association médicale canadienne, 2000, 89 p.

« Rappel : Personnes âgées et conduite automobile », *Le Collège*, Collège des médecins du Québec, vol. 43, n<sup>o</sup> 1, hiver 2003, p. 19.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. *Guide de l'évaluation médicale et optométrique des conducteurs du Québec*, édition révisée, Québec, Société de l'assurance automobile du Québec, 1999, 48 p.

## 4.6

### *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*

Cette loi prévoit que le médecin qui constate un décès dont il ne peut établir les causes probables ou qui lui paraît être survenu dans des circonstances obscures ou violentes doit en aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix. Elle établit également que le coroner doit être avisé des décès survenus dans un centre d'accueil, un centre de réadaptation, un centre de travail adapté, un établissement de détention, un pénitencier, une unité sécuritaire au sens de la *Loi sur la protection de la jeunesse* ou un poste de police.

Il en est de même du décès d'une personne mise sous garde dans un établissement de santé, d'un enfant sous la garde du titulaire d'un permis du ministère de la Famille et de l'Enfance et d'une personne en famille d'accueil ou prise en charge par une ressource de type familial. Toutefois, dans tous ces cas, la Loi prévoit que l'avis doit être donné au coroner par le directeur du lieu visé ou par la personne qui en exerce l'autorité. Le médecin devrait cependant demeurer vigilant et s'assurer que ces cas de décès sont également soumis au coroner.

## 4.7

### *Loi sur l'assurance automobile*

### *Loi sur la santé et la sécurité du travail*

### *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*

Ces lois ont pour objet, notamment, de conférer des droits et des recours aux personnes victimes de préjudices d'ordre physique ou psychologique causés par un accident d'automobile ou encore « par le fait ou à l'occasion » de leur travail.

Lorsqu'un médecin prend en charge un travailleur victime d'une lésion professionnelle, d'un accident du travail ou d'un accident d'automobile, il doit fournir dans les délais prescrits, selon l'état de son patient, les rapports et les certificats requis. L'établissement de ces rapports par le médecin traitant est nécessaire pour que le patient puisse faire valoir son droit et ainsi obtenir une indemnisation.

Le médecin devrait donc être diligent lors de l'évaluation d'un patient, d'une part, afin de vérifier si l'état de son patient est dû à une maladie ou lésion professionnelle, à un accident du travail ou à un accident d'automobile et, d'autre part, pour recueillir toute l'information nécessaire à la rédaction des formulaires destinés aux organismes administratifs chargés de l'application de ces lois.

## 5

## Conclusion

Le Québec a hérité d'un système juridique complexe. D'une part, les lois constitutionnelles ont établi les champs de compétence des gouvernements fédéral et provinciaux. Ainsi, l'exercice de la médecine au Québec est assujéti à la législation fédérale, notamment le droit criminel, et à diverses lois du Québec, dont le *Code des professions*, *Loi médicale* et le *Code civil*. D'autre part, même si le droit public au Québec est de tradition britannique, le droit privé est issu du droit français et a subi une influence britannique. Le droit de la responsabilité civile relève des dispositions du *Code civil* au Québec, alors que les autres provinces appliquent la *common law* en matière de responsabilité civile. Toutefois, force est de constater que dans les deux cas on en arrive souvent aux mêmes décisions. Enfin, le Québec et le gouvernement fédéral ont tous deux adopté une charte des droits qui garantit certains droits fondamentaux au citoyen et assujéti les autres lois aux exigences des chartes. Ils ont aussi adopté plusieurs lois qui ont une incidence plus ou moins directe sur la pratique médicale.

Pour les médecins, il n'est pas facile de se retrouver dans ce dédale juridique et législatif, et de comprendre qu'un même acte médical peut enclencher l'application :

- d'une disposition de la charte qui protège, par exemple, l'intégrité de la personne, dont la violation peut se solder par une condamnation à des dommages-intérêts et, lorsque l'atteinte à un droit fondamental est « illicite et intentionnelle », à des dommages exemplaires ;
- du *Code criminel*, qui interdit l'euthanasie « active », notamment, et prévoit des sanctions destinées à traduire la réprobation de la société et à assurer la protection du public ;
- du *Code de déontologie des médecins*, si l'acte viole une norme de conduite que l'ensemble des médecins se sont imposée, ce qui peut mener à des sanctions disciplinaires dont le but premier est la protection du public ;
- de la responsabilité civile, si un geste fautif a aussi eu pour effet de causer un dommage à autrui ;
- d'une sanction sous forme d'amende imposée par le tribunal si, dans l'exercice de son art, le médecin a ignoré la disposition d'une loi particulière ou d'un règlement.

Quoique différents, ces mécanismes font partie d'un ensemble de mesures législatives dont l'objet ultime est d'assurer à la population des soins de qualité. Même si la responsabilité civile vise d'abord à indemniser les patients qui ont subi un préjudice, ce mécanisme est lié aux devoirs professionnels et à la déontologie médicale, au même titre que la déontologie médicale est liée aux lois qui ont une incidence sur l'exercice de la médecine.

Pour autant qu'on considère aussi les lois et les règlements comme des balises, qui ne visent pas à nuire mais à guider, ces règles devraient faciliter, en pratique, la prise de décisions des médecins et des patients. De fait, ces décisions devraient tenir compte des choix de société, des obligations professionnelles des médecins, des droits et des attentes des patients ainsi que des intérêts et des convictions de chacun.

## **PARTIE II**

### **L'INTÉGRATION EN CLINIQUE DES ASPECTS ORGANISATIONNELS, DÉONTOLOGIQUES ET LÉGAUX**

#### **APPROCHE PAR THÈMES**

### **INTRODUCTION**

En pratique, l'exercice de la médecine exige du médecin qu'il sache appliquer ses connaissances scientifiques de manière à répondre aux besoins de santé de ses patients, tout en respectant les règles d'éthique de la profession et le cadre légal de la juridiction où il exerce.

Pour illustrer l'intégration des aspects organisationnels, déontologiques et légaux dans la pratique médicale, quatre thèmes, accompagnés d'exemples cliniques, sont abordés dans cette partie, soit :

- le consentement ;
- le secret professionnel ;
- les enjeux de fin de vie ;
- les convictions personnelles.

Dans notre société, le consentement et le secret professionnel font l'objet d'un large consensus, qui se traduit par des repères légaux et déontologiques assez clairs. Toutefois, l'application de ces balises à des cas particuliers exige discernement et vigilance de la part du médecin.

Par ailleurs, les situations de fin de vie posent des enjeux particulièrement difficiles puisqu'elles obligent le médecin à concilier ses obligations professionnelles avec des contraintes légales et des convictions personnelles qu'il ne partage pas nécessairement.

Quant à l'objection de conscience, elle représente la situation extrême, dans laquelle les convictions de chacun s'avèrent inconciliables. Dans ce cas, le défi moral est de trouver quand même un arrangement qui respecte toutes les parties en cause.

L'objectif de la Partie II est d'illustrer, à l'aide de certaines situations cliniques particulières, l'application et l'intégration de principes déontologiques, éthiques et légaux dans l'exercice de la médecine. Dans cette optique, d'autres thèmes d'actualité seront abordés éventuellement.



## A

## LE CONSENTEMENT

## Cas clinique

M<sup>me</sup> Lise T., une patiente âgée de 46 ans, souffre depuis trois jours de douleurs abdominales. Lorsqu'elle vous est amenée, elle est en état de choc septique et son abdomen est gonflé. La thérapie volémique et antibiotique est entreprise, puis une laparotomie urgente est envisagée. Vous devez expliquer la situation à la patiente et lui demander son consentement.

**Que faites-vous ?**

## 1

## Qu'est-ce que le consentement libre et éclairé ?

Le consentement est « la manifestation de la volonté expresse ou tacite par laquelle une personne approuve un acte que doit accomplir une autre<sup>1</sup> ». En reconnaissant au patient le droit de consentir à des soins, on lui reconnaît aussi, implicitement, celui de les refuser.

La nécessité du consentement est clairement énoncée dans le *Code civil du Québec* :

## Article 11

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

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

Le droit du patient au consentement et le devoir conséquent du professionnel de la santé de rechercher ce consentement avant toute investigation ou tout traitement s'inscrivent dans le respect du droit à l'inviolabilité de la personne, protégé par les chartes canadienne et québécoise des droits et des libertés de la personne ainsi que par le *Code civil du Québec*. Sans le consentement d'une personne, ou de son représentant légal, aucun professionnel ne peut traiter cette personne ni entreprendre d'investigation la concernant, sauf dans des situations exceptionnelles. Cette préoccupation se reflète également dans le *Code de déontologie des médecins du Québec* (art. 28-31).

Pour être valide, le **consentement** à l'investigation ou au traitement, tout comme le refus, doit être **libre et éclairé**.

Pour que le **consentement** soit **libre**, il doit être obtenu sans aucune forme de pression, de menace, de contrainte ou de promesse de la part du médecin, de la famille ou de l'entourage du patient. Il doit également être obtenu sans menace de représailles, par exemple que soient suspendus soutien et assistance si le patient refuse de se soumettre aux investigations ou aux traitements proposés. Pour donner un tel consentement, la personne, ou son représentant légal, doit être **apte à consentir** (voir 2. L'aptitude à consentir) et être en pleine possession de ses moyens ;

par conséquent, ses facultés ne doivent pas être affaiblies par l'alcool, les sédatifs ou toute autre drogue.

Le **consentement** doit aussi être **éclairé**. Les textes légaux font la distinction entre « libre » et « éclairé », bien que, dans la vie courante, les deux notions soient indissociables : il est en effet impossible de se considérer comme libre de décider sans être adéquatement informé. La liberté de décision va donc de pair avec l'information.

Pour obtenir le consentement libre et éclairé du patient, il faut lui fournir, notamment, les renseignements suivants :

- le diagnostic ;
- la nature du traitement ;
- les interventions à effectuer ;
- les bénéfices et les risques associés aux interventions ;
- les conséquences d'un refus ou d'une non-intervention ;
- les autres possibilités de traitement.

Même si ce sont d'abord les **bénéfices** qui sont recherchés par le patient et le médecin et que ceux-ci font l'objet d'une attention particulière en vue de l'obtention du consentement, ils ne peuvent à eux seuls constituer toute l'information requise.

En effet, l'exposition des **risques** est aussi nécessaire et doit tenir compte de la situation particulière du patient. Les risques graves et peu fréquents (p. ex. paralysie) doivent être dévoilés, mais en termes reliés au contexte précis du patient. Les risques fréquents doivent être mentionnés également, même ceux qui sont apparemment mineurs, dans la mesure où ils peuvent avoir des conséquences particulières pour le patient. Par exemple, une chirurgie à un doigt n'aura pas la même portée pour un pianiste professionnel que pour un gardien de sécurité. Cette exposition des bénéfices et des risques de l'intervention doit permettre au patient de juger de la situation, à partir de la perception la plus juste possible de la réalité, et de prendre la meilleure décision pour lui-même dans les circonstances.

Les **autres possibilités de traitement** font également partie de l'information à transmettre. Le médecin doit donc présenter toutes les options au patient, y compris ce qui pourrait arriver si celui-ci refusait l'investigation ou le traitement.

Mais il ne suffit pas d'expliquer tous les bénéfices et les risques possibles : encore faut-il s'assurer que la personne les a compris et qu'elle a saisi leurs répercussions sur sa vie. Voilà pourquoi le médecin doit présenter l'information dans un langage simple et compréhensible pour le patient. Ce dernier doit également avoir la possibilité de poser des questions et d'obtenir des réponses qu'il juge satisfaisantes avant de donner son accord.

Par ailleurs, le **consentement écrit** est nécessaire pour les procédures suivantes :

- l'anesthésie ;
- l'intervention chirurgicale ;
- l'aliénation entre vifs (don d'organes) ;

- l'expérimentation ;
- les soins non thérapeutiques ;
- les soins prodigués dans un établissement ;
- la prise de photos, la confection de films ou de documents vidéo.

Soyons clairs : le consentement libre et éclairé est bien plus que la simple signature d'un formulaire d'autorisation. Car bien qu'il soit souvent exigé, le formulaire signé n'implique pas nécessairement que ce consentement ait été donné librement et à la lumière de toute l'information pertinente.

En pratique, le consentement peut être implicite ou explicite. Dans les deux cas, la décision d'accepter ou de refuser les soins proposés incombe au patient. Par ailleurs, le médecin doit pouvoir démontrer que le patient a été adéquatement informé ; pour ce faire, il doit consigner une note appropriée à son dossier. Cette note doit refléter la nature exacte des renseignements fournis, les questions posées par le patient et la discussion portant sur les autres possibilités de traitement. En cas de litige, un dossier médical bien tenu est le meilleur outil pour clarifier les faits.

Mais pendant combien de temps un consentement, même écrit, est-il valide ? Ni le *Code civil du Québec* ni la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ne contiennent de dispositions précisant la durée de la validité d'un consentement. C'est ce qui explique la validité somme toute limitée des « testaments biologiques ou de fin de vie ».

Il est raisonnable de croire qu'un consentement à une intervention de courte durée est valable pour toute la durée de cette intervention. Toutefois, pour les interventions de longue durée (p. ex. chimiothérapie, radiothérapie, application du calendrier vaccinal), il est raisonnable de croire que le consentement donné au début de l'intervention peut être retiré, même verbalement, en tout temps. Retenons que le consentement est un processus évolutif. À la lumière de nouvelles informations ou de nouveaux développements, le patient peut toujours modifier sa décision.

M<sup>me</sup> Lise T. refuse l'intervention proposée. Pourtant, cette intervention est requise d'urgence. Vous vérifiez donc si la patiente connaît les conséquences de son refus. M<sup>me</sup> Lise T. exprime clairement qu'elle préfère mourir plutôt que de se faire opérer. Toutes les vérifications faites auprès de son conjoint démontrent que cette décision remonte à une période antérieure à sa maladie. Par ailleurs, vous ne décelez aucune contrainte ni aucune influence extérieure particulière l'obligeant à refuser.

**Que faites-vous ?**

## 2

### L'aptitude à consentir

Pour que le consentement ou le refus soit valide, le patient doit être apte à consentir. Aucune loi québécoise ne définit les critères d'inaptitude d'une personne à consentir à des soins médicaux. La détermination de l'inaptitude est donc laissée au jugement du médecin. L'Association des psychiatres du Canada, tout comme la législation de la

Nouvelle-Écosse, proposent toutefois cinq questions pouvant aider le médecin à déterminer si un patient est apte à consentir<sup>2</sup> :

- La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
- La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?
- La personne comprend-elle les risques associés au traitement ?
- La personne comprend-elle les risques qu'elle court en refusant le traitement ?
- La capacité de consentir de la personne est-elle affectée par sa maladie ?

L'évaluation de l'aptitude à consentir demande du discernement de la part du médecin. La connaissance des antécédents du patient, de ses choix habituels, du sens qu'il leur donne ainsi que de ses valeurs, l'aideront à évaluer raisonnablement la validité et la cohérence du consentement. Parfois, cette évaluation nécessite l'aide d'un psychiatre.

Le médecin ne doit pas négliger d'évaluer l'aptitude à consentir de son patient simplement parce que celui-ci consent aux soins proposés, soins qui apparaissent les meilleurs au jugement du médecin. La conviction, de la part du médecin, du bien-fondé des soins offerts, aussi valables soient-ils, ne signifie pas que cette conviction soit partagée par tous. Nous ne donnons pas tous le même sens aux interventions. Tenir pour acquis le consentement du patient, c'est prendre un raccourci qui passe outre à l'écoute et au partage du sens des interventions qui sont au cœur de la relation professionnelle. En tout temps, le médecin doit rechercher l'accord véritable du patient, qui est le premier responsable de son bien-être et de sa santé.

### 3

## Le consentement substitué

Si une personne majeure est inapte à consentir, même temporairement, il faut avoir recours à une tierce personne qui consentira à sa place. C'est ce qu'on appelle le **consentement substitué**. Ce consentement peut être donné par le tuteur ou le curateur d'une personne reconnue inapte. Il peut aussi être donné par un mandataire, dûment identifié, à qui le patient, avant de devenir inapte à consentir, a confié le soin de prendre les décisions à sa place le moment venu<sup>3</sup>. Toutefois, un mandat n'est légalement valide qu'une fois qu'il est homologué. Pour qu'un mandat soit homologué, il faut :

- que l'inaptitude à consentir soit diagnostiquée par un médecin ;
- qu'il y ait un avis convergent d'un autre professionnel de la santé, souvent un travailleur social.

Sur la foi de ces deux évaluations réunies, la cour pourra alors homologuer le mandat.

S'il n'y a pas de mandataire préalablement désigné par le patient, ni tuteur, ni curateur, on doit faire appel en premier lieu au conjoint marié légalement. À défaut du conjoint marié, un **proche** (parent, enfant, frère ou sœur, etc.), **significatif pour le patient**, pourra traduire les souhaits de ce dernier « au meilleur de sa connaissance » et prendre la parole à sa place. Habituellement, le proche qui s'était chargé de

prodiguer les soins au patient, et qui continuera de le faire, est la personne toute désignée.

Ce n'est qu'en l'absence de conjoint marié que le **conjoint de fait**, après avoir été identifié comme la personne la plus significative pour le patient, sera considéré légalement comme apte à donner le consentement substitué. Le conjoint de fait n'a pas préséance légale sur les enfants, et il n'existe pas de préséance entre les enfants quant à l'âge et au sexe. Le consentement substitué n'est pas un référendum ; il n'est pas soumis à la majorité des voix. On doit s'en rappeler lorsque des discordes familiales au chevet du patient inapte risquent de retarder les soins requis par son état. L'intérêt du patient doit demeurer prioritaire.

Par ailleurs, le patient doit être présumé apte à consentir jusqu'à preuve du contraire. Il ne peut être considéré comme inapte pour la seule raison que son choix est différent de celui du médecin. Dans tous les cas, le médecin doit veiller à ce que les conditions soient favorables à l'exercice du consentement, c'est-à-dire :

- Éviter les discordes familiales au chevet du patient inapte ;
- Prévenir toute coercition à l'endroit du patient qui demeure, par sa maladie, en état de vulnérabilité ;
- Éviter que la vulnérabilité même du patient ne devienne un obstacle réel à la décision libre et éclairée par peur d'abandon ou de représailles, par exemple ;
- Faire en sorte que le consentement résulte du dialogue entre le patient (ou son répondant en cas d'inaptitude) et le médecin sur le sens de l'intervention, et qu'il permette, si possible, un consensus.

Ainsi, non seulement le consentement substitué n'atténue pas les exigences du **consentement libre et éclairé** déjà citées, mais il en ajoute une : il doit être donné dans le **meilleur intérêt de la personne remplacée**. L'article 12 du *Code civil du Québec* précise que le consentement substitué doit répondre aux exigences suivantes :

- respecter le meilleur intérêt de la personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés qu'elle aurait pu manifester ;
- assurer des soins qui sont bénéfiques malgré la gravité et la permanence des effets ;
- assurer des soins qui sont opportuns dans les circonstances ;
- assurer que les risques ne sont pas hors de proportion en rapport aux bienfaits escomptés.

Par ailleurs, un consentement substitué n'exempte pas le médecin de tenir compte du **refus** de la personne inapte à consentir. Pour protéger les droits du majeur inapte, l'article 16 du *Code civil du Québec* prévoit certaines situations pour lesquelles seul le tribunal peut donner une autorisation judiciaire aux soins, assurant ainsi un second regard « de prudence ». C'est le cas lorsque le patient inapte **oppose un refus catégorique**, en dépit de l'accord du tiers, lorsque le tiers est empêché de consentir ou qu'il oppose un refus qui semble injustifié. C'est le cas aussi lorsqu'il s'agit de soins non médicalement requis (art. 18) ou d'aliénation entre vifs (art. 19). Dans toutes ces situations, le médecin doit demander au tribunal le droit de procéder à l'investigation ou au traitement. Toutefois, s'il y a urgence, c'est l'imminence qui prévaut.

## 4

### Qui peut consentir ?

Selon le *Code civil du Québec*, les personnes suivantes peuvent consentir :

- le majeur apte ;
- le mineur âgé de 14 ans ou plus (art. 14). Celui-ci peut consentir à des soins requis par son état de santé, mais ne peut les refuser. L'autorisation parentale est toutefois nécessaire pour des soins qui ne seraient pas requis par son état de santé ;
- le titulaire de l'autorité parentale, dans le cas d'un mineur âgé de moins de 14 ans (art. 14). Même si la loi précise que le père et la mère exercent ensemble l'autorité parentale (art. 600), le consentement des deux parents n'est pas nécessaire, puisque chacun d'eux est titulaire de l'autorité parentale et que « le père ou la mère qui accomplit seul un acte d'autorité à l'égard de l'enfant est présumé agir avec l'accord de l'autre » (art. 603). Dans le cas où le professionnel est informé que les deux parents diffèrent d'opinion, il appartient au tribunal de prendre la décision (art. 604). Enfin, si l'enfant est accompagné par une personne autre que l'un des parents, il faut vérifier si cette personne peut donner un consentement valide. Précisons qu'un mineur âgé de moins de 14 ans peut exercer son autorité parentale sur son enfant, en dépit du fait qu'il ne peut donner son consentement pour lui-même ;
- le mandataire d'un majeur inapte et désigné par ce dernier alors qu'il était apte, ou son tuteur ou encore son curateur. S'il n'y a ni mandataire, ni tuteur, ni curateur, « le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier » (art. 15).

Vos vérifications vous ont permis de constater que M<sup>me</sup> Lise T. comprend la nature de sa maladie ainsi que la nature et le but du traitement chirurgical proposé. De plus, elle sait que la chirurgie est sa seule chance de survie et que son refus l'amènera rapidement vers un pronostic fatal. Son refus catégorique de chirurgie existe depuis longtemps, bien avant le début de sa maladie. La consultation en psychiatrie que vous avez demandée d'urgence a mené à la conclusion suivante : M<sup>me</sup> Lise T. ne présente aucun signe d'inaptitude à consentir.

Dans les heures qui suivent, la santé de la patiente se détériore. Soudain, son état de conscience vacille et, durant un court instant, elle effectue un signe qui pourrait être interprété comme un consentement à la chirurgie. Au consultant en psychiatrie revenu l'évaluer, M<sup>me</sup> Lise T., quoique faible, réitère son refus de la chirurgie. Elle décède en soirée, le jour même de son admission.

## 4.1

### *Les mineurs de 14 ans et plus*

Cas clinique
Jérémie, un adolescent âgé de 16 ans, se présente à la salle d'urgence pour une douleur abdominale aiguë. Votre examen confirme le diagnostic d'appendicite aiguë. Jérémie est seul.
<b>Que faites-vous ?</b>

Au Québec, un mineur de 14 ans et plus peut **consentir aux soins requis par son état de santé**. Ainsi, à 16 ans, Jérémie peut consentir à l'appendicectomie. Le médecin doit alors agir envers lui comme il le ferait envers un adulte : il doit évaluer son aptitude personnelle à consentir. Les cinq questions suggérées dans la sous-section 2. L'aptitude à consentir, sont donc pertinentes dans son cas.

Par contre, si le mineur refuse les soins requis par son état, l'intervention du tribunal est nécessaire, sauf en cas d'urgence : en effet, lorsque la vie (ou l'intégrité d'un membre) d'un mineur de plus de 14 ans est en danger, le consentement du titulaire de l'autorité parentale suffit, même en cas de refus explicite de la part du mineur (voir l'article 16 du *Code civil du Québec*, annexe I), pour que le médecin puisse entamer l'investigation ou les soins.

Lorsqu'un mineur de 14 ans et plus consent à des **soins requis par son état de santé** et qu'il doit être gardé en établissement plus de 12 heures pour ces soins, le médecin **doit quand même informer** les parents de sa présence à l'hôpital. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'obtenir d'eux un consentement aux soins de leur enfant. Il ne s'agit pas non plus de donner les raisons d'admission, sauf si l'enfant de 14 ans et plus relève le médecin de son devoir de confidentialité.

Le législateur précise donc que le mineur de 14 ans et plus peut consentir aux soins requis par son état de santé, mais qu'il ne peut pas les refuser. Que veut dire « requis par son état de santé » ? Cette mention exclut, par exemple, la chirurgie esthétique ou une participation à un projet de recherche, auxquels le mineur de 14 ans et plus ne peut consentir sans l'autorisation parentale.

Mais d'où vient cette distinction entre le consentement et le refus ? À l'origine, le législateur a voulu permettre aux adolescents et aux adolescentes l'accès au dépistage et au traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS). Cette mesure permettait également aux adolescentes d'avoir accès aux mesures contraceptives sans avoir besoin d'autorisation parentale. Le législateur permettait du même coup l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ; habituellement, cette intervention ne requérant pas un séjour de plus de 12 heures dans un centre, les parents n'ont pas à en être informés. Mais l'application de cette loi n'a pas été restreinte au contexte précis de la contraception et de la reproduction. De sorte que les patients de cette catégorie d'âge peuvent consentir à l'ensemble des soins requis par leur état de santé, mais ils ne peuvent les refuser. Pour des soins qui ne seraient pas requis, l'autorisation parentale est nécessaire.

## 4.2

### *Les mineurs de moins de 14 ans*

#### Cas clinique

Audrey, qui n'a que huit ans, est seule à l'urgence et vous ne pouvez joindre ses parents. Or, elle présente un tableau clinique d'appendicite aiguë.

#### Que faites-vous ?

S'il y a urgence, c'est-à-dire si la vie ou l'intégrité d'un membre de la personne mineure est menacée, quel que soit son âge, l'urgence justifie l'intervention. Par contre, s'il s'agit d'un enfant de moins de 14 ans et que son cas n'est pas réellement urgent, il faut attendre que le détenteur de l'autorité parentale donne son consentement.

Si la personne qui détient l'autorité parentale refuse et que le médecin juge que ce refus est injustifié, celui-ci peut demander l'intervention du tribunal qui, lui, peut passer outre à un refus injustifié.

Même si un enfant de moins de 14 ans n'est pas légalement reconnu comme une personne apte à consentir, il ne cesse pas pour autant d'être une personne à part entière ayant le droit d'être informée de ce qui l'attend. Certaines décisions peuvent, en effet, influencer grandement sur sa qualité de vie. Il faut toujours rechercher le meilleur intérêt du patient, même s'il s'avère parfois différent de celui qu'exprime le détenteur de l'autorité parentale. Certaines études ont démontré que les parents ne sont pas exempts de biais pour évaluer les répercussions d'un traitement sur la qualité de vie de leur enfant. Le médecin doit être à l'affût des facteurs influant sur les décisions des détenteurs de l'autorité parentale. Il doit faire preuve de discernement et rester vigilant.

## 5

### **Le consentement dans le cadre d'une recherche**

Le consentement à un traitement prodigué dans le cadre d'un protocole de recherche est une démarche différente de la pratique courante. Légalement, toute participation à un protocole de recherche exige un consentement écrit du sujet. D'ailleurs, un formulaire de consentement standardisé est associé à chaque protocole de recherche. Toutefois, il faut traduire le jargon de la recherche en langage adapté et compréhensible pour le patient. Il faut également éviter d'accorder trop d'importance au formulaire à signer par rapport à la démarche même du consentement libre et éclairé. Il faut enfin être attentif aux craintes du patient touchant ses chances d'être soigné aussi vite et avec autant d'assiduité s'il refuse de participer à un protocole de recherche. Tout cela dépasse largement les entretiens prévus aux protocoles, même quand ils sont dûment approuvés par un comité d'éthique de la recherche. Au-delà des contraintes liées à l'éthique de recherche, les responsabilités déontologiques du médecin, qui visent le bien-être du patient en tout temps et en toutes circonstances, demeurent.



## 6

### Les exceptions à l'obtention du consentement

Dans l'exercice de sa profession, le médecin peut faire face à des situations d'exception en matière de consentement, notamment :

- le traitement d'urgence ;
- la garde en établissement ;
- les maladies à traitement obligatoire (MATO) ;
- les tests d'alcoolémie (sous certaines conditions).

#### 6.1

##### *Le traitement d'urgence*

L'urgence se définit comme une situation où la vie (ou l'intégrité d'un membre) de la personne est en **danger immédiat**. Il s'agit d'une condition d'exception à l'obtention du consentement, et non d'un congé de consentement. En effet, chaque fois que le patient peut consentir, même si c'est une urgence, ce consentement est requis. Par contre, s'il y a urgence et que le consentement ne peut être obtenu en temps utile, le médecin doit agir dans le meilleur intérêt du patient.

Par ailleurs, le *Code civil du Québec* précise, à l'article 13, que, même en cas d'urgence, le consentement doit être obtenu (de la personne ou de son répondant) « lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne ». Cela explique la nécessité d'obtenir un consentement spécifique dans le cadre d'un protocole de recherche, même si les méthodes d'investigation sont effectuées pour traiter une urgence. Comme le législateur n'a pas défini ces termes, il revient au médecin d'agir avec discernement.

Selon l'Association canadienne de protection médicale<sup>4</sup>, pour que le médecin ne puisse déclarer qu'une situation d'urgence est telle que le consentement (direct ou substitué) ne peut être obtenu en temps utile, il doit pouvoir démontrer l'**imminence** de la menace pour la vie ou la santé du patient. Il ne saurait être question de commodité : la nécessité d'agir **au moment précis où l'acte professionnel est posé** ne doit laisser aucun doute.

En outre, en situation d'urgence, seuls les traitements immédiatement requis par l'urgence peuvent être offerts. Dès que le patient peut à nouveau prendre les décisions qui le concernent, il faut obtenir son consentement libre et éclairé pour poursuivre ou modifier son traitement. Il appartient au médecin de consigner le plus rapidement possible les circonstances qui l'ont forcé à agir sans consentement valide. Autrement dit, il incombe au médecin de préciser l'urgence.

## 6.2

### *La garde en établissement*

#### Cas clinique

Un homme âgé de 40 ans, M. Louis P., est amené par les policiers parce qu'il a tout brisé dans son appartement. Il est très agressif. Atteint de schizophrénie paranoïde, il a cessé de prendre ses médicaments depuis quelques semaines. Il affirme être Jésus et refuse catégoriquement de rester à l'hôpital. Il ne comprend pas pourquoi les policiers l'ont amené et il menace de vous frapper.

#### Que faites-vous ?

Depuis juin 1998, une nouvelle loi est en vigueur au Québec : la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. p. 38.001). Elle remplace la Loi sur la protection du malade mental (L.R.Q., c. P-41) et complète les dispositions du Code civil du Québec (art. 26 et 27). Toutes ces dispositions législatives visent à assurer la protection des personnes, notamment en permettant la garde en établissement contre leur gré, tout en respectant le plus possible leurs droits. À cet effet, la loi prévoit trois types de garde en établissement : préventive, provisoire et autorisée.

La **garde préventive** peut être ordonnée par un médecin pratiquant en établissement, malgré l'absence de consentement de l'intéressé, sans ordonnance du tribunal et sans qu'aucun examen psychiatrique ait été effectué, **si** le médecin est d'avis que cette personne présente un **danger grave et immédiat** pour elle-même ou pour autrui.

Cette garde préventive ne peut durer plus de 72 heures, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de faire subir à l'intéressé une évaluation psychiatrique. Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour non ouvrable, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que la cessation de la garde présente un danger, la garde préventive peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour ouvrable qui suit.

La **garde provisoire** désigne la garde ordonnée par le tribunal afin de soumettre une personne à une évaluation psychiatrique. Cette garde ne devrait normalement pas excéder sept jours, si l'on tient compte du temps requis pour procéder à l'évaluation psychiatrique et soumettre les rapports qui en découlent au tribunal.

Le tribunal rendra une ordonnance de **garde autorisée** si les deux rapports d'examen psychiatrique le recommandent. C'est également le tribunal qui fixera la durée de cette garde. Si la durée dépasse 21 jours, un rapport doit être transmis au tribunal 21 jours après l'ordonnance de garde autorisée, puis tous les trois mois.

M. Louis P. est dangereux, du moins pour vous puisqu'il vous menace. Il l'est vraisemblablement pour lui-même aussi. Vous pouvez l'admettre sous garde préventive. Pour des motifs d'urgence, vous êtes également autorisé à lui administrer une médication. Toutefois, une fois l'agitation contrôlée par le traitement d'urgence et la menace immédiate éliminée, vous ne pouvez garder et traiter le patient contre son gré.

**Encadré II-1.1**

**Loi sur la protection des personnes dont l'état mental  
représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui**

---

PERSONNE DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE  
UN DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT  
POUR ELLE-MÊME OU POUR AUTRUI



ADMISSION SOUS GARDE PRÉVENTIVE  
EN ÉTABLISSEMENT  
pour un délai n'excédant habituellement  
pas 72 heures (*voir à la page précédente*)



DEMANDE DE GARDE PROVISoire  
AU TRIBUNAL POUR EXAMEN PSYCHIATRIQUE  
EN CAS DE REFUS DU PATIENT



DEUX EXAMENS PSYCHIATRIQUES  
1<sup>er</sup> : dans les 24 heures  
2<sup>e</sup> : dans les 48 heures suivant le premier



Dépôt au tribunal des deux rapports  
d'examen psychiatrique



Jugement ordonnant la garde



ORDONNANCE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT

Note : Il y a obligation d'informer le patient de son droit de contester la garde en établissement.

## 6.3

### *Les maladies à traitement obligatoire (MATO)*

Cas clinique
Vous diagnostiquez une tuberculose pulmonaire chez un patient d'origine guatémaltèque âgé de 40 ans. Celui-ci craint les effets secondaires du traitement et le refuse.
<b>Que faites-vous ?</b>

C'est en décembre 2001 qu'était adoptée la nouvelle *Loi sur la santé publique* (L.R.Q., c. S-2.2) en remplacement de la *Loi sur la protection de la santé publique*. Cette nouvelle loi, qui comporte 177 articles, traite de l'organisation de la santé publique, des programmes national et régionaux de santé publique, des responsabilités du ministre et des directeurs de santé publique en matière de promotion, de prévention et de protection de la santé publique ainsi que des devoirs et des pouvoirs d'enquête et d'intervention qui leur sont confiés.

Les maladies à traitement (art. 83-88) et à prophylaxie (art. 89-91) obligatoires sont abordées au chapitre IX de la loi. Il y est fait mention que « le ministre peut dresser par règlement, une liste des maladies ou des infections contagieuses pour lesquelles toute personne qui en est atteinte doit obligatoirement se soumettre aux traitements médicaux requis pour éviter toute contagion » (art. 83). En vertu de cette liste, tout médecin qui constate qu'une personne souffre d'une infection inscrite sur la liste doit prendre les mesures pour assurer les soins requis par son état. Si la personne refuse ou néglige de se faire traiter, le médecin doit aviser dans les plus brefs délais le directeur de santé publique de son territoire (art. 84 et 86). Celui-ci doit alors faire enquête ; si la personne refuse de se faire examiner ou traiter, « il peut demander à la cour une ordonnance enjoignant à cette personne de le faire » (art. 87 et 88).

C'est le *Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique* qui précise la liste des maladies à déclaration obligatoire (MADO) (chapitre I) et des maladies à traitement obligatoire (MATO) (chapitre II). Présentement, seule la tuberculose est une maladie à traitement obligatoire. (L'ancienne *Loi sur la protection de la santé publique* considérait les maladies vénériennes, en pratique la gonorrhée et la syphilis, comme des MATO, ce n'est plus le cas de la nouvelle loi.) Par contre, il est maintenant possible de faire de n'importe quelle maladie une MATO, simplement en l'ajoutant à la liste du règlement ministériel.

Par ailleurs, la nouvelle loi donne de plus grands pouvoirs au directeur de santé publique. Elle lui alloue d'abord des pouvoirs d'enquête (art. 100), qui lui permettent d'obtenir de l'information ou même des prélèvements cliniques, au besoin, par ordonnance de la cour ; elle lui alloue ensuite des pouvoirs d'intervention (art. 106), s'il juge que la santé de la population est menacée. Le directeur de santé publique peut, notamment, ordonner qu'une personne soit placée en isolement jusqu'à un maximum de 72 heures ou « ordonner toute autre mesure qu'il estime nécessaire pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer ».

Ces pouvoirs importants expliquent en partie le fait que la liste des maladies à traitement obligatoire soit courte. Ils offrent toutefois plus de souplesse au directeur de santé publique, et permettent d'individualiser et de circonscrire ces interventions d'exception aux seules situations qui l'exigent.

## 6.4

### *Le test d'alcoolémie (sous certaines conditions)*

Cas clinique
M. Jacques S., qui est âgé de 52 ans, conduisait une automobile impliquée dans un accident qui a fait plusieurs blessés. Le policier qui vous l'amène vous demande s'il est apte à consentir à un test d'alcoolémie.
<b>Que lui dites-vous ?</b>

Le médecin ne peut effectuer une ponction veineuse en vue d'un dosage de l'alcoolémie **sans le consentement** de la personne, sauf si les policiers ont obtenu un mandat du tribunal en vertu de l'article 256 du *Code criminel* et à condition :

- a) que cette personne ait conduit avec des facultés affaiblies au cours des quatre heures qui ont précédé, et ce, après avoir absorbé de l'alcool ou une drogue ;  
ET
- b) que cette personne soit impliquée, au cours des mêmes quatre heures, dans un accident ayant causé des lésions corporelles à elle-même ou à un tiers ou la mort d'autrui ;  
ET
- c) qu'un médecin soit d'avis que cette personne n'est pas dans un état physique ou psychologique lui permettant de consentir au prélèvement de son sang ;  
ET
- d) que ce prélèvement sanguin ne constitue pas un risque mettant la vie ou la santé de cette personne en danger.

Il y a donc quatre conditions à respecter. Lorsqu'elles sont toutes réunies, le patient ne peut engager de poursuite contre le médecin qui a procédé au prélèvement sanguin, ou contre la personne que ce dernier a déléguée pour le faire, dans la mesure où le prélèvement a été effectué selon les règles de l'art. En pratique, le médecin doit aller jusqu'à vérifier si le patient comprend que son refus de subir un test d'alcoolémie (demandé par les policiers) pourra être utilisé contre lui advenant des procédures judiciaires. Car le patient peut toujours refuser le test d'alcoolémie même si les policiers ont obtenu un mandat du tribunal l'enjoignant de subir ce test. Toutefois, le patient doit alors comprendre que, s'il refuse, il sera considéré comme coupable de l'infraction de conduite avec facultés affaiblies.

## Conclusion

L'utilisation systématique du questionnaire suivant facilite la recherche du consentement libre et éclairé :

1. La personne est-elle **apte à donner son consentement** ?
2. La personne a-t-elle **reçu toute l'information** relative à l'investigation et au traitement proposés (bénéfices, risques, autres possibilités de traitement) ?
3. La personne a-t-elle **compris** l'information relative à l'investigation et au traitement proposés ?

4. La personne a-t-elle des **questions à poser** ?
5. La personne a-t-elle **reçu des réponses satisfaisantes** à ses questions ?
6. La personne est-elle **maintenant d'accord pour se soumettre** à l'investigation ou au traitement proposés ?

L'inviolabilité de la personne, assurée par les chartes québécoise et canadienne des droits et des libertés, est au cœur de cette démarche. Tout acte médical, qu'il soit diagnostique ou thérapeutique, peut être interprété comme une atteinte à l'intégrité de la personne et ne peut être effectué sans son accord.

Toutefois, lorsqu'une urgence met la vie du patient en danger, l'intégrité de ce dernier est menacée par l'urgence elle-même. C'est toute la logique du traitement d'urgence qui s'appuie sur le principe de bienfaisance, un principe fondamental pour l'éthique professionnelle du médecin.

Il arrive aussi que le patient constitue lui-même une menace ; pensons au suicide, aux agitations, à toutes ces conditions où le patient se met lui-même ou met son entourage en danger. Dans ces situations, la recherche du consentement du patient n'a plus la même pertinence. Cependant, le médecin doit agir, là aussi, dans le cadre de balises strictes, qui visent à contraindre le moins possible le patient tout en assurant sa sécurité et celle de son entourage. L'usage de la contention auprès des personnes agitées relève de la même logique et doit être une mesure exceptionnelle.

Lorsque le patient devient une menace pour son entourage à cause d'une atteinte à sa santé mentale ou d'un risque de contagion, la protection du public est requise. Pour faire face à ces situations, le cadre législatif a prévu des mécanismes précis, permettant de passer outre au consentement libre et éclairé, de même qu'au secret professionnel, un thème qui sera abordé dans la prochaine section.

Ainsi, les possibilités de limiter des droits fondamentaux sont balisées. Mais en quoi cela modifie-t-il les obligations déontologiques du médecin ? Dans de tels cas, le médecin doit accorder préséance à la sécurité des tiers qui se trouvent dans l'environnement du patient ; cette préséance a fait l'objet d'un choix que traduisent des lois accordant des privilèges et assignant des devoirs à des personnes désignées. Il s'agit véritablement d'un contrat social, dont la profession médicale est partie prenante. Ce type de contrat social peut varier selon les époques et les cultures, mais il n'est pas nouveau. Son origine remonte en effet à une époque où l'on cherchait à contrôler les épidémies : dans le but de protéger les collectivités contre les menaces de contagion par la peste et le choléra, par exemple, on mettait en quarantaine des personnes ou des groupes de personnes. Ces méthodes d'interventions séculaires de protection ont été appliquées de façon similaire, mais à une autre échelle, contre des infections contemporaines comme le syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) ou le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

En somme, le consentement, les conditions qu'il requiert et ses particularités de substitution se sont imposés progressivement dans la relation médecin-patient. Les exceptions à l'obtention du consentement s'imposent maintenant, puisque la relation médecin-patient n'est plus considérée isolément, mais en lien avec les autres relations sociales.

## B

### LE SECRET PROFESSIONNEL

*Quoi que je voie ou entende dans [...] l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.*

– Hippocrate

*Je respecterai le secret professionnel et ne révélerai à personne ce qui est venu à ma connaissance dans l'exercice de la profession à moins que le patient ou la Loi ne m'y autorise.*

– Serment professionnel du médecin (extrait)  
Collège des médecins du Québec

## 1

### Qu'est-ce que le secret professionnel ?

En Occident, on considère le serment d'Hippocrate comme la source historique du secret professionnel des médecins. Le respect de la vie privée, particulièrement dans le cadre de la relation professionnelle, est toujours d'actualité. Préservée par les chartes canadienne et québécoise des droits et des libertés, la protection des données de nature confidentielle est aussi confirmée par le *Code civil du Québec*, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Le *Code de déontologie des médecins* insiste aussi sur le respect de la confidentialité, auquel il prévoit certaines exceptions. En effet, le médecin doit souvent concilier le respect du secret professionnel avec d'autres préoccupations tout aussi importantes, notamment la sécurité des tiers.

Comme pour le consentement, la préoccupation première du secret professionnel est de préserver l'autonomie et la vie privée de la personne. S'ajoute à cette préoccupation le désir de conserver la confiance du patient envers la profession médicale. Mais au Québec, le respect du secret professionnel n'est pas un absolu. Ainsi, sauf en de rares exceptions, le patient a accès à son dossier médical. De plus, bien que les résultats des tests de laboratoire et les pronostics doivent être divulgués au patient d'abord, il arrive qu'un patient demande au médecin de communiquer certains renseignements le concernant. Finalement, dans certaines situations particulières, la loi prévoit certaines dérogations au secret professionnel, notamment dans le but de protéger des tiers.

## 2

## La divulgation d'informations aux proches du patient

## Cas clinique

Récemment rentré de voyage, M. Paul G., qui est âgé de 59 ans, est amené en consultation par son frère et sa sœur à cause d'une perte sur le plan des fonctions cognitives. L'investigation mène aux conclusions diagnostiques suivantes : sida et syphilis. Le frère et la sœur de M. Paul G. demandent des informations et veulent savoir de quoi ce dernier souffre. M. Paul G., qui est curé d'une paroisse, vous demande expressément de garder le secret sur sa condition.

## Que faites-vous ?

L'obligation au secret professionnel est établie en faveur du patient. Lui seul peut autoriser le médecin à révéler l'information confidentielle qui le concerne.

Le *Code de déontologie des médecins* précise d'ailleurs les façons de préserver le secret professionnel et les conditions à respecter pour pouvoir communiquer de l'information protégée par le secret professionnel :

## Article 20

Le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel :

- 1° doit garder confidentiel ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession ;
- 2° doit s'abstenir de tenir ou de participer à des conversations indiscrettes au sujet d'un patient ou des services qui lui sont rendus ou de révéler qu'une personne a fait appel à ses services ;
- 3° doit prendre les moyens raisonnables à l'égard des personnes qui collaborent avec lui pour que soit préservé le secret professionnel ;
- 4° ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice d'un patient ;
- 5° ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient ou la loi l'y autorise, ou lorsqu'il y a une raison impérieuse et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage ;
- 6° ne peut révéler à l'entourage du patient un pronostic grave ou fatal si celui-ci le lui interdit.

## Article 21

Le médecin qui communique un renseignement protégé par le secret professionnel doit, pour chaque communication, indiquer dans le dossier du patient les éléments suivants :

- 1° la date et l'heure de la communication ;
- 2° l'identité de la personne exposée au danger ou du groupe de personnes exposées au danger ;
- 3° l'identité de la personne à qui la communication a été faite en précisant, selon le cas, qu'il s'agissait de la ou des personnes exposées au danger, de leur représentant ou des personnes susceptibles de leur porter secours ;
- 4° l'acte de violence qu'il visait à prévenir ;
- 5° le danger qu'il avait identifié ;
- 6° l'imminence du danger qu'il avait identifié ;
- 7° les renseignements communiqués.



Dans la pratique médicale quotidienne, l'autorisation de divulguer de l'information portant sur les diagnostics et les traitements n'est pas toujours clairement exprimée. Souvent, les personnes qui sont déjà venues en aide au patient, qui l'ont amené à consulter ou encore qui sont appelées à prendre soin de lui sont progressivement amenées à obtenir de l'information utile à la prise en charge et au suivi du patient. Par exemple, un patient peut demander que soit répété à sa fille ce que le médecin vient de lui dire. Dans une telle situation, il y a, implicitement et pratiquement, une autorisation à partager de l'information de nature confidentielle avec un tiers. Ces personnes « accompagnantes », ou dites « aidants naturels », côtoient l'équipe médicale à différents moments des épisodes de soins. Dans ces circonstances, le médecin doit, pour le bien-être du patient, se considérer implicitement autorisé à partager de l'information avec ses proches et à solliciter leur collaboration dans l'exécution du plan de traitement.

Mais le médecin doit agir avec discernement et bien comprendre la finalité du secret professionnel, c'est-à-dire le respect de l'intégrité de la personne, incluant sa réputation. Il doit respecter l'autonomie du patient, qui est le plus en mesure de juger de l'atteinte à sa réputation face à ceux qui s'enquière de son état. Chaque situation doit donner l'occasion au médecin d'évaluer avec le patient les arguments favorables ou défavorables à la divulgation des informations aux proches.

L'accompagnement professionnel, échelonné sur plusieurs jours, a permis à M. Paul G. de faire le tour des motifs pour lesquels il s'opposait à informer ses proches de son état. Il a peu à peu compris qu'il avait grandement besoin de l'aide de son frère et de sa sœur pour assumer son pronostic. Touché par l'engagement indéfectible du médecin à respecter la confidentialité, il a divulgué lui-même ce dont il souffrait à ses proches.

### 3

## Le cadre permettant de respecter le secret professionnel

L'article 20 du *Code de déontologie des médecins*, cité à la page précédente, décrit le cadre permettant au médecin de respecter le secret professionnel. Cela signifie en pratique que :

- les salles d'attente et d'examen doivent offrir un environnement discret, accueillant et calme qui préserve la nature privée des conversations entre le médecin et son patient ;
- plus la teneur des propos est délicate, plus le devoir de discrétion doit être soigneusement respecté ;
- la protection des conversations de nature privée entre le médecin et son patient concerne aussi les gestionnaires d'établissements de santé, qui doivent faciliter un cadre confidentiel d'exercice. Les médecins gestionnaires sont, comme tout autre médecin, soumis au *Code de déontologie des médecins du Québec* ;
- le médecin doit éviter les sources de distraction, par exemple les téléavertisseurs ou les appels téléphoniques, durant les entrevues, particulièrement lorsque la démarche nécessite attention et doigté ;
- les personnes qui collaborent avec le médecin (employés de bureau et professionnels) doivent respecter la lettre et l'esprit du secret professionnel ;

- la même discipline de réserve et de discrétion s'applique dans des discussions de cas entre collègues ou avec d'autres professionnels ; il convient en l'occurrence de porter une attention particulière aux lieux et à la manière dont les soins aux patients sont discutés, incluant les activités d'enseignement aux stagiaires.

Enfin, les obligations liées au secret professionnel s'appliquent également au domaine de la recherche clinique. Même si les résultats de toute recherche doivent être diffusés, cette diffusion doit être effectuée de manière à préserver l'anonymat des sujets. Les comités d'éthique de la recherche des établissements (y compris ceux des centres de recherche des CHU) doivent veiller rigoureusement au respect de ces règles. À l'instar du médecin clinicien envers son personnel collaborateur, le médecin chercheur doit prendre les mesures nécessaires afin que ses collaborateurs de recherche respectent le secret professionnel. En somme, l'éthique professionnelle concerne tous les médecins et tous les contextes d'exercice.

## 4

### Les certificats médicaux

#### Cas clinique

M<sup>me</sup> L.L., une jeune avocate, travaille dans un prestigieux cabinet de Montréal. En moins de 21 mois, elle a accumulé un nombre impressionnant d'heures de travail, se refusant repos et vacances tant la pression pour obtenir le poste permanent qu'elle convoite est forte. Vous mettez peu de temps à reconnaître l'épuisement professionnel chez elle. Comme elle craint d'être congédiée, M<sup>me</sup> L.L. vous demande de taire le diagnostic d'épuisement professionnel et vous remet le formulaire à remplir pour que l'assureur accepte de lui verser une compensation salariale.

#### Que faites-vous ?

Si le médecin doit respecter le secret professionnel, établi en faveur du patient qui est le seul à pouvoir autoriser la divulgation d'une information confidentielle, il doit également respecter sa propre intégrité, à laquelle font référence les articles 84 et 85 du *Code de déontologie des médecins* :

#### Article 84

Le médecin doit s'abstenir d'inscrire, de produire ou d'utiliser des données qu'il sait erronées dans tout document, notamment tout rapport ou dossier médical ou de recherche.

#### Article 85

Le médecin doit s'abstenir de délivrer à quiconque et pour quelque motif que ce soit un certificat de complaisance ou des informations écrites ou verbales qu'il sait erronées.

Le certificat médical doit attester de l'état de santé du patient, mais il ne doit contenir que les renseignements pertinents. Il fournit, par exemple, une description de l'incapacité qui amène le patient à demander d'être relevé de ses tâches de travailleur, et indique le temps de ce congé. Il précise si le travail du patient fait partie des causes de l'incapacité, de manière à permettre l'estimation des risques de rechute. Il comprend aussi une évaluation effectuée à la fin de l'épisode de soins attestant soit la guérison, soit une incapacité ou des handicaps résiduels à prendre en compte au moment du retour au travail du patient.

Lorsqu'un patient demande un certificat médical attestant sa santé ou une maladie, il consent implicitement à la divulgation d'information confidentielle pertinente le concernant. Il ne peut pas invoquer son droit à la confidentialité pour obliger le médecin à cacher, par exemple, le motif ou la durée du congé aux personnes qui l'emploient et auprès de qui il s'est engagé.

Tout comme pour le consentement, l'écoute et le dialogue devraient permettre au médecin et au patient d'entretenir une relation professionnelle qui tienne compte de leur point de vue respectif. Le médecin doit éviter le piège du « certificat de complaisance ».

Dans sa démarche, il appartient au patient d'utiliser les recours à sa disposition. Le cas échéant, son médecin pourra témoigner en tant que médecin traitant et non à titre d'expert.

Vous avez rassuré M<sup>me</sup> L.L. et éclairci avec elle la demande de l'assureur. Vous avez convenu de remplir le formulaire avec discrétion mais franchise. La patiente accepte cette option.

Aidée de vos traitements, elle recouvre la santé au bout de quelque temps et reprend progressivement son travail. Les premières semaines de réintégration se passent bien, ce qui permet à M<sup>me</sup> L.L. de recommencer rapidement à travailler à temps plein. Elle reçoit une évaluation favorable lui confirmant qu'elle a retrouvé toutes ses capacités. Vous l'estimez bien rétablie. Quelques jours avant ses trois ans à l'emploi de la firme (c'était avant les récents changements aux normes du travail), M<sup>me</sup> L.L. vous appelle, découragée : elle vient d'être remerciée de ses services. Le seul motif évoqué : elle a déjà demandé un repos pour épuisement professionnel.

Les scénarios professionnels n'ont pas toujours les dénouements que nous visons. L'histoire de M<sup>me</sup> L.L. souligne combien déchirant peut être le dilemme en matière de certificat médical.

Cette histoire réelle a cependant un dénouement heureux. Au bout de dix semaines, M<sup>me</sup> L.L. trouve un nouvel emploi à la mesure de ses talents auprès d'un employeur qui accorde une pondération différente à l'épisode de soins qu'elle a connu.

## 5

### Le dossier médical

#### Cas clinique

M<sup>me</sup> Chantal P. veut voir son propre dossier médical et celui de sa fille âgée de 12 ans.

**Que faites-vous ?**

On l'a mentionné, les chartes canadienne et québécoise des droits et des libertés de la personne protègent le droit à la vie privée. Au Québec, le *Code civil* va dans le même sens et protège, pour toute personne, le « droit au respect de sa réputation et de sa vie privée » (art. 35). L'accès du patient à son dossier médical est également assuré par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* et par la *Loi sur l'accès aux documents dans le secteur privé*. De son côté, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* renchérit en ces termes :

## Article 19

Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom, sur l'ordre d'un tribunal ou d'un coronar [...].

Le *Code de déontologie des médecins* stipule également ce qui suit :

## Article 94

Le médecin doit donner suite, avec diligence et au plus tard dans les 30 jours de sa réception, à toute demande faite par son patient dont l'objet est de prendre connaissance ou d'obtenir copie des documents qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet.

Enfin, le *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des médecins*, adopté par le Collège des médecins du Québec en vertu du *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26, a. 91) et de la *Loi médicale*, précise que :

## Article 10

Le médecin doit assurer la confidentialité des dossiers médicaux et de recherche et les maintenir dans un local ou un meuble auxquels seules les personnes autorisées ont accès.

## 5.1

### *Le contenu du dossier médical*

Ce règlement spécifie, pour tous les médecins, les conditions permettant de constituer, de tenir, de détenir, de maintenir, de conserver, d'utiliser, de gérer, d'administrer, de transférer ou de céder des dossiers médicaux.

Seuls les renseignements **pertinents** à l'objet du dossier médical doivent en faire partie. Toutefois, il arrive qu'on y trouve des renseignements au sujet de tiers, auxquels s'appliquent tout autant le secret professionnel<sup>5</sup>.

Le dossier médical doit inclure, entre autres, les résultats d'examens ainsi que les échantillons histopathologiques. Sur le plan pratique, cela veut dire qu'il faut archiver les enregistrements électrophysiologiques, les radiographies et les autres modalités d'imagerie diagnostique ainsi que les lames histopathologiques. Lorsqu'un patient demande l'accès à son dossier médical, ce ne sont que les rapports écrits de ces examens qui lui sont fournis.

M<sup>me</sup> Chantal P. a droit d'accès à son dossier médical, qui ne comprend aucun renseignement au sujet de tiers. Si de tels renseignements y étaient inscrits, ils seraient considérés comme des éléments « étrangers » à son dossier ; on devrait donc les en retirer avant d'accéder à sa demande.

Les règles d'accès au dossier médical en fonction de l'âge sont analogues à celles en vigueur pour le consentement au traitement. Ainsi, tout patient qui a 14 ans et plus a droit d'accès à son dossier. Cependant, le mineur de 14 et plus n'est pas le seul à pouvoir consulter son dossier : le titulaire de l'autorité parentale peut aussi le faire. Dans certains cas toutefois, la loi a prévu des restrictions au droit d'accès.

M<sup>me</sup> Chantal P., titulaire de l'autorité parentale, peut, en principe, avoir accès au dossier de son enfant mineur.

## 5.2

### *Les restrictions au droit d'accès au dossier médical*

Au Québec, la *Loi sur l'organisation et l'administration des établissements* ainsi que le *Code de déontologie des médecins* permettent aux autorités d'un établissement et au médecin de refuser à un usager l'accès à son dossier médical, si le médecin traitant est d'avis que la divulgation du contenu du dossier, en totalité ou en partie, causerait vraisemblablement un **préjudice grave** à la santé du patient. C'est ce qu'on appelle l'*exception thérapeutique*. Toutefois, cette exception n'est pas « permanente » puisque l'établissement doit déterminer le moment où le contenu du dossier, dont on a refusé l'accès à un certain moment, pourra être transmis au patient. De plus, il doit en informer ce dernier. C'est au médecin qu'il incombe de prouver que la divulgation serait préjudiciable à la santé du patient, comme le stipulent l'article 94, cité à la page précédente, et l'article 96 du *Code de déontologie des médecins* :

Article 96

Le médecin qui refuse au patient l'accès à un renseignement contenu dans un dossier constitué à son sujet doit, sur demande écrite du patient, l'informer par écrit des motifs de son refus et les inscrire au dossier.

Seul un préjudice grave pour le patient lui-même peut être invoqué pour lui refuser l'accès à son dossier médical. Le plus souvent, il s'agit de situations relatives à la santé mentale. Le médecin doit alors juger lequel, du refus ou de l'accès au dossier, risque d'être le plus préjudiciable au patient. Dans ce contexte, le terme « médecin » peut inclure plus d'un médecin, intervenant à différents moments dans un même épisode de soins. Les obligations des articles 94 et 96 du *Code de déontologie des médecins* ne se limitent donc pas au seul médecin traitant. Tout médecin doit respecter le droit du patient à prendre connaissance des documents qui le concernent.

Par ailleurs, comme il a été mentionné, le législateur a précisé que le titulaire de l'autorité parentale a le droit d'accéder au dossier de son enfant mineur. Toutefois, cet accès peut être limité dans deux situations où il y a risque de préjudice grave :

- 1° lorsque l'enfant mineur fait l'objet d'une intervention de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et que la consultation du dossier de l'enfant par le titulaire de l'autorité parentale risquerait de porter quelque préjudice à cet enfant ;
- 2° lorsque le mineur de 14 ans et plus refuse de façon explicite que ses parents aient accès à son dossier et peut démontrer qu'il risquerait d'y avoir **préjudice grave** s'ils y avaient accès.

## 6

### **Les dérogations au secret professionnel**

En dépit des règles générales qui visent à protéger le secret professionnel, la loi reconnaît certaines exceptions lorsque la santé et la sécurité du patient ou de tiers sont menacées.

## 6.1

### *La raison « impérative et juste »*

Le *Code de déontologie des médecins* précise ce qui suit :

Article 20

Le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel : [...]

- 5° ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient ou la loi l'y autorise, ou lorsqu'il y a raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage ; [...]

En fait, les différentes dérogations prévues, tant dans le *Code de déontologie des médecins* que dans les lois particulières, tiennent compte des responsabilités du médecin non seulement envers son patient, mais aussi envers les personnes qui sont en relation avec son patient et dont la santé ou la sécurité peuvent être menacées. Le législateur a jugé utile de ne pas préciser davantage la notion de « raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage », faisant confiance en cela au bon jugement du médecin.

Certaines lois sont plus explicites et prévoient la dérogation dans des cas particuliers où la santé et la sécurité de tiers sont en jeu.

## 6.2

### *L'obligation de divulgation : protection de la jeunesse*

#### Cas clinique

M<sup>me</sup> Chantal P. veut voir le dossier de sa fille mineure. Mais vous savez que ce dossier contient des renseignements relatifs à une agression physique commise par le nouveau conjoint de M<sup>me</sup> Chantal P. Vous savez aussi que la fille a tout caché à sa mère.

**Que faites-vous ?**

Le titulaire de l'autorité parentale se voit refuser l'accès au dossier de son enfant, dès que cet enfant fait l'objet d'une intervention de la DPJ. Le médecin a même l'obligation de divulguer, aux autorités concernées, l'information qui l'amène à considérer que la sécurité ou le développement d'un mineur sont compromis. En effet, le législateur, afin de protéger cette personne vulnérable qu'est le mineur, impose à tout citoyen le devoir d'alerter les autorités. Il a même précisé, dans la *Loi sur la protection de la jeunesse*, que cette obligation s'applique aussi aux médecins en dépit de leur secret professionnel.

En établissement, la loi permet à la DPJ d'avoir accès au dossier médical de l'enfant en cause sans autre forme d'autorisation. Toutefois, la DPJ doit obtenir l'autorisation du tribunal pour accéder au dossier médical d'un tiers (parent ou tuteur). Seuls les renseignements nécessaires à l'évaluation de la situation de l'enfant sont visés, en accord avec le principe de l'atteinte minimale au secret professionnel.

En cabinet privé, la loi est muette sur les pouvoirs de la DPJ. Il appartient donc au médecin de décider de lever le secret, sous réserve de la protection de la vie privée, d'une part, et de la protection de l'enfant contre un préjudice grave, d'autre part. En

cas de doute, le médecin peut obtenir rapidement, par téléphone, l'avis d'un officier du Collège des médecins du Québec ou celui d'un conseiller juridique auprès de son assureur en responsabilité professionnelle.

Comme la fille de M<sup>me</sup> Chantal P. vous avait confié que le nouveau conjoint de sa mère l'avait agressée sexuellement et qu'elle avait tout caché à cette dernière, il y avait motif raisonnable, non seulement de refuser l'accès au dossier, mais de croire que la sécurité de cette mineure était compromise. Vous auriez donc dû avertir la DPJ dès le moment où la confiance vous a été faite. En attendant que la DPJ intervienne, vous auriez dû vous efforcer de protéger la fille et faire avec elle l'inventaire des menaces à sa sécurité et à son développement. Cette action s'inscrivait dans votre engagement de suivi auprès de vos patients.

#### Cas clinique

Un garçon de quatre ans, Jonathan, est amené en consultation par sa mère parce qu'il lui a parlé d'abus sexuel à la garderie.

**Que faites-vous ?**

Même si l'enquête en matière de protection de la jeunesse ne revient pas au médecin, cela ne le dispense pas de vérifier s'il y a matière à déclencher l'alerte. Le doute suffit pour rendre légitime l'appel à la DPJ. L'obligation pour le médecin de signaler les situations d'abus envers les enfants figure dans la *Loi sur la protection de la jeunesse* et est confirmée par le *Code de déontologie des médecins* :

#### Article 39

Le médecin doit signaler au directeur de la protection de la jeunesse toute situation pour laquelle il a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis ; il doit alors fournir au directeur tout renseignement qu'il juge pertinent en vue de protéger l'enfant.

Le médecin peut en outre signaler lui-même aux autorités policières la situation d'un enfant dont l'intégrité physique ou la vie lui apparaît susceptible d'être compromise.

La gravité des drames en cette matière devrait décourager les dénonciations farfelues ou sans fondement qui n'ont d'autre motif que la vengeance. Il arrive, hélas ! que des querelles de garde partagée s'expriment dans des scénarios semblables.

## 6.3

### *La protection de la santé publique et les maladies à déclaration obligatoire (MADO)*

C'est en décembre 2001 que la nouvelle *Loi sur la santé publique* a été adoptée par l'Assemblée nationale. Celle-ci prévoit des moyens de mieux identifier et contrôler les menaces à la santé de la population. À cette fin, elle reconnaît l'obligation pour les médecins et les laboratoires, d'une part, de déclarer au directeur de santé publique de leur région un certain nombre d'infections, de maladies ou d'intoxications, déterminées par règlement ministériel, pour lesquelles une surveillance doit être exercée, et, d'autre part, de mettre en place, le cas échéant, les interventions de protection de santé publique requises. Il s'agit dans ce cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Loin d'être un bris du secret professionnel, la loi en tient compte et le renforce, dans la mesure où le directeur de santé publique, à qui sont déclarées ces infections et ces intoxications, est nécessairement un médecin, soumis aux mêmes obligations déontologiques que tous les médecins dans l'exercice de leurs fonctions.

Tout médecin doit assumer sa responsabilité sur le plan de la santé publique s'il juge que la maladie d'un patient est susceptible de menacer les personnes qui entrent en contact avec lui. Cette responsabilité est prévue au *Code de déontologie des médecins* :

Article 40

Le médecin qui a des motifs de croire que la santé de la population ou d'un groupe d'individus est menacée doit en aviser les autorités de santé publique concernées.

L'autorité de santé publique auquel cet article fait référence revient au directeur de santé publique de la région.

Le règlement ministériel d'application de la *Loi sur la santé publique* précise la liste des MADO ainsi que les modalités de déclaration. Cette liste, présentée en annexe, distingue trois groupes :

- **Les MADO à surveillance extrême** (botulisme, choléra, fièvre jaune, fièvres hémorragiques virales, charbon, peste et variole), qui doivent être déclarées d'urgence par téléphone ou par télécopieur simultanément au directeur national de santé publique et au directeur de santé publique de la région et confirmées par écrit dans les 48 heures ;
- **Les MADO d'origine infectieuse**, qui doivent être déclarées au directeur de santé publique de la région par écrit à l'aide du formulaire prévu à cette fin (AS-770) (Annexe 1) et disponible à la Direction de santé publique de la région. Cette liste comprend une cinquantaine d'infections ;
- **Les MADO d'origine non infectieuse** (intoxications), qui doivent être déclarées de façon similaire aux MADO d'origine infectieuse.

Une fois la maladie déclarée, le directeur de santé publique peut utiliser les pouvoirs prévus par la loi pour enquêter et intervenir dans le but de protéger la santé de la population.

Mais le devoir de signalement du médecin ne se limite pas aux seules MADO listées dans le règlement. Pour qu'il soit possible d'ajouter tout nouveau syndrome inconnu jusqu'alors, comme ce fut le cas lors de l'identification du sida en 1982 ou du SRAS en 2003, le législateur a prévu une disposition qui vise à élargir la responsabilité de signalement :

Article 93

Un médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population doit en aviser le directeur de santé publique du territoire.

Article 95

Les signalements faits en vertu des dispositions du présent chapitre ne permettent pas à celui qui l'effectue de dévoiler des renseignements personnels ou confidentiels, à moins qu'après évaluation de la situation, l'autorité de santé publique concernée ne les exige dans l'exercice des pouvoirs prévus au chapitre XI.



« L'autorité de santé publique » mentionnée dans l'article 95 est le directeur de santé publique et les « pouvoirs prévus au chapitre XI » sont les pouvoirs d'enquête qui lui sont confiés. Ceux-ci sont similaires aux pouvoirs d'un commissaire d'une commission d'enquête.

Le médecin-directeur de santé publique doit exercer ses pouvoirs et son mandat en respectant ses devoirs déontologiques, dont le respect du secret professionnel, et légaux, notamment toutes les dispositions législatives protégeant la vie privée et les renseignements personnels. La divulgation d'informations de la part d'un médecin à son collègue médecin-directeur de santé publique constitue donc le partage d'un secret professionnel commun, de façon analogue au partage d'informations relatives à un patient entre le médecin traitant et les collègues médecins qu'il consulte.

Tel est l'esprit de la nouvelle *Loi sur la santé publique*, qui répartit entre tous les médecins la responsabilité de la vigilance face aux menaces à la santé publique.

## 6.4

### *Le certificat de décès*

#### Cas clinique

L'infirmière d'une colonie de vacances de votre région, qui recrute sa clientèle localement et à l'étranger, vous amène une jeune fille de 12 ans, Sylvie A., décédée à la suite de l'évolution foudroyante de ce qui vous semble être une méningite.

**Que faites-vous ?**

Le médecin est responsable d'attester les causes et les circonstances d'un décès. Le certificat de décès comprend l'établissement et la divulgation du diagnostic principal et des diagnostics associés pertinents à la cause du décès ainsi que l'identification de la personne faisant l'objet du constat de décès. Une portion très précise du dossier médical y est divulguée.

De plus, au Québec, le législateur a établi les circonstances particulières au cours desquelles le médecin doit faire appel au coroner. Les règles à ce propos sont énoncées dans la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (L.R.Q., c. R-0.2). L'aide-mémoire suivant résume cette loi.

#### Encadré II-1.2

#### **Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès**

#### **Aide-mémoire**

Le coroner doit être avisé lorsque surviennent les circonstances suivantes :

- Le médecin éprouve des difficultés à établir à sa satisfaction les causes probables du décès (si le décès survient dans un établissement, il faut d'abord aviser le directeur des services professionnels) ;
- Les circonstances du décès sont obscures ou violentes (mort subite, accident, homicide, suicide, incendie, sinistre, etc.) ;
- L'identité de la personne est inconnue ;
- Le décès survient dans l'un des endroits suivants :
  - centre de réadaptation,
  - centre de travail adapté,

- lieu de cure fermée,
- établissement de détention,
- garderie,
- pénitencier,
- unité sécuritaire,
- poste de police,
- ressource de type familial ;
- Le cadavre est transporté à l'extérieur du Québec ;
- Le cadavre provient de l'extérieur du Québec et les causes probables du décès n'ont pas été établies ou les circonstances sont obscures ou violentes.

Note : En aucun temps, cet aide-mémoire ne remplace le texte de la loi et de ses règlements.

## 6.5

### *La sécurité routière*

Le *Code de la sécurité routière* prévoit que le médecin peut aviser la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) lorsqu'un patient est jugé inapte à conduire. Par contre, la jurisprudence tend à faire de ce pouvoir du médecin, une **obligation**. Malgré les apparences, il ne s'agit pas d'une contradiction. En effet, les tribunaux prennent en considération, d'une part, les droits au respect du secret professionnel et de la vie privée des patients souffrant d'une condition pouvant les rendre inaptes à conduire et, d'autre part, les droits à la santé et à la sécurité des tiers, qui risquent d'être blessés par un conducteur inapte. Le médecin est invité à faire preuve de jugement pour équilibrer ces deux préoccupations.

Par ailleurs, la *Loi sur l'assurance automobile* ordonne au médecin, consulté par un patient qui réclame des indemnités à la suite d'un accident de la route, de faire un rapport à la SAAQ. Ce rapport, qui doit inclure toutes les constatations médicales, tous les traitements ou toutes les recommandations émanant du médecin, doit être remis dans un **délai prescrit de 6 jours** (*Code de sécurité routière*, art. 83.15.). En vertu de la même loi, le médecin doit aussi fournir tout autre rapport médical ou hospitalier demandé par la SAAQ relativement au patient.

## Conclusion

La confiance du public envers la profession médicale ainsi que celle du patient envers son médecin reposent notamment sur la certitude que le secret professionnel sera respecté. L'encadrement législatif assure la protection de ce droit, et il balise des dérogations exceptionnelles lorsque la santé et la sécurité du patient ou de son entourage sont menacées.

La relation médecin-patient s'inscrit dans l'ensemble des règles régissant nos relations sociales. Le médecin doit faire preuve de discernement pour que ces règles puissent coexister de façon cohérente.

## C

### LES ENJEUX DE FIN DE VIE

Les principes fondant la nécessité d'un consentement et le respect du secret professionnel trouvent une application particulière dans les situations de fin de vie. Le pronostic de mort prochaine ou de maladie incurable provoque des réactions prévisibles et bien décrites dans la littérature médicale : négation, fuite, compassion, deuil ou réconciliation. Cette étape de la vie exacerbe les dilemmes auxquels les médecins et les patients font face.

Cette section porte sur plusieurs enjeux de fin de vie qui sont loin de faire l'unanimité :

- la cessation de traitement ;
- l'euthanasie et le suicide assisté ;
- la futilité et l'acharnement thérapeutique ;
- l'ordonnance de non-réanimation ;
- la mort cérébrale et le don d'organes.

## 1

### La cessation de traitement

#### Cas clinique

Nancy B. est âgée de 23 ans lorsqu'elle est admise à l'hôpital. Deux ans plus tard, elle demeure totalement dépendante du respirateur en raison du syndrome de Guillain-Barré dont elle souffre. Elle demande qu'on débranche le respirateur.

#### Que faites-vous ?

L'exemple de Nancy B. est un cas réel soumis aux tribunaux, à Québec, en 1992<sup>6</sup>. Le recours à la justice a été provoqué par l'ambiguïté vécue sur le plan clinique. En effet, le *Code criminel*, de juridiction fédérale, véhicule encore de nos jours des imprécisions quant aux implications légales de la cessation d'un traitement. Ce recours aux tribunaux a permis à la jurisprudence de confirmer le fait qu'un médecin qui débranche un respirateur en réponse à la requête libre et éclairée d'un patient ne commet ni un acte déraisonnable ni une négligence criminelle. Ce geste ne peut donc être considéré comme un homicide. À la lecture du jugement, il est clair que le respect de l'autonomie et le **consentement libre et éclairé** du patient prévalent. En fait, l'interruption de traitement pose un problème lorsque la personne ne peut cesser elle-même son traitement et que cette interruption nécessite la participation d'un tiers. En l'occurrence, le médecin devait accepter de mettre fin au traitement à la demande de Nancy B. La situation est différente lorsqu'un patient autonome refuse de poursuivre son traitement ; dans ce cas, il s'agit tout simplement, pour ce patient, de cesser de se présenter pour le traitement, d'arrêter de prendre ses médicaments ou de signer un refus de traitement.

Habituellement, la question de la cessation du traitement est soulevée lorsque l'autonomie physique d'un patient est compromise. Cette question en soulève une autre, qui porte cette fois sur le traitement proportionné par opposition au traitement disproportionné. Ces notions nous aident à mieux évaluer les choix qui sont

raisonnables compte tenu du diagnostic, d'une part, et de l'intensité thérapeutique recherchée, d'autre part. Les soins seront considérés comme proportionnés ou disproportionnés selon que l'objectif poursuivi est la guérison, le maintien ou le soulagement du patient. Si la guérison ou même la rémission ne sont pas possibles, les soins de maintien ou de soutien peuvent être les seuls pertinents et souhaités.

Il importe que les soins de maintien ou de soutien n'entrent pas en conflit avec le devoir de soulagement auquel nul médecin ne peut se soustraire. À ce propos, le *Code de déontologie des médecins* précise ce qui suit :

Article 58

Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés.

L'analgésie de confort est, par exemple, une approche largement appliquée en soins palliatifs.

L'histoire de Nancy B. a mis en évidence le conflit qui peut exister entre le principe du respect de l'autonomie du patient et celui du caractère sacré de la vie. D'ailleurs, dans le sillon de ce débat juridique, les questions de suicide assisté et d'euthanasie ont surgi.

## 2

### L'euthanasie et le suicide assisté

Il existe plusieurs définitions de l'euthanasie. Aux fins du présent document, l'euthanasie est définie comme « un acte positif causant la mort d'une personne pour des raisons humanitaires<sup>7</sup> ». Par opposition à la mort causée par la maladie elle-même ou par la cessation du traitement d'une telle maladie, l'euthanasie est, dans l'état actuel des choses, un acte volontaire et délibéré provoquant la mort dans un contexte de soulagement d'une personne atteinte d'une maladie incurable terminale<sup>8</sup>. Généralement, pour ce faire, on procède à l'administration d'une dose mortelle d'un médicament. On parle d'**euthanasie** lorsque le médicament est administré par un professionnel de la santé et de **suicide assisté** lorsque le patient lui-même s'administre un médicament préalablement préparé à cette fin par un professionnel.

Sur le plan légal, les deux réalités sont considérées comme des actes criminels assimilables à un meurtre au premier ou au deuxième degré (*Code criminel*, art. 229). La législation tient compte de l'intention de tuer et non du motif qui inspire cette intention. Le législateur n'a pas reconnu le bien-fondé de la notion de « meurtre par compassion ».

Dans le cadre juridique actuel, que ce soit en matière d'euthanasie ou de suicide assisté, le consentement de la victime n'a pas d'influence non plus sur la responsabilité criminelle de l'auteur. Le *Code criminel* canadien apporte des précisions :

Article 14

Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée.

## Article 241

Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, selon le cas : a) conseille à une personne de se donner la mort ; b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort, que le suicide s'ensuive ou non.

Le médecin clinicien doit interpréter adéquatement la demande d'un patient qui exprime le désir de mourir. Selon certains, une telle demande cache la détresse et la solitude ou encore reflète une dépression, dont les personnes en fin de vie ne sont pas exemptes. Selon d'autres, ces demandes expriment le vœu raisonnable et conscient d'une personne qui ne veut pas prolonger indûment sa vie, qui désire maîtriser la situation, qui ne veut plus être à la charge de quelqu'un ou qui demande que cessent la douleur et l'agonie. Quoi qu'il en soit, le point de vue du patient devrait toujours être au cœur des débats sur le suicide assisté, même si le choix social n'est pas toujours de le respecter.

## 3

### La futilité et l'acharnement thérapeutique

On trouve plusieurs définitions des notions de futilité et d'acharnement thérapeutique. Pour les fins de ce document, un traitement est généralement considéré comme « médicalement futile » ou non bénéfique s'il n'offre au patient aucun espoir raisonnable de guérison, d'amélioration ni aucun avantage quelconque.

Trois questions permettent d'évaluer la futilité d'un traitement :

- L'intervention proposée répond-elle aux attentes du patient ?
- L'intervention proposée entraîne-t-elle des effets nuisibles supérieurs aux bénéfices escomptés ?
- L'intervention proposée offre-t-elle globalement un bénéfice au patient ?

On ne peut évaluer la futilité d'un traitement médical sans tenir compte du point de vue du patient lui-même et de ses proches. Cependant, le médecin doit s'efforcer de poser un jugement objectif conformément à ses obligations déontologiques. À cet égard, le *Code de déontologie des médecins* mentionne ce qui suit :

## Article 50

Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires.

## Article 58

Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés.

Le médecin n'est donc pas tenu d'offrir des soins non requis par l'état de santé du patient. En fin de vie, plus particulièrement, il doit déterminer, avec la compétence nécessaire et selon les règles d'éthique professionnelle, les traitements compatibles avec une mort sereine et digne, et refuser de se faire imposer par le patient ou sa famille des interventions farfelues.

À l'instar de la recherche du consentement libre et éclairé, la détermination des traitements et de leur intensité en fin de vie repose sur l'information, l'écoute et le

dialogue. Le médecin et le patient ont à apprivoiser la mort pour pouvoir en parler et s'entendre sur l'accompagnement requis et souhaité par le patient.

## 4

### L'ordonnance de non-réanimation

Dans les établissements de santé, il existe généralement une présomption en faveur de la vie, de sorte que, lorsque survient un arrêt cardiorespiratoire, la réanimation cardiorespiratoire est effectuée, à moins d'une ordonnance contraire explicitement inscrite au dossier. La présomption en faveur de la vie semble viser le meilleur intérêt du patient. Mais en fait, l'exigence d'inscrire au dossier une ordonnance de non-réanimation présuppose que le patient consentira à la réanimation. Aussi, si le patient exprime clairement son refus d'être réanimé, le dossier doit en faire état clairement.

Une ordonnance de non-réanimation peut également être prescrite par le médecin si l'intervention est jugée futile au sens de l'American Heart Association, qui propose des critères médicaux susceptibles de justifier une décision unilatérale de non-réanimation par le médecin<sup>9</sup> :

- a) Les manœuvres de réanimation ont été tentées mais sans restaurer la circulation ;
- b) Aucun bénéfice physiologique ne peut être espéré des manœuvres avancées de réanimation, considérant que les fonctions vitales du patient se détériorent malgré la thérapie ;
- c) Aucun survivant n'a été rapporté dans des études portant sur des situations cliniques semblables.

Les deux premiers critères concernent davantage l'arrêt d'une réanimation qui est en cours, alors que le troisième critère suggère de ne pas la commencer.

Entre ces deux pôles, c'est-à-dire entre le patient qui refuse à l'avance une réanimation cardiorespiratoire et le médecin qui ne veut pas l'entreprendre, il existe tout un éventail de situations où la communication devrait permettre au patient ou à sa famille de discuter de façon explicite avec le médecin des enjeux de fin de vie. Cette approche doit être privilégiée parce qu'en plus de balayer toute ambiguïté, elle permet d'offrir au patient le soutien et le soulagement souhaité et requis par son état.

#### Cas clinique

M. Pierre T., âgé de 78 ans, est atteint d'une maladie vasculaire artériosclérotique diffuse et se présente pour des douleurs au pied droit ressenties au repos. L'investigation révèle un état vasculaire plus que précaire. Le patient souffre d'insuffisance rénale terminale et de gangrène au pied droit. L'amputation mitarsienne et l'hémodialyse chronique s'ensuivent.

M. Pierre T. revient sept mois plus tard. La gangrène a gagné l'autre pied et provoque d'importantes douleurs au repos. Le patient s'en remet à sa conjointe en adoptant une position de retrait quand vient le temps de parler d'un traitement. La conjointe de M. Pierre T. réitère sans cesse la même exigence : « Il faut que les douleurs cessent. »

#### Que faites-vous ?

Les patients ou leurs proches ne s'expriment pas toujours de façon explicite, particulièrement lorsque l'enjeu est la mort et qu'une lourde charge émotive rend la

discussion difficile, tant pour le patient et pour ses proches que pour le médecin. Le médecin doit être vigilant et perspicace à cet égard. Dans le cas de M. Pierre T. on peut penser que sa conjointe tendait la perche pour que soient abordées la possibilité de cesser les interventions techniques et l'éventualité d'une mort prochaine.

Dans le contexte d'un cancer avancé, une certaine culture institutionnelle entourant les soins palliatifs a été développée. Il existe toutefois de nombreuses autres conditions cliniques associées à un pronostic aussi sombre mais pour lesquelles aucune culture de soins palliatifs n'est en vigueur. Les cas d'insuffisance respiratoire terminale ou de maladie artériosclérotique généralisée, comme celle de M. Pierre T., montrent bien que les enjeux de fin de vie sont loin d'être l'exclusivité des oncologues. Le médecin ne doit pas perdre de vue la dégradation clinique, même si celle-ci est faite d'une succession de rémissions et d'exacerbations. Les espoirs suscités par des rémissions, aussi minimes soient-ils, ne doivent pas indûment retarder les échanges à propos d'une mort prochaine.

L'exemple de M. Pierre T. est tiré d'une situation réelle. Le patient avait clairement adopté une attitude de retrait, confiant à sa femme le soin de prendre la parole à sa place. Pourtant, il ne présentait aucun signe d'incapacité à consentir. La question a surgi au sein de l'équipe traitante : « Que veut dire la conjointe de M. Pierre T. quand elle demande que les douleurs cessent ? » Le chirurgien est donc retourné au chevet du patient et a abordé calmement la question avec lui et sa conjointe, en offrant de mettre de côté toute intervention chirurgicale, mais de soulager et de soutenir M. Pierre T. Celui-ci a alors pris la parole : l'arrêt de traitement était son option avant même que commence l'hémodialyse. Le patient trouvait d'ailleurs que la qualité de sa vie s'était grandement détériorée depuis qu'il était amputé et captif du rein artificiel. Sa conjointe a expliqué pour sa part que, en tant que seconde épouse, elle craignait la réaction du reste de la famille si l'approche palliative était choisie.

L'ordonnance de non-réanimation est une des nombreuses questions évoquées en fin de vie. Elle peut introduire une discussion sur d'autres enjeux permettant d'améliorer la relation professionnelle particulière entre le médecin et son patient.

Dans tous les cas, il n'est jamais souhaitable que le médecin décide à la place du patient sur la base de ce qu'il considère comme étant le mieux pour lui. En ce sens, les critères de non-réanimation ne sont que des outils contribuant à une prise de décision ; mais celle-ci ne peut se faire sans le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant.

Cependant, comme dans tout traitement, même la réanimation peut être considérée comme futile (c'est-à-dire vide de sens), si les objectifs de soins que le patient bien informé a exprimés ne peuvent raisonnablement être atteints. Ces situations ne sont pas simples. D'où l'importance pour le médecin d'avoir réfléchi préalablement à ces questions.

## 5

## La mort cérébrale et le don d'organes

La définition de la mort cérébrale a évolué à mesure que les greffes d'organes ont pris leur essor. Ainsi, l'absence d'activité cérébrale corticale n'est plus considérée comme suffisante pour parler de mort cérébrale.

Même s'il n'existe pas de texte législatif au Canada (sauf au Manitoba) qui reconnaisse officiellement les éléments de définition à ce sujet, la pratique médicale présente depuis longtemps la mort cérébrale comme une « mort du tronc cérébral<sup>10</sup> ». Des lignes directrices ont été élaborées à ce sujet par plusieurs groupes, dont le Canadian Congress Committee on Brain Death (1988), le Canadian Neurocritical Care Group (1999) et, finalement, le Canadian Council for Donation and Transplantation (2003). Pour sa part, Québec-Transplant suit et recommande les lignes directrices du Canadian Neurocritical Care Group, mises à jour en 2002 (voir l'encadré). Ces critères évoluent toutefois et doivent être adaptés au fur et à mesure aux réalités des développements technologiques.

### Encadré II-1.3

#### Diagnostic de mort cérébrale

1. Étiologie connue pouvant causer la mort dans le contexte d'une pathologie irréversible ;
2. Coma profond (3 sur l'échelle de Glasgow) : absence de réponse aux stimuli, de mouvements anormaux (décortication – décérébration – dyskinétiques) ou de convulsions ;
3. Absence de réflexes du tronc cérébral :
  - réflexe pupillaire (mésencéphale),
  - réflexe cornéen (protubérance) ;
  - réflexe oculo-céphalique et vestibulaire (jonction bulbo-protubérantielle),
  - réflexe oropharyngé (bulbe supérieur),
  - réflexe respiratoire (bulbe) ;

Note : La persistance de réflexes ostéotendineux et de certains automatismes médullaires n'infirmes pas le diagnostic de mort cérébrale.
4. Patient apnéique lors du test d'apnée ;
5. Aucun facteur confondant : hypotension, hypothermie ( $< \text{ou} = 32,2^{\circ}\text{C}$ ), barbituriques, curare, désordres métaboliques ou endocriniens graves, état de choc systémique, neuropathie des nerfs crâniens, trauma aux yeux ainsi qu'à l'oreille moyenne et interne ;
6. Après un intervalle de temps déterminé selon les circonstances (de 2 à 24 heures), réévaluer les étapes 2 à 5.
 

Note : L'intervalle de 24 heures est obligatoire dans les cas suivants : hypoxie, anoxie, nouveau-né et enfant de 1 an et moins.

(Source : CANADIAN NEUROCRITICAL CARE GROUP, *Guidelines for the Diagnosis of Brain Death*, 2002.)

Le *Code civil du Québec* précise les modalités permettant d'effectuer des prélèvements d'organes pour fins de transplantation :



## Article 45

Le prélèvement ne peut être effectué avant que le décès du donneur n'ait été constaté par deux médecins qui ne participent ni au prélèvement ni à la transplantation.

Plus les connaissances évoluent, plus les critères d'acceptation des donneurs s'assouplissent pour favoriser le don d'organes. Le consentement au don d'organes peut être soit substitué, soit donné à l'avance. Aussi, dans des situations où il est possible de trouver des donneurs, le médecin et tous les membres de l'équipe traitante doivent être vigilants et rechercher systématiquement les engagements au don d'organes.

Par ailleurs, chaque personne a sa propre façon de percevoir la perte d'autonomie ou la mort. Si certains prennent des mesures à l'avance, tels le consentement au don d'organes, la désignation d'un mandataire en cas d'incapacité ou même le contrat préalable d'arrangements funéraires, d'autres occultent complètement ces réalités. Entre ces deux pôles et face à la menace d'une mort prochaine, certains patients sont prêts à tout tenter, même des traitements expérimentaux. Ultimement, c'est le patient ou sa famille qui sont les mieux placés pour décider de l'intensité de l'accompagnement requis face à un pronostic fatal et pour évaluer le moment approprié pour consentir au don d'organes. Le médecin doit bien informer le patient et sa famille des contraintes inhérentes au don d'organes tout en respectant leur décision.

## Conclusion

Qu'ils se présentent sous la forme d'une cessation de traitement, d'une ordonnance de non-réanimation ou d'un consentement au don d'organes, les enjeux de fin de vie demeurent des sujets trop souvent évités dans la relation médecin-patient. En fait, la mort demeure un sujet **culturellement** tabou dans notre société et, pour le médecin, il est doublement tabou. D'une part, la société a tendance à occulter la mort au point de modifier le langage et les rites s'y rattachant. D'autre part, on confie de plus en plus les soins aux mourants à des établissements hospitaliers, eux-mêmes paradoxalement soumis à une dynamique de lutte acharnée pour la vie et à une logique de l'efficacité. Le médecin ne doit-il pas réapprendre à accompagner et à soulager autant qu'il cherche à guérir ?

Sans vouloir influencer à lui seul la culture de la société dans laquelle il vit, le médecin, par son engagement professionnel, joue un rôle déterminant dans l'approche aux soins des mourants. Comme il le fait dans les autres moments de la vie de ses patients, il doit accompagner et informer le patient en fin de vie et son entourage afin que ceux-ci puissent aborder dignement cette dernière étape.

## D

### LES CONVICTIONS PERSONNELLES DU MÉDECIN ET DU PATIENT

Même s'il doit respecter des contraintes légales et même s'il a des obligations professionnelles, le médecin a aussi des convictions personnelles, tout comme les patients d'ailleurs.

Dans cette section, quatre situations permettent d'illustrer comment ces aspects (professionnels, personnels et légaux) peuvent entrer en conflit. Il s'agit :

- du refus de transfusion sanguine de la part des témoins de Jéhovah ;
- de la demande de mutilation génitale féminine ;
- du refus de traiter de la part du médecin ;
- des croyances ou des convictions du médecin pouvant influencer les soins qu'il prodigue à ses patients.

## 1

### Le refus de traitement pour des motifs religieux

#### Cas clinique

Marie, qui est âgée de 16 ans, est amenée en ambulance à la suite d'un accident de la route. Elle est consciente, mais en état de choc à la suite d'une hémorragie active. Elle refuse d'être transfusée parce qu'elle est témoin de Jéhovah. Sa famille, qui l'accompagne, confirme son allégeance religieuse et le refus exprimé.

#### Que faites-vous ?

Le refus libre et éclairé, peu importe la raison et en dépit de l'opinion du médecin, d'une personne apte à consentir doit être respecté, selon les droits reconnus dans les chartes canadienne et québécoise des droits et des libertés, et conformément aux principes de l'autonomie et de l'inviolabilité de la personne. Une croyance, notamment religieuse, peut être une des raisons invoquées pour exprimer un refus. Par exemple, le refus de subir une transfusion sanguine fait partie des dogmes reconnus des témoins de Jéhovah.

Parmi les droits reconnus par les chartes canadienne et québécoise des droits et des libertés, on trouve le droit à la liberté religieuse. Toutefois, même dans ce cas, le médecin doit s'assurer que toutes les conditions d'un refus libre et éclairé ont été respectées, en adaptant son évaluation à une croyance religieuse. Il doit en particulier vérifier et documenter la solidité de la conviction religieuse de la patiente et sa capacité à refuser. Les principes généraux du consentement ou du refus libre et éclairé ne trouvent ici qu'une application particulière.

## 1.1

### *S'il s'agit d'une personne majeure*

Comme le stipule le *Code civil du Québec*, le refus de transfusion sanguine exprimé par une personne apte doit être respecté même en situation d'urgence (art. 13, al. 2), s'il n'y a pas de doute vis-à-vis du refus exprimé. S'il y a un **doute raisonnable** concernant ce refus, la transfusion ne peut être effectuée que **s'il y a urgence ET espoir de sauver la vie**.

## 1.2

### *S'il s'agit d'une personne mineure*

La situation varie quelque peu selon l'âge.

**Mineur de moins de 14 ans** — S'il y a urgence, la transfusion doit être faite. S'il n'y a pas urgence et que les parents refusent la transfusion pour leur enfant, celle-ci ne pourra être effectuée qu'après autorisation du tribunal.

**Mineur de 14 ans et plus** — L'enjeu porte alors sur la réalité du refus et sur la position des parents vis-à-vis du choix religieux de leur enfant. En d'autres termes, il s'agit d'évaluer la solidité de la conviction religieuse et la capacité du mineur de 14 ans et plus à refuser (voir aussi A. Le consentement : 4. Qui peut consentir ?).

## 1.3

### *La validation du refus*

Selon la jurisprudence ontarienne, depuis l'arrêt *Mallette c. Schulman*<sup>11</sup>, et selon le *Code civil du Québec*, il est clair que la conviction religieuse est un motif valable et reconnu pour fonder un refus de traitement. Les principes invoqués sont : l'autodétermination, le respect de l'autonomie et l'inviolabilité de la personne. L'urgence de la situation ne permet pas d'y faire exception. Effectuer une transfusion à un patient ayant clairement et librement exprimé son refus expose le médecin à une poursuite pour voie de fait même si, par la transfusion, la vie de la personne en danger a été sauvée.

Toutefois, le refus de traitement pour cause de croyance religieuse pose un problème supplémentaire, en raison de l'emprise que peuvent avoir des coreligionnaires sur la volonté du patient et, par conséquent, de la difficulté de celui-ci à exercer un libre choix, un phénomène fréquent chez les adeptes de sectes. À l'inverse, le droit à la liberté de conscience et de croyance suppose qu'une personne peut librement adhérer à une foi et faire siens les préceptes qu'elle véhicule.

Dans ce cas comme dans toute autre situation de refus de traitement, le médecin a l'obligation de « valider » ce refus. En cas de doute raisonnable, la présomption vise le bien du patient. Toutefois, il incombera au médecin de faire la démonstration que le refus était douteux. De la même manière, si le refus s'appuie sur une allégeance religieuse, il revient au médecin de faire la démonstration qu'il est raisonnable de douter de cette allégeance religieuse. Le cas échéant, il devra donc présenter les

arguments expliquant pourquoi, dans ces circonstances, il était raisonnable de ne pas tenir compte du refus.

## 2

### La demande de mutilation génitale féminine

S'il est reconnu, au Québec comme au Canada, qu'un patient peut refuser un traitement par fidélité à ses convictions religieuses, il en va tout autrement d'une demande de mutilation génitale féminine (MGF) pour des motifs religieux.

Le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario a adopté, en 1992, une politique qui interdit la MGF, déclarant que les médecins qui effectuent cette opération seront poursuivis pour inconduite professionnelle. Il en va de même dans cette province pour l'infibulation.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de législation criminelle interdisant la MGF au Canada. Par contre, le *Code de déontologie des médecins du Québec* précise que le médecin ne peut pratiquer des actes médicaux pouvant nuire à la santé de son patient :

#### Article 60

Le médecin doit refuser sa collaboration ou sa participation à tout acte médical qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient, eu égard à sa santé.

Ainsi, lorsqu'un patient consent à un acte pouvant nuire à sa santé, le médecin est tenu de ne pas poser cet acte, notamment une MGF. Il s'agit donc d'abord pour le médecin de préserver son indépendance professionnelle et de distinguer le domaine professionnel du domaine des convictions personnelles.

Le respect des convictions personnelles des patients n'implique pas que celles-ci doivent à elles seules dicter la conduite du médecin. Le médecin doit cependant être vigilant et éviter que ses propres convictions n'entravent ses obligations professionnelles.

La circoncision masculine n'a pas encore fait l'objet d'une réflexion similaire dans la communauté médicale du Canada. L'important à ce chapitre demeure de distinguer les situations où il y a une indication médicale, tant pour la circoncision que pour les interventions chirurgicales aux organes génitaux féminins.

## 3

### La discrimination

#### Cas clinique

Une patiente se présente à votre clinique. En prenant connaissance de son dossier, vous constatez qu'elle est sidéenne. Pouvez-vous refuser de la traiter ?

Au Québec, l'article 10 de la *Charte des droits et des libertés de la personne* interdit toute discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge (sauf dans la mesure prévue par la loi), la religion, les

convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'usage d'un moyen pour pallier ce handicap.

Pour le médecin, s'ajoute une disposition du *Code de déontologie* :

Article 23

Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons reliées à la nature de la déficience ou de la maladie présentée par ce patient ou pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale de ce patient ou pour des raisons d'orientation sexuelle, de mœurs, de convictions politiques ou de langue ; il peut cependant, s'il juge que c'est dans l'intérêt médical du patient, diriger celui-ci vers un autre médecin.

Autrement dit, un médecin ne peut pas refuser de traiter un patient parce qu'il est infecté par le VIH.

Par ailleurs, de façon plus générale, les médecins ne sont tenus qu'à fournir les soins médicalement nécessaires, comme le précise leur *Code de déontologie* :

Article 50

Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires.

Toutefois, le médecin peut refuser de prodiguer à un patient des soins médicalement requis pour les motifs suivants : manque de compétence, conflit de personnalités avec le patient, manque de collaboration de la part du patient, demande de soins téméraire ou non conforme à la science médicale.

Le médecin a, en tout temps, un devoir d'assistance auquel il ne peut se dérober, particulièrement envers une personne en situation d'urgence ayant un besoin d'attention immédiate, quelles que soient les circonstances. C'est, en fait, une obligation pour tout citoyen, à plus forte raison si le citoyen est médecin.

## 4

### L'objection de conscience

Même si le médecin doit honorer son devoir de secours et d'assistance envers tout patient qui le consulte, il n'en est pas moins lui-même un citoyen et a, à ce titre, aussi des droits, notamment le droit à ses propres croyances. Lorsque ses convictions peuvent influencer la nature ou la qualité des soins qu'il prodigue au patient, le médecin doit veiller à respecter certains devoirs déontologiques. À cet égard, le *Code de déontologie des médecins* est clair :

Article 24

Le médecin doit informer son patient de ses convictions personnelles qui peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir des services professionnels qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services professionnels.

Le médecin doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin.

Par exemple, un médecin qui s'oppose à l'avortement ou à la contraception est libre de limiter ses interventions de manière à tenir compte de ses convictions religieuses ou morales. Il devra toutefois en informer les patientes qui viendraient le consulter

pour ce type de services professionnels et leur prêter assistance dans leur recherche de tels services.

Si le respect de la croyance religieuse est bien enchâssé dans la *Charte des droits et des libertés de la personne* du Québec et qu'il ne peut faire l'objet d'une discrimination, il en va de même du respect de l'intégrité, de l'inviolabilité et de l'autodétermination de la personne.

## NOTES

1. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Le consentement aux soins*, Montréal, Collège des médecins du Québec, mars 1996, p. 4.
2. *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A)*, [1994], R.J.Q., 2523 (C.A.).
3. Ainsi, des personnes (au cas où leur compétence cognitive diminuerait) peuvent décider de nommer quelqu'un pour administrer leurs biens (mandataire aux biens) et veiller sur elles (mandataire à la personne).
4. ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Le consentement : guide à l'intention des médecins du Canada*, 3<sup>e</sup> édition, Ottawa, Association canadienne de protection médicale, 1996, 22 p.
5. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit, à l'article 18, qu'« un usager n'a pas le droit d'être informé de l'existence ni de recevoir communication d'un renseignement le concernant et contenu dans son dossier qui a été fourni à son sujet par un tiers et dont l'information de l'existence ou la communication permettrait d'identifier le tiers, à moins que ce dernier n'ait consenti par écrit à ce que ce renseignement et sa provenance soient révélés à l'usager ».
6. *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec et Danielle Marceau*, [1992], R.J.Q., 361 (C.S.).
7. COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Ottawa, Commission de réforme du droit du Canada, 1982, série « Protection de la vie : Document de travail », n° 28, p. 50.
8. « Euthanasie passive » est un terme suranné qui a été avantageusement remplacé par la notion de cessation de traitement. Le terme « euthanasie » est maintenant réservé pour signifier un acte délibéré ; il est dorénavant toujours utilisé dans son sens actif.
9. « Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association. Part VIII. Ethical considerations in resuscitation », *JAMA = The Journal of the American Medical Association*, vol. 268, n° 16, 28 octobre 1992, p. 2282-2288.
10. Concrètement, la constatation de cette mort à la date et à l'heure consignées au dossier constitue la mort officiellement reconnue au Québec.
11. *Mallette c. Schulman*, [1990], 72 O.R. (2d) 417; 67 D.L.R. (4<sup>th</sup>) 321 (Ont. C.A.).



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité  
au service du public*

## **CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS**

Code des professions

(L.R.Q., c. C-26, a. 87 ; 2001, c. 78, a. 6)

Adopté par le Collège des médecins du Québec  
et approuvé par le gouvernement du Québec,  
le présent *Code de déontologie des médecins*  
est en vigueur depuis le 7 novembre 2002.

# LE *CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS*

## Un outil essentiel pour la profession

**L**e *Code de déontologie des médecins* est un outil développé par les médecins, qui prend racine dans leur propre conception de l'éthique de la pratique de la médecine. Il contient des obligations envers le patient, le public et la profession, obligations que les médecins conviennent ensemble de se donner et de respecter dans l'exercice de leur profession. Le *Code* n'est pas conçu pour soustraire le médecin à la réflexion qu'il doit faire lui-même; il doit servir à faciliter cette réflexion, en précisant les responsabilités et devoirs qui sont présentement jugés par les membres de la profession essentiels à un exercice adéquat de la médecine.

Le *Code de déontologie* vise avant tout à ce que le comportement individuel du médecin contribue à la responsabilité sociale impartie à l'ensemble des médecins: celle de protéger la santé des gens. En échange de cette lourde responsabilité, on accorde au médecin beaucoup de pouvoir, dont celui de s'autoréguler.

Le Code des professions habilite chacun des ordres professionnels à adopter un code de déontologie et à voir à son application. Tout en côtoyant d'autres réglementations, d'autres formes de régulation sociale, le *Code de déontologie des médecins* est l'un des règlements les plus importants pour la profession. Il a une force légale, à l'instar de tout autre règlement pris en application d'une loi. Par ailleurs, il assure à la population que tous ceux qui exercent la médecine auront à s'y conformer et que les agissements dont ils auraient à se plaindre seront jugés à la lumière de ces exigences.

Le *Code de déontologie des médecins* est le guide le plus fondamental d'une bonne pratique médicale, qu'il s'agisse de médecine clinique, de santé publique ou encore de médecine administrative au service d'un établissement, d'un ministère, d'un assureur privé, de l'ordre professionnel lui-même ou autre. Le Collège des médecins du Québec enjoint à tous les membres de la profession de respecter les principes et les règles qui s'en dégagent, en tenant compte des réalités propres à leur exercice professionnel.



# CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS

*Code des professions*  
(L.R.Q., c. C-26, a. 87; 2001, c. 78, a. 6)

## CHAPITRE I

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

**1.** Le présent code détermine, en application de l'article 87 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26 ; 2001, c. 78), les devoirs et obligations dont doit s'acquitter tout membre du Collège des médecins du Québec.

**2.** Le médecin ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.

## CHAPITRE II

### DEVOIRS GÉNÉRAUX DU MÉDECIN

**3.** Le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif.

**4.** Le médecin doit exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne.

**5.** Le médecin doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité et loyauté.

**6.** Le médecin doit exercer sa profession selon des principes scientifiques.

**7.** Le médecin doit ignorer toute intervention qui ne respecte pas sa liberté professionnelle.

**8.** Le médecin doit s'assurer du respect du présent code par les personnes qu'il emploie ou qui lui sont associées dans l'exercice de sa profession.

**9.** Le médecin ne doit pas permettre qu'une autre personne pose en son nom un acte qui, s'il était posé par lui-même, violerait une disposition du présent code, de la Loi médicale (L.R.Q., c. M-9), du Code des professions ou des règlements qui en découlent.

**10.** Le médecin, dans l'exercice de sa profession, ne doit pas consulter un charlatan, ni collaborer de quelque façon que ce soit avec lui.

**11.** Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, engager pleinement sa responsabilité civile. Il ne peut l'éluder ou tenter de l'éluder, ni requérir d'un patient ou d'une personne une renonciation à ses recours en cas de faute professionnelle de sa part.

**12.** Le médecin doit utiliser judicieusement les ressources consacrées aux soins de santé.

**13.** Le médecin doit s'abstenir de participer à une action concertée de nature à mettre en danger la santé ou la sécurité d'une clientèle ou d'une population.

**14.** Le médecin doit favoriser les mesures d'éducation et d'information dans le domaine où il exerce.

**15.** Le médecin doit, dans la mesure de ses possibilités, aider au développement de la profession par le partage de ses connaissances et de son expérience, notamment avec ses confrères, les résidents et les étudiants en médecine, ainsi que par sa participation aux activités, cours et stages de formation continue et d'évaluation.

**16.** Le médecin doit s'abstenir de faire un usage immodéré de substances psychotropes ou de toute autre substance, incluant l'alcool, produisant des effets analogues.

## CHAPITRE III

### DEVOIRS ET OBLIGATIONS DU MÉDECIN ENVERS LE PATIENT, LE PUBLIC, LA PROFESSION

#### SECTION I

##### QUALITÉ DE LA RELATION PROFESSIONNELLE

**17.** Le médecin doit avoir une conduite irréprochable envers toute personne avec laquelle il entre en relation dans l'exercice de sa profession, notamment envers tout patient, que ce soit sur le plan physique, mental ou affectif.

**18.** Le médecin doit chercher à établir et à maintenir avec son patient une relation de confiance mutuelle et s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle.

**19.** Le médecin peut mettre fin à une relation thérapeutique lorsqu'il a un motif juste et raisonnable de le faire, notamment lorsque les conditions normales requises pour établir ou maintenir une confiance mutuelle sont absentes ou si cette confiance n'existe plus.

L'incitation de la part du patient à l'accomplissement d'actes illégaux, injustes ou frauduleux constitue un motif juste et raisonnable.

**20.** Le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel :

1° doit garder confidentiel ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession ;

2° doit s'abstenir de tenir ou de participer à des conversations indiscretes au sujet d'un patient ou des services qui lui sont rendus ou de révéler qu'une personne a fait appel à ses services ;

3° doit prendre les moyens raisonnables à l'égard des personnes qui collaborent avec lui pour que soit préservé le secret professionnel ;

4° ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice d'un patient ;

5° ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient ou la loi l'y autorise, ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage ;

6° ne peut révéler à l'entourage du patient un pronostic grave ou fatal si celui-ci le lui interdit.

**21.** Le médecin qui communique un renseignement protégé par le secret professionnel doit, pour chaque communication, indiquer dans le dossier du patient les éléments suivants :

1° la date et l'heure de la communication ;

2° l'identité de la personne exposée au danger ou du groupe de personnes exposées au danger ;

- 3° l'identité de la personne à qui la communication a été faite en précisant, selon le cas, qu'il s'agissait de la ou des personnes exposées au danger, de leur représentant ou des personnes susceptibles de leur porter secours;
- 4° l'acte de violence qu'il visait à prévenir;
- 5° le danger qu'il avait identifié;
- 6° l'imminence du danger qu'il avait identifié;
- 7° les renseignements communiqués.

**22.** Le médecin doit s'abstenir d'abuser de la relation professionnelle établie avec la personne à qui il fournit des services.

Plus particulièrement, le médecin doit s'abstenir, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel.

**23.** Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons liées à la nature de la déficience ou de la maladie présentée par ce patient ou pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale de ce patient ou pour des raisons d'orientation sexuelle, de mœurs, de convictions politiques ou de langue; il peut cependant, s'il juge que c'est dans l'intérêt médical du patient, diriger celui-ci vers un autre médecin.

**24.** Le médecin doit informer son patient de ses convictions personnelles qui peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir des services professionnels qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services professionnels.

Le médecin doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin.

**25.** Le médecin doit s'abstenir d'intervenir dans les affaires personnelles de son patient sur des questions qui ne relèvent pas du domaine de la santé.

## SECTION II

### LIBERTÉ DE CHOIX

**26.** Le médecin doit reconnaître le droit du patient de consulter un confrère, un autre professionnel ou une autre personne compétente. Il ne doit en aucune façon porter atteinte au libre choix exercé par le patient.

**27.** Le médecin doit, lorsqu'il émet une ordonnance, respecter le droit du patient de la faire exécuter à l'endroit et auprès de la personne de son choix.

## SECTION III

### CONSENTEMENT

**28.** Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé.

**29.** Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.

**30.** Le médecin doit, vis-à-vis des sujets de recherche ou de leur représentant légal, s'assurer:

- 1° que chaque sujet soit informé des objectifs du projet de recherche, des avantages, risques ou inconvénients pour le sujet, des avantages que lui procureraient des soins usuels s'il y a lieu, ainsi que du fait, le cas échéant, que le médecin retirera des gains matériels de l'inscription ou du maintien du sujet dans le projet de recherche;
- 2° qu'un consentement libre, éclairé, écrit et révoquant en tout temps, soit obtenu de chaque sujet avant le début de sa participation à la recherche ou lors de tout changement significatif au protocole de recherche.

**31.** Le médecin doit, avant d'entreprendre sa recherche sur des êtres humains, obtenir l'approbation du projet par un comité d'éthique de la recherche qui respecte les normes en vigueur, notamment dans sa composition et dans ses modalités de fonctionnement. Il doit également s'assurer que tous ceux qui collaborent avec lui à la recherche soient informés de ses obligations déontologiques.

## SECTION IV

### PRISE EN CHARGE ET SUIVI

**32.** Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un confrère ou un autre professionnel puisse le faire à sa place.

**33.** Le médecin désirant diriger un patient vers un autre médecin doit assumer la responsabilité de ce patient aussi longtemps que le nouveau médecin n'a pas pris celui-ci en charge.

**34.** Le médecin qui traite un patient nécessitant des soins d'urgence doit en assurer la prise en charge requise par son état jusqu'à l'acceptation du transfert par un autre médecin.

**35.** Le médecin qui ne peut plus assumer le suivi médical requis chez un patient doit, avant de cesser de le faire, s'assurer que celui-ci peut continuer à obtenir les services professionnels requis et y contribuer dans la mesure nécessaire.

**36.** Le médecin doit, advenant une cessation d'exercice complète ou partielle, en informer ses patients en leur donnant un préavis dans un délai raisonnable.

**37.** Le médecin doit être diligent et faire preuve d'une disponibilité raisonnable envers son patient et les patients pour lesquels il assume une responsabilité de garde.

**38.** Le médecin doit porter secours et fournir les meilleurs soins possibles à un patient lorsqu'il est vraisemblable de croire que celui-ci présente une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate.

**39.** Le médecin doit signaler au directeur de la protection de la jeunesse toute situation pour laquelle il a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis; il doit alors fournir au directeur tout renseignement qu'il juge pertinent en vue de protéger l'enfant.

Le médecin peut en outre signaler lui-même aux autorités policières la situation d'un enfant dont l'intégrité physique ou la vie lui apparaît susceptible d'être compromise.

**40.** Le médecin qui a des motifs de croire que la santé de la population ou d'un groupe d'individus est menacée doit en aviser les autorités de santé publique concernées.

**41.** Le médecin doit collaborer avec ses confrères au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle ou une population doit avoir accès.

## SECTION V

### QUALITÉ D'EXERCICE

**42.** Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, tenir compte de ses capacités, de ses limites ainsi que des moyens dont il dispose. Il doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter un confrère, un autre professionnel ou toute personne compétente ou le diriger vers l'une de ces personnes.

**43.** Le médecin doit s'abstenir d'exercer sa profession dans des circonstances ou états susceptibles de compromettre la qualité de son exercice ou de ses actes ou la dignité de la profession.

**44.** Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés.

**45.** Le médecin qui entreprend ou participe à une recherche sur des êtres humains doit se conformer aux principes scientifiques et aux normes éthiques généralement reconnus et justifiés par la nature et le but de sa recherche.

**46.** Le médecin doit élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, en utilisant les méthodes scientifiques les plus appropriées et, si nécessaire, en recourant aux conseils les plus éclairés.

**47.** Le médecin doit s'abstenir de faire des omissions, des manœuvres ou des actes intempestifs ou contraires aux données actuelles de la science médicale.

**48.** Le médecin doit s'abstenir d'avoir recours à des examens, investigations ou traitements insuffisamment éprouvés, sauf dans le cadre d'un projet de recherche et dans un milieu scientifique reconnu.

**49.** Le médecin doit, à l'égard d'un patient qui veut recourir à des traitements insuffisamment éprouvés, l'informer du manque de preuves scientifiques relativement à de tels traitements, des risques ou inconvénients qui pourraient en découler, ainsi que des avantages que lui procureraient des soins usuels, le cas échéant.

**50.** Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires.

**51.** Le médecin doit s'abstenir de fournir, prescrire ou permettre d'obtenir, en l'absence de pathologie ou sans raison médicale suffisante, des substances psychotropes, incluant l'alcool, ou toute autre substance produisant des effets analogues, de même que toute substance visant à améliorer la performance.

**52.** Le médecin doit s'abstenir d'employer ou de déclarer employer des substances ou traitements secrets ou d'en favoriser la diffusion.

**53.** Le médecin doit, lorsqu'il pose un acte qui requiert une assistance, s'assurer que le personnel qui l'assiste est qualifié.

**54.** Le médecin ne doit pas demeurer seul avec un patient lorsqu'il utilise une méthode d'examen ou de traitement entraînant une altération significative de l'état de conscience.

**55.** Le médecin ne doit pas diminuer les capacités physiques, mentales ou affectives d'un patient, sauf si cette diminution est requise pour des motifs préventifs, diagnostiques ou thérapeutiques.

**56.** Le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier, de tout incident, accident ou complication

susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique.

**57.** Le médecin doit informer le patient ou, s'il est incapable d'agir, le représentant légal de celui-ci d'un pronostic grave ou fatal, à moins qu'il n'y ait juste cause.

**58.** Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés.

**59.** Le médecin doit collaborer avec les proches du patient ou toute autre personne qui démontre un intérêt significatif pour celui-ci.

**60.** Le médecin doit refuser sa collaboration ou sa participation à tout acte médical qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient, eu égard à sa santé.

**61.** Le médecin doit refuser de collaborer à toute activité de recherche dont les risques à la santé des sujets, sains ou malades, lui semblent hors de proportion par rapport aux avantages potentiels qu'ils peuvent en retirer ou aux avantages que leur procureraient des soins usuels, le cas échéant.

**62.** Le médecin ne peut, à moins qu'une loi ou un règlement ne l'autorise :

1° choisir ou maintenir dans ses fonctions, à titre d'associé, d'employé ou de préposé aux fins d'exercer la médecine, une personne qui n'est pas médecin;

2° confier à une personne qui n'est pas médecin le soin de poser des actes qui relèvent de l'exercice de la médecine;

3° collaborer avec une personne qui exerce illégalement la médecine.

## SECTION VI

### INDÉPENDANCE ET DÉSINTÉRESSEMENT

**63.** Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectées.

**64.** Le médecin doit ignorer toute intervention d'un tiers en vue d'influer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son patient, d'un groupe d'individus ou d'une population.

**65.** Le médecin agissant pour le compte d'un tiers doit communiquer directement au médecin du patient tout renseignement qu'il juge important eu égard à son état de santé, sauf s'il n'a pas obtenu l'autorisation de ce dernier à une telle communication.

**66.** Le médecin doit, sous réserve des lois existantes, s'abstenir d'agir à titre de médecin pour le compte d'un tiers dans un litige à l'encontre de son patient.

**67.** Le médecin, agissant pour le compte d'un patient ou d'un tiers comme expert ou évaluateur, doit :

1° faire connaître avec objectivité et impartialité à la personne soumise à l'évaluation, le but de son travail, les objets de l'évaluation et les moyens qu'il compte utiliser pour la réaliser; il doit aussi l'informer du destinataire de son rapport d'expertise et de la manière d'en demander copie;

- 2° s'abstenir d'obtenir de cette personne toute information ou de lui faire toute interprétation ou commentaire non pertinent à l'objet de l'évaluation;
- 3° s'abstenir de communiquer au tiers toute information, interprétation ou commentaire non pertinent à l'objet de l'évaluation;
- 4° s'abstenir de poser un geste ou de tenir des propos susceptibles de diminuer la confiance de cette personne envers son médecin;
- 5° communiquer avec objectivité, impartialité et diligence son rapport au tiers ou à la personne qui a demandé l'évaluation.

**68.** Le médecin doit, en vue de juger de l'aptitude d'une personne à exécuter un travail, s'en tenir à la recherche des informations qui sont pertinentes à cette fin.

**69.** Le médecin agissant pour le compte d'un tiers comme expert ou évaluateur ne peut devenir médecin traitant du patient qu'à la demande ou après autorisation expresse de ce dernier, et après avoir mis fin à son mandat avec le tiers.

**70.** Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter toute personne avec qui, il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants.

**71.** Le médecin doit, seul ou avec les médecins avec lesquels il exerce, assumer la responsabilité de l'exercice de sa profession; il ne peut accepter aucun arrangement restreignant cette responsabilité.

**72.** Le médecin ne peut participer à une entente selon laquelle la nature et l'ampleur des dépenses professionnelles peuvent influencer la qualité de son exercice.

De même, le médecin ne peut participer à une entente avec un autre professionnel de la santé selon laquelle la nature et l'ampleur des dépenses professionnelles de celui-ci peuvent influencer la qualité de son exercice.

**73.** Le médecin doit s'abstenir:

- 1° de rechercher ou d'obtenir indûment un profit par l'ordonnance d'appareils, d'examen, de médicaments ou de traitements;
- 2° d'accorder, dans l'exercice de sa profession, tout avantage, commission ou ristourne à quelque personne que ce soit;
- 3° d'accepter, à titre de médecin ou en utilisant son titre de médecin, toute commission, ristourne ou avantage matériel mettant en péril son indépendance professionnelle.

**74.** Le médecin ne doit faire aucune sollicitation de clientèle.

**75.** Le médecin ne peut permettre que son titre soit utilisé à des fins commerciales.

**76.** Le médecin doit s'abstenir de vendre des médicaments ou d'autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé, à l'exception de ceux qu'il administre directement.

**77.** Le médecin doit informer le patient du fait qu'il a des intérêts dans l'entreprise offrant les services diagnostiques ou thérapeutiques qu'il lui prescrit.

Le médecin doit respecter le libre choix du patient en lui indiquant, sur demande, les autres endroits où il peut recevoir les services au moment de lui remettre une ordonnance ou une requête à cette fin.

**78.** Le médecin qui entreprend ou participe à une recherche doit déclarer, au comité d'éthique de la recherche, ses intérêts et dévoiler tout conflit d'intérêts réel, apparent ou éventuel.

Dans le cadre d'une activité de recherche, le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter ou accorder un dédommagement qui mettrait en cause son indépendance professionnelle.

La rétribution ou le dédommagement du médecin pour son temps et expertise professionnelle affectée à la recherche doit être raisonnable et connu du comité d'éthique.

**79.** Le médecin qui obtient des redevances ou participe à une entreprise qu'il est en son pouvoir de contrôler et qui fabrique ou met en marché des produits ayant un intérêt pour la santé doit en informer les personnes à qui il les prescrit ainsi que les milieux où il en fait la promotion.

**80.** Le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter aucun bénéfice susceptible de compromettre son indépendance professionnelle, notamment dans le cadre des activités de formation médicale continue.

**81.** Le médecin organisateur d'une activité de formation médicale continue ou agissant comme personne-ressource dans le cadre d'une telle activité doit informer les participants du fait de ses affiliations ou de ses intérêts financiers auprès d'une société commerciale dans la réalisation de cette activité.

**82.** Le médecin qui doit procéder à une greffe ou à une transplantation d'organe ne doit pas participer à la constatation ni à la confirmation du décès de la personne chez laquelle l'organe doit être prélevé.

## SECTION VII INTÉGRITÉ

**83.** Le médecin doit s'abstenir de garantir, expressément ou implicitement, l'efficacité d'un examen, d'une investigation ou d'un traitement ou la guérison d'une maladie.

**84.** Le médecin doit s'abstenir d'inscrire, de produire ou d'utiliser des données qu'il sait erronées dans tout document, notamment tout rapport ou dossier médical ou de recherche.

**85.** Le médecin doit s'abstenir de délivrer à quiconque et pour quelque motif que ce soit un certificat de complaisance ou des informations écrites ou verbales qu'il sait erronées.

**86.** Le médecin ne peut, par quelque moyen que ce soit, faire une représentation fausse, trompeuse ou incomplète au public ou à une personne qui recourt à ses services, notamment quant à son niveau de compétence ou quant à l'étendue ou à l'efficacité de ses services et de ceux généralement assurés par les membres de sa profession.

**87.** Le médecin ne doit pas sciemment cacher les résultats négatifs d'une recherche à laquelle il a participé.

**88.** Le médecin qui utilise un média d'information s'adressant au public doit communiquer une information factuelle, exacte et vérifiable. Cette information ne doit contenir:

- 1° aucune déclaration de nature comparative ou superlative reliée à la qualité des produits, des professionnels ou des services mentionnés dans cette information;
- 2° aucun témoignage d'appui ou de reconnaissance le concernant ou concernant son exercice professionnel.

**89.** Le médecin exposant des opinions médicales par la voie de quelque média d'information que ce soit s'adressant au public doit informer la population des opinions conformes aux données actuelles de la science médicale sur le sujet et éviter toute publicité intempestive en faveur d'un médicament, d'un produit ou d'une méthode d'investigation ou de traitement.

**90.** Le médecin qui informe le public d'un procédé nouveau de diagnostic, d'investigation ou de traitement insuffisamment éprouvé doit mentionner les réserves appropriées qui s'imposent.

**91.** Le médecin ne peut faire ou permettre que soit faite en son nom, à son sujet ou pour son bénéfice, par quelque moyen que ce soit, de la publicité fausse, incomplète, intempestive, trompeuse ou susceptible de l'être.

**92.** Le médecin doit indiquer clairement dans sa publicité, sur sa papeterie et tout autre outil d'identification, son nom, son statut d'omnipraticien ou, s'il est titulaire d'un certificat de spécialiste délivré par le Collège, celui de spécialiste. Il peut aussi mentionner les services qu'il offre.

**93.** Le médecin doit conserver une copie intégrale de toute publicité dans sa forme d'origine, ainsi qu'une copie de tout contrat s'y référant, pendant une période d'au moins trois ans suivant la date de la dernière diffusion ou publication autorisée. Cette copie doit être remise à un syndicat du Collège, à sa demande.

## SECTION VIII

### ACCESSIBILITÉ ET RECTIFICATION DES DOSSIERS

**94.** Le médecin doit donner suite, avec diligence et au plus tard dans les 30 jours de sa réception, à toute demande faite par son patient dont l'objet est de prendre connaissance ou d'obtenir copie des documents qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet.

**95.** Le médecin peut exiger du patient des frais raisonnables n'excédant pas le coût de la reproduction ou de la transcription de ces documents et le coût de la transmission d'une copie de ceux-ci.

Le médecin qui entend exiger de tels frais doit, avant de procéder à la reproduction, à la transcription ou à la transmission, informer le patient du montant approximatif qu'il sera appelé à débours.

**96.** Le médecin qui refuse au patient l'accès à un renseignement contenu dans un dossier constitué à son sujet doit, sur demande écrite du patient, l'informer par écrit des motifs de son refus et les inscrire au dossier.

**97.** Le médecin doit fournir au patient qui en fait la demande, ou à telle personne que celui-ci indique, tous les renseignements qui lui permettraient de bénéficier d'un avantage auquel il peut avoir droit.

**98.** Le médecin doit, sur demande écrite du patient et au plus tard dans les 30 jours de la demande, remettre au médecin, à l'employeur, à l'établissement, à l'assureur ou à toute autre personne que le patient lui indique, les informations pertinentes du dossier médical qu'il tient à son sujet ou dont il assure la conservation.

**99.** Le médecin doit donner suite, avec diligence et au plus tard dans les 30 jours de sa réception, à toute demande faite par un patient dont l'objet est de faire corriger ou supprimer des renseignements inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non justifiés dans tout document qui le concerne. Il doit également respecter le droit du patient de formuler des commentaires écrits au dossier.

Le médecin doit délivrer au patient, sans frais, une copie du document ou de la partie du document dûment daté qui a été déposé au dossier et qui permet au patient de constater que les renseignements y

ont été corrigés ou supprimés ou, selon le cas, une attestation que les commentaires écrits que le patient a formulés ont été versés au dossier.

**100.** À la demande écrite du patient, le médecin doit transmettre copie, sans frais pour le patient, des renseignements corrigés ou une attestation que des renseignements ont été supprimés ou, selon le cas, que des commentaires écrits ont été versés au dossier à toute personne de qui le médecin a reçu les renseignements ayant fait l'objet de la correction, de la suppression ou de commentaires ainsi qu'à toute personne à qui les renseignements ont été communiqués.

**101.** Le médecin qui refuse d'acquiescer à une demande de correction ou de suppression de renseignements doit justifier par écrit les motifs de son refus et informer le patient de ses recours.

**102.** Le médecin doit donner suite, avec diligence, à toute demande écrite faite par un patient, dont l'objet est de reprendre possession d'un document que le patient lui a confié.

## SECTION IX

### HONORAIRES

**103.** Le médecin doit s'abstenir de réclamer de quiconque des honoraires pour des activités professionnelles dont le coût a été ou doit être payé par un tiers.

**104.** Le médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus.

Si le coût prévu des services doit être modifié, le médecin doit en informer sans délai le patient.

**105.** Le médecin désengagé ou non participant au régime d'assurance maladie du Québec ou qui réclame des honoraires pour des services non couverts par ce régime doit préalablement donner au patient des informations suffisantes sur la nature et l'étendue des services inclus dans le tarif réclamé et préciser la période pour laquelle le tarif est en vigueur. Le médecin doit donner toutes les explications nécessaires à la compréhension de son compte d'honoraires et des modalités de paiement.

**106.** Le médecin doit s'abstenir de réclamer des honoraires pour des services professionnels non rendus.

Le médecin visé à l'article 105 peut toutefois exiger une avance raisonnable pour couvrir les frais et honoraires reliés à l'exécution de ses services professionnels.

**107.** Le médecin ne peut partager ses honoraires que dans la mesure où ce partage n'affecte pas son indépendance professionnelle.

**108.** Le médecin ne doit pas vendre ou céder ses comptes pour honoraires professionnels, à moins que ce ne soit à un autre médecin ou à moins que le patient n'y consente ou qu'un règlement du Collège ne l'y autorise.

**109.** Le médecin qui confie le recouvrement de la perception de ses honoraires à une autre personne ou à un organisme doit s'assurer que ceux-ci procèdent avec tact et mesure, dans le respect de la confidentialité et des pratiques en matière de recouvrement de créances autorisées par la loi.

## SECTION X

### RELATIONS AVEC LES CONFRÈRES ET AUTRES PROFESSIONNELS

**110.** Le médecin ne doit pas, à l'égard de quiconque est en relation avec lui dans l'exercice de sa profession, notamment un confrère ou un membre d'un autre ordre professionnel, le dénigrer, abuser de sa confiance, l'induire volontairement en erreur, surprendre sa bonne foi ou utiliser des procédés déloyaux.

**111.** Le médecin ne doit pas harceler, intimider ou menacer une personne avec laquelle il est en rapport dans l'exercice de sa profession.

**112.** Le médecin doit, lorsqu'il dirige de sa propre initiative un patient à un autre professionnel, fournir à celui-ci les renseignements qu'il possède et qui sont pertinents à l'examen, à l'investigation et au traitement du patient.

**113.** Le médecin qui répond à une demande de consultation émanant d'un médecin doit lui fournir, avec diligence et par écrit, les résultats de sa consultation et les recommandations qu'il juge appropriées. Il peut également, s'il le juge nécessaire, fournir à un autre professionnel de la santé qui lui a dirigé ou à qui il dirige un patient, tout renseignement utile aux soins et services à fournir à ce patient.

**114.** Le médecin doit, dans les cas d'urgence, assister un confrère ou un autre professionnel de la santé dans l'exercice de sa profession lorsque celui-ci en fait la demande.

**115.** Le médecin ne doit pas s'attribuer le mérite d'un travail qui revient à un confrère ou à une autre personne.

## SECTION XI

### RELATIONS AVEC LE COLLÈGE

**116.** Le médecin doit collaborer avec le Collège dans l'exécution du mandat de protection du public de celui-ci.

**117.** Le médecin doit s'abstenir de faire toute pression indue, d'accepter ou d'offrir de l'argent ou tout autre avantage, pour influencer une décision du Bureau du Collège, l'un de ses comités ou toute personne agissant pour le compte du Collège.

**118.** Le médecin ne peut intimider, entraver ou dénigrer de quelque façon que ce soit un représentant du Collège agissant dans l'exercice des fonctions qui lui sont conférées par le Code des professions, la Loi médicale ou les règlements adoptés en vertu de ces lois, de même qu'une personne ayant demandé la tenue d'une enquête ou toute autre personne identifiée comme témoin susceptible d'être assigné devant une instance disciplinaire.

**119.** Le médecin doit signaler au Collège tout médecin, étudiant, résident ou moniteur en médecine ou toute personne autorisée à exercer la médecine qu'il croit inapte à l'exercice, incompetent, malhonnête ou ayant posé des actes en contravention des dispositions du Code des professions, de la Loi médicale ou des règlements adoptés en vertu de ceux-ci.

Le médecin doit en outre chercher à venir en aide à un collègue présentant un problème de santé susceptible de porter atteinte à la qualité de son exercice.

**120.** Le médecin doit répondre par écrit dans les meilleurs délais à toute correspondance provenant du secrétaire du Collège, d'un syndic ainsi que d'un membre du comité de révision ou du comité d'inspection professionnelle ou d'un enquêteur, d'un expert ou d'un inspecteur de ce comité, et se rendre disponible pour toute rencontre jugée pertinente.

**121.** Le médecin qui fait l'objet d'une enquête ou d'une plainte par un syndic ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête, sauf sur permission préalable et écrite de la personne agissant en qualité de syndic.

**122.** Le médecin doit respecter tout engagement qu'il a conclu avec le Bureau, le comité administratif, le secrétaire du Collège, un syndic, un syndic adjoint ou le comité d'inspection professionnelle.

**123.** Le médecin ne peut utiliser le symbole graphique du Collège dans sa publicité, à moins d'y être autorisé par le secrétaire du Collège auquel cas le médecin doit joindre à cette publicité l'avis suivant :

« Cette publicité n'est pas une publicité du Collège des médecins du Québec et n'engage que ses auteurs ».

## CHAPITRE IV

### DISPOSITIONS FINALES

**124.** Le présent code remplace le Code de déontologie des médecins (R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 4).

**125.** Le présent code entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

**Loi médicale**

(L.R.Q., c. M-9)

**Code des professions**

(L.R.Q., c. C-26, a. 91)

**SECTION I**

**DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

1. Dans le présent règlement le mot « effets », selon le contexte, désigne les dossiers, livres, registres, médicaments, poisons, produits, substances, appareils ou équipements ou les biens confiés au médecin par une personne qui le consulte.
2. Le médecin doit s'assurer du respect des normes, règles, conditions, modalités et formalités déterminées par le présent règlement dans tout cabinet de consultation ou bureau où il exerce la médecine, situés ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5), même s'il n'en est pas le propriétaire.
3. Rien dans le présent règlement ne doit être interprété comme excluant l'utilisation des technologies de l'information aux fins d'assurer la constitution, la tenue, la détention, le maintien ainsi que la conservation des dossiers, livres et registres d'un médecin, pourvu que la confidentialité des renseignements soit respectée et, notamment, que l'application des dispositions des articles 60.5 et 60.6 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26) ne soit pas compromise.

**SECTION II**

**TENUE, DÉTENTION ET MAINTIEN DES EFFETS**

• **1 – Dossiers**

4. Le médecin doit constituer, tenir, détenir et maintenir :

1° un dossier médical pour toute personne qui le consulte ou qui lui est dirigée, peu importe l'endroit de la consultation, laquelle comprend l'évaluation, l'expertise ou l'opinion concernant cette personne ;

2° un dossier de recherche au nom de chacune des personnes qui sont soumises à un projet de recherche clinique et à l'égard de laquelle il agit.

Seul un médecin peut assumer la constitution, la tenue, la détention et le maintien d'un dossier médical.

Dès qu'un médecin exerce en groupe ou partage avec d'autres médecins des responsabilités cliniques à l'endroit d'un même patient, il doit faire le nécessaire pour que l'information clinique insérée au dossier médical conformément à l'article 5 soit accessible en tout temps aux autres médecins lorsqu'ils sont consultés par le même patient.

Le paragraphe 1° du premier alinéa et le deuxième alinéa ne s'appliquent pas au médecin qui reçoit une personne en consultation dans un centre exploité par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

5. Le médecin doit insérer dans les meilleurs délais dans tout dossier médical, d'une façon lisible, les renseignements et les documents suffisants pour décrire l'identité de la personne qui le consulte, notamment ses nom, prénom, sexe, date de naissance et adresse, et à l'occasion de chaque consultation :

1° la date de la consultation, ainsi que l'heure dans le cas d'une consultation urgente ;

2° les observations médicales recueillies par suite de l'anamnèse et de l'examen ;

3° toute information pertinente relative à un risque de réaction allergique ;

- 4° toute information relative à un incident, accident ou complication survenu ou constaté dans la prestation de soins ;
- 5° les demandes et comptes rendus des examens complémentaires et des consultations avec un autre médecin ou un autre professionnel ;
- 6° les notes pertinentes relatives au traitement prescrit par téléphone ;
- 7° le diagnostic ;
- 8° les ordonnances, incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques prescrits ou effectués par le médecin ou confiés à une autre personne identifiée agissant pour le compte du médecin ;
- 9° le protocole rendant compte de toute intervention chirurgicale et identifiant le nom de toutes les personnes qui ont participé à l'intervention ainsi que le rôle de ces personnes, lorsque l'intervention est effectuée en dehors d'un établissement ;
- 10° le protocole d'anesthésie, en mentionnant toutes les personnes qui y ont participé ainsi que le rôle de ces personnes lorsque l'anesthésie est faite en dehors d'un établissement ;
- 11° le rapport d'anatomo-pathologie ;
- 12° tout document pertinent se rapportant à la personne qui le consulte, notamment une indication de la participation de la personne à un projet de recherche clinique ;
- 13° les autorisations légales, le cas échéant ;
- 14° les documents médicaux et administratifs pertinents au soutien des conclusions d'une expertise, ainsi qu'une copie, selon le cas, de l'opinion ou du rapport d'évaluation ou d'expertise transmise au requérant ;
- 15° un sommaire du dossier contenant un résumé à jour des informations utiles à une appréciation globale de l'état de santé de tout patient pris en charge ou qui consulte régulièrement.

Dans un centre exploité par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, le médecin doit insérer dans le dossier médical qui y est constitué tous les renseignements et documents décrits aux divers paragraphes du premier alinéa, sauf aux paragraphes 5°, 12°, 14° et 15°.

6. Le médecin doit insérer au dossier de recherche, d'une façon lisible en plus des renseignements et documents suffisants pour décrire l'identité de la personne soumise à un projet de recherche, notamment ses nom, prénom, sexe, date de naissance et adresse :

- 1° la date de consultation ;
- 2° les observations médicales recueillies ;
- 3° les comptes rendus des examens complémentaires ;
- 4° toute information pertinente relative à un risque de réaction allergique ;
- 5° toute information relative à un incident, accident ou complication survenu ou constaté dans le cadre de la recherche ;
- 6° le diagnostic ;
- 7° les interventions et traitements effectués ;
- 8° des observations relatives aux effets secondaires rapportées par la personne soumise au projet de recherche en cours de recherche et les mesures prises à cet effet ;
- 9° le titre du projet de recherche, l'identification du protocole de recherche, incluant le numéro du protocole concerné, l'identification de l'investigateur principal et de ses associés ainsi que l'approbation du projet par un comité d'éthique de la recherche qui respecte les normes en vigueur, notamment dans sa composition et dans ses modalités de fonctionnement ;
- 10° la formule de consentement dûment signée par la personne soumise au projet de recherche ou, lorsque cette personne est un mineur ou un majeur inapte, la formule de consentement dûment signée par le représentant autorisé ou habilité de celle-ci ;
- 11° une copie du document remis à la personne soumise au projet de recherche ou, lorsque cette personne est un mineur ou un majeur inapte, une copie du document remis au représentant autorisé ou habilité à consentir au nom de cette personne attestant de sa participation à un projet de recherche et contenant les informations nécessaires pour assurer à cette personne un suivi, soit auprès de son médecin traitant ou en établissement le cas échéant ;
- 12° une note finale indiquant la fin du projet de recherche ou expliquant l'abandon de la part de cette personne de sa participation au projet.

7. Le médecin doit signer ou parapher toute inscription s'il n'est pas le seul à verser des renseignements ou documents au dossier médical ou de recherche ainsi que toute transcription ; dans le cas d'un dossier médical ou de recherche informatisée, le médecin doit utiliser une signature électronique.



**8.** Le médecin qui utilise un support informatique pour la constitution, la tenue, la détention et le maintien, en tout ou en partie, des renseignements, documents et éléments relatifs à un dossier médical ou de recherche doit :

- 1° utiliser, pour ses dossiers, un répertoire qui soit distinct de tout autre ;
- 2° protéger l'accès aux données, notamment par l'utilisation d'une clef de sécurité et authentifier les utilisateurs ;
- 3° utiliser un logiciel de gestion de documents conçu de façon à ce que les données déjà inscrites ne puissent être effacées ou remplacées ;
- 4° utiliser un logiciel permettant l'impression des données ;
- 5° sauvegarder dans un autre lieu, une copie des données ainsi recueillies.

**9.** Le médecin doit employer un système permettant le classement ordonné et l'indexation des dossiers médicaux et de recherche ainsi que des documents et pièces qui en font partie.

**10.** Le médecin doit assurer la confidentialité des dossiers médicaux et de recherche et les maintenir dans un local ou un meuble auxquels seules les personnes autorisées ont accès.

Dans le cas de transmission d'informations contenues dans les dossiers médicaux et de recherche, notamment de façon électronique, le médecin doit utiliser des méthodes et des équipements garantissant la confidentialité de ces informations.

**11.** À moins qu'une loi n'impose des délais plus longs, le médecin doit maintenir un dossier médical ou de recherche pendant une période d'au moins cinq ans suivant, selon le cas, la date de la dernière inscription ou insertion au dossier médical ou la date marquant la fin du projet de recherche ; après cette période de cinq ans, le dossier est considéré inactif et peut être détruit, à l'exception du protocole opératoire et du rapport d'anatomo-pathologie.

**12.** Dans le cas d'un dossier médical actif, la partie du dossier datant de plus de cinq ans depuis la dernière inscription ou insertion peut être détruite, à l'exception :

- 1° des observations médicales recueillies ;
- 2° des rapports de consultations médicales, d'expertises, d'anatomo-pathologie, d'endoscopie, d'examens spéciaux, notamment les biopsies et ponctions, de tests génétiques et d'autopsie ;
- 3° des protocoles opératoires et d'anesthésie ;
- 4° du rapport le plus récent des examens de cytologie, d'électrophysiologie et d'imagerie médicale ;
- 5° du sommaire du dossier.

**13.** Lors de la destruction d'un dossier médical ou de recherche, en totalité ou en partie, le médecin doit assurer la confidentialité des documents et renseignements qui y sont contenus.

**14.** Lorsque le médecin assumant un suivi clinique d'un patient change de lieu d'exercice principal ou d'un autre lieu d'exercice, il doit, au plus tard dans les 30 jours du changement, faire publier, dans un journal qui dessert la région du lieu où il exerçait, un avis indiquant son nom, l'adresse du nouveau lieu d'exercice de la profession ainsi que son numéro de téléphone.

L'avis indique, selon le cas :

- 1° qu'il détient et maintient toujours les dossiers concernant les personnes qui l'ont consulté ;
- 2° qu'il a confié les dossiers concernant les personnes qui l'ont consulté à un autre médecin dont il mentionne le nom, l'adresse du lieu d'exercice principal et le numéro de téléphone.

**15.** Les médecins qui exercent en groupe la médecine et qui ne constituent qu'un seul dossier médical par personne qui les consulte doivent, lorsque l'un d'eux quitte le groupe :

- 1° continuer d'assumer la responsabilité de la tenue, de la détention et du maintien du dossier médical jusqu'à ce qu'il soit confié, à la demande écrite de la personne concernée par le dossier, à un autre médecin ;
- 2° voir à ce que soit remis au médecin qui quitte le groupe et qui le demande, copie du dossier médical de toute personne qui a consulté ce médecin. À moins d'entente préalable, la moitié des frais de copie est assumée par le médecin qui quitte le groupe. Dans ces circonstances, aucun frais ne peut être facturé à la personne concernée par le dossier ;
- 3° à la demande du patient et après entente préalable, si le médecin est le principal médecin à avoir fait des inscriptions ou insertions dans un dossier médical, remettre le dossier original à ce médecin en échange d'une preuve de réception du dossier ou, si plus d'un dossier sont en cause, en échange d'une liste des dossiers qu'il reçoit.

Advenant la dissolution du groupe et à moins d'entente préalable, le médecin du groupe ayant fait la dernière inscription ou insertion au dossier médical continue d'assumer la responsabilité de la tenue, de la détention et du maintien du dossier. Il doit remettre à chacun des autres médecins qui formaient le groupe une preuve d'obtention du dossier confié lors de la répartition ou, si plus d'un dossier sont en cause, la liste des dossiers ainsi confiés.

- **2 – Livres et registres**

**16.** Le médecin doit, pour chacun des cabinets de consultation et autres bureaux où il exerce, constituer, tenir, détenir et maintenir les registres suivants :

1° un registre dans lequel sont identifiées toutes les personnes qui l'ont consulté à son cabinet de consultation ou à un autre bureau ainsi que tous les patients visités à domicile ; le cahier de rendez-vous peut tenir lieu de ce registre ;

2° un registre dans lequel sont identifiés tous les patients soumis à une procédure chirurgicale ou à une intervention invasive, en excluant les injections et infiltrations de médicaments, la nature de cette procédure ou de cette intervention, ainsi que le type d'anesthésie administrée ;

3° un registre dans lequel sont identifiées toutes les personnes qu'il évalue, traite ou dont il supervise le traitement dans le cadre d'un projet de recherche ;

4° pour les drogues contrôlées et les stupéfiants au sens de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (S.C., 1996, c. 19), un registre dans lequel sont inscrits : la nature et la quantité de ces substances qu'il a en sa possession ; l'identité de tous les patients à qui il remet ou administre ces substances ; la nature et la quantité de ces substances dont il s'est départi ainsi que la façon et la date de cette disposition ;

5° un registre dans lequel sont identifiées les personnes à qui il prescrit de la méthadone, ainsi que le dosage et la date de prescription de ce médicament ;

6° un registre dans lequel sont inscrits, pour chaque produit biologique administré, incluant les vaccins, à moins qu'une déclaration n'ait déjà été faite à ce sujet au Département de Santé publique, l'identité du patient ainsi que le produit administré et le numéro de lot de ce produit.

À l'exception du registre visé au paragraphe 1° du premier alinéa, qui doit être maintenu pour une période d'un an, tous les autres registres doivent être maintenus pour une période d'au moins cinq ans.

Lors de la destruction d'un registre, en totalité ou en partie, le médecin doit assurer la confidentialité des renseignements qui y sont contenus.

- **3 – Médicaments, poisons, produits, substances, appareils et équipements**

**17.** Le médecin doit détenir les appareils, le matériel, les instruments et les médicaments appropriés à son exercice professionnel et en disposer de façon sécuritaire.

**18.** Le médecin qui détient des médicaments, des vaccins, des produits biologiques et des tissus biologiques ainsi que des produits et substances inflammables, toxiques ou volatiles doit veiller à les maintenir d'une façon sécuritaire et selon les normes prescrites par le fabricant.

Lorsque les médicaments sont des drogues ou d'autres substances au sens de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, le médecin doit, de plus, les maintenir sous clef.

**19.** Le médecin doit procéder à un inventaire des médicaments, des vaccins, des tissus biologiques et des produits biologiques qu'il détient, selon un calendrier fixé en fonction des délais de conservation, et disposer, de façon sécuritaire et de manière conforme aux lois et règlements en vigueur, de ceux qui sont périmés.

**20.** Le médecin doit veiller à ce que les appareils qu'il détient fassent l'objet d'un calibrage, d'un étalonnage ou d'une vérification à une fréquence permettant d'assurer un fonctionnement normal et sécuritaire.

Il doit maintenir une fiche de contrôle pour chaque appareil, incluant des données relatives à l'entretien, aux contrôles de qualité et aux vérifications ainsi que les dates auxquelles ils sont effectués.

Le médecin doit également s'assurer que les méthodes de désinfection et de stérilisation des appareils et des instruments répondent aux normes reconnues.

Un inventaire de l'équipement doit être établi et mis à jour ; dans le cas d'équipements et de produits nécessaires en situation d'urgence, leur lieu de rangement doit être indiqué dans l'inventaire.

• **4 – Biens confiés par une personne qui le consulte**

**21.** Le médecin à qui une personne qui le consulte confie des biens doit agir, dans la détention et le maintien de ces biens, avec prudence et diligence. Il ne peut se servir de ces biens sans la permission de cette personne. Il doit rendre à la personne, à sa demande, les biens qu'elle lui a confiés.

**SECTION III**

**EFFETS DU MÉDECIN EN CAS DE DÉCÈS, DE RÉVOCATION DE SON PERMIS, DE SA RADIATION DU TABLEAU DU COLLÈGE, DE LIMITATION OU DE SUSPENSION DE SON DROIT D'EXERCER DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES OU DE CESSATION D'EXERCICE AINSI QUE DANS LE CAS OÙ LE MÉDECIN ACCEPTERAIT DE REMPLIR UNE FONCTION QUI L'EMPÊCHE DE COMPLÉTER LES MANDATS QUI LUI AVAIENT ÉTÉ CONFIÉS**

• **1 – Dispositions générales**

**22.** Dans la présente section, la radiation du tableau du Collège ainsi que la limitation ou la suspension du droit d'exercer des activités professionnelles vise aussi bien les radiations et suspensions prononcées par le Bureau que par le comité de discipline ou le Tribunal des professions.

La présente section ne s'applique pas aux effets d'un médecin qui exerce pour le compte d'un employeur et qui sont détenus et maintenus chez cet employeur si le médecin visé par un cas couvert par la présente section est remplacé par un autre médecin.

**23.** La rémunération d'un gardien provisoire désigné par le Bureau, les termes de son mandat ainsi que les modalités de recouvrement des frais engagés à ce titre auprès d'un membre du Collège ou de ses ayants cause sont prévus dans une résolution du Bureau prise en application du paragraphe q) du premier alinéa de l'article 86 du Code des professions.

**24.** Pour l'application de la présente section :

1° un médecin, groupe de médecins ou toute personne désignée par le Bureau peut agir à titre de cessionnaire ou de gardien provisoire des effets d'un autre médecin ;

2° toute convention concernant une cession ou une garde provisoire doit être constatée par écrit ; elle doit indiquer le nom du cessionnaire ou du gardien provisoire, l'adresse du lieu d'exercice principal de sa profession et, le cas échéant, celle des autres lieux d'exercice de sa profession, son numéro de téléphone, le motif donnant lieu à la cession ou à la garde provisoire et la date de sa prise d'effet ; copie doit en être expédiée au secrétaire du Collège par courrier recommandé dans les délais prévus par la présente section. Cette convention peut intervenir à titre gratuit ou à titre onéreux ; dans ce dernier cas, elle peut prévoir une rémunération du gardien provisoire ou du cessionnaire par le médecin ou ses ayants cause ;

3° lorsqu'une cession ou une garde provisoire ne peut être exécutée, le secrétaire peut exiger d'être le gardien provisoire des effets ;

4° le cessionnaire ou le gardien provisoire, selon le cas, doit prendre les mesures conservatoires nécessaires afin de sauvegarder les intérêts des patients ; il doit faire publier, dans les 30 jours de la prise d'effet de la cession ou de la garde provisoire et dans un journal desservant toute région où le médecin exerçait, un avis indiquant son nom, l'adresse du lieu d'exercice principal de sa profession et, le cas échéant, celle des autres lieux d'exercice de sa profession, son numéro de téléphone et précisant sa qualité de cessionnaire ou de gardien provisoire des effets de l'autre médecin dont il donne également le nom et le lieu où il exerçait principalement la profession ; copie de l'avis doit être expédié au secrétaire dans les 30 jours de sa publication ;

5° dans tous les cas où le secrétaire devient le gardien provisoire des effets :

a) le secrétaire peut, dès la prise d'effet de la garde provisoire, demander au Bureau de désigner, conformément au paragraphe q) du premier alinéa de l'article 86 du Code des professions, un cessionnaire ou un gardien provisoire des effets ou convenir d'une cession des effets ;

b) le secrétaire doit prendre les mesures conservatoires nécessaires afin de sauvegarder les intérêts des patients ; il peut en tout temps procéder à la destruction des médicaments et vaccins périmés dont il assume la garde provisoire, après en avoir dressé la liste en présence d'un témoin ;

c) le secrétaire doit faire publier, dans les 30 jours de la prise d'effet de la garde provisoire et dans un journal desservant toute région où le médecin exerçait, un avis indiquant son nom, sa qualité de gardien provisoire des effets du

médecin dont il donne également le nom et le lieu d'exercice principal de la profession, et la procédure à suivre pour que les personnes aient accès aux dossiers les concernant ou puissent en demander le transfert à un autre médecin ;

d) le Collège facture le médecin ou, dans le cas de décès du médecin, ses ayants cause ou la personne visée par la révocation du permis ou la radiation du tableau, des frais encourus pour assumer la garde provisoire, notamment ceux reliés à la conservation, à la gestion, à l'administration, au transfert et à la cession des effets ainsi que ceux encourus pour la destruction des médicaments et des vaccins périmés ;

6° le cessionnaire, le gardien provisoire ou le secrétaire, selon le cas, remet à la personne qui avait consulté le médecin, à sa demande, les biens qu'elle avait confiés au médecin.

## • 2 – Décès, révocation du permis et radiation du tableau du Collège

25. Le cessionnaire ou le gardien provisoire des effets d'un médecin décédé ou d'un médecin dont le permis est révoqué ou qui est radié du tableau expédie une copie de la convention de cession ou de garde provisoire au secrétaire dans les 30 jours qui suivent celui de la prise d'effet de la cession ou de la garde provisoire.

Le secrétaire qui est informé du décès d'un médecin qui n'avait pas signé de convention de cession ou de garde provisoire doit inciter les ayants cause du médecin décédé à trouver un cessionnaire ou un gardien provisoire des effets de ce médecin dans le délai qu'il indique.

26. Lorsqu'il n'y a pas de cessionnaire ou de gardien provisoire des effets d'un médecin décédé ou d'un médecin dont le permis est révoqué ou qui est radié du tableau, le secrétaire est, d'office, le gardien provisoire des effets.

27. La personne faisant l'objet d'une radiation du tableau de 30 jours ou moins, peut agir à titre de gardien provisoire de ses effets.

28. Lorsque la radiation du tableau est d'une durée de 30 jours ou moins, l'avis prévu par le paragraphe 4° de l'article 24 n'est pas requis.

## • 3 – Limitation ou suspension du droit d'exercer des activités professionnelles

29. Le médecin dont le droit d'exercer des activités professionnelles est limité ou suspendu conserve, utilise, gère et administre les effets qu'il tenait, détenait et maintenait dans l'exercice de ses activités.

Il peut, selon la nature et l'étendue de la limitation ou de la suspension et dans l'intérêt des personnes qui l'ont consulté, confier à un gardien provisoire la conservation, l'utilisation, la gestion et l'administration des effets liés aux activités professionnelles dont le droit d'exercice est limité ou suspendu ou céder ces effets à un cessionnaire.

Le gardien provisoire ou le cessionnaire expédie la convention de garde provisoire ou de cession, selon le cas, au secrétaire dans les 30 jours qui suivent celui de la prise d'effet de la garde provisoire ou de la cession.

## • 4 – Cessation d'exercice

30. Le médecin qui décide de cesser définitivement ou temporairement d'exercer sa profession et qui est toujours inscrit au tableau :

1° doit aviser le secrétaire, sous pli recommandé ou certifié, de la date prévue pour la cessation d'exercice, au plus tard le trentième jour qui précède cette date ;

2° doit avoir pris les mesures nécessaires pour que les personnes qui l'ont consulté puissent, dès la date prévue pour la cessation d'exercice :

a) soit le rejoindre afin d'obtenir que copie des renseignements et documents contenus dans les dossiers les concernant et qu'il détenait et maintenait dans l'exercice de sa profession soient transmis, le cas échéant, aux médecins qu'indiquent ces personnes ;

b) soit obtenir que les dossiers les concernant et qu'il détenait et maintenait dans l'exercice de sa profession soient transférés, le cas échéant, aux médecins qu'indiquent ces personnes ;

3° doit conserver une liste des dossiers qu'il a transférés, à la demande des personnes qui l'ont consulté et qui sont concernées par ces dossiers, ainsi que le nom des médecins à qui il les a transférés ;

4° doit avoir pris les mesures nécessaires pour que les dossiers, livres et registres qu'il détenait et maintenait dans l'exercice de sa profession soient, dès la date prévue pour la cessation d'exercice, conservés dans le respect de leur caractère confidentiel ;

5° doit disposer, de façon sécuritaire, des médicaments et vaccins qu'il détenait dans l'exercice de sa profession ;

6° peut céder ses effets à un cessionnaire ou, dans le cas d'une cessation temporaire, à un gardien provisoire.

Le médecin qui décide de cesser définitivement d'exercer sa profession et qui ne paie plus la cotisation requise pour être inscrit au tableau doit, outre ce qui est prévu aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa, céder ses effets à un cessionnaire.

Le médecin qui décide de cesser temporairement d'exercer sa profession et qui ne paie pas la cotisation requise pour être inscrit au tableau doit confier les effets à un gardien provisoire. Au plus tard le trentième jour qui précède celui prévu pour la cessation temporaire d'exercice, il doit, outre ce qui est prévu aux paragraphes 2° à 5° du premier alinéa, expédier au secrétaire la convention de garde provisoire, laquelle indique les dates prévues pour la cessation et la reprise d'exercice.

31. Le secrétaire est, d'office, le gardien provisoire des effets du médecin qui a cessé d'exercer sa profession, qui ne paie plus la cotisation requise pour être inscrit au tableau et qui n'a pas de cessionnaire ou de gardien provisoire des effets.

#### • 5 – Acceptation de remplir une fonction qui l'empêche de compléter les mandats confiés

32. Le médecin qui accepte de remplir une fonction qui l'empêche de compléter les mandats confiés doit, au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'entrée en fonction, faire publier, dans un journal desservant toute région où il exerçait, un avis indiquant son nom, l'adresse où il peut être rejoint et, selon le cas :

1° qu'il détient et maintient toujours les dossiers concernant les personnes qui l'ont consulté ;

2° qu'il a confié les dossiers concernant les personnes qui l'ont consulté à un autre médecin dont il mentionne le nom, l'adresse du lieu d'exercice principal et le numéro de téléphone.

Le cessionnaire ou le gardien provisoire des effets du médecin dont la fonction l'empêche de compléter les mandats confiés expédie une copie de la convention de cession ou de garde provisoire au secrétaire dans les 30 jours qui suivent celui de la prise d'effet de la cession ou de la garde provisoire.

S'il n'y a pas de cessionnaire ou de gardien provisoire, le médecin doit aviser le secrétaire de la date prévue du début de la fonction ainsi que de la date à laquelle il le mettra en possession de ces effets.

## SECTION IV

### TENUE DES CABINETS DE CONSULTATION ET DES AUTRES BUREAUX

33. Le médecin doit aménager ou s'assurer que soit aménagé le cabinet de consultation ou le bureau de façon à ce que les conversations entre lui, son personnel et la personne qui a recours à ses services professionnels ne puissent être perçues par d'autres.

L'agencement des divers locaux du cabinet de consultation ou du bureau doit assurer l'intimité de la clientèle.

34. Le médecin doit aménager ou s'assurer que soit aménagée une salle d'attente faisant partie du cabinet de consultation ou du bureau et destinée à recevoir les personnes qui ont recours à ses services professionnels.

35. Le médecin doit aménager le cabinet de consultation ou le bureau de façon à assurer, en tout temps, la salubrité, l'hygiène et la sécurité appropriées à son exercice professionnel, notamment :

1° les lieux doivent être suffisamment aérés, chauffés et éclairés ;

2° un lavabo doit être installé dans le cabinet de consultation ;

3° un cabinet de toilette doit être accessible à la clientèle ;

4° les méthodes de désinfection et de stérilisation des instruments, des appareils ou du matériel doivent être efficaces ;

5° le médecin doit s'assurer que les règles de prévention des infections soient observées ;

6° dans le cas d'une procédure chirurgicale ou d'une intervention invasive, les locaux, l'appareillage et le matériel doivent permettre que ces procédures ou ces interventions se fassent de façon sécuritaire.

36. Le cabinet de consultation ou le bureau doit comprendre l'ameublement approprié à l'exercice professionnel du médecin.

- 37.** Le médecin doit aménager le cabinet de consultation ou le bureau de telle sorte :
- 1° qu'il n'y ait pas d'encombrement ;
  - 2° que l'appareillage et le matériel puissent être utilisés de manière appropriée et sécuritaire ;
  - 3° que ne soit pas compromis le respect des normes prévues à la section II.
- 38.** Le médecin qui s'absente du cabinet de consultation ou du bureau pour plus de cinq jours ouvrables consécutifs doit prendre les mesures nécessaires pour informer les patients qui tentent de le rejoindre de la durée de son absence et de la procédure à suivre en cas d'urgence.
- 39.** Le médecin doit afficher, à la vue des personnes qui le consultent, son permis d'exercice ou une copie de celui-ci.

## **SECTION V**

### **DISPOSITIONS FINALES**

- 40.** Le présent règlement remplace le Règlement sur les dossiers d'un médecin cessant d'exercer (R.R.Q., 1981, c. M-9, r.8), le Règlement sur la tenue des dossiers d'un médecin (R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 19) ainsi que le Règlement sur la tenue du cabinet de consultation d'un médecin (R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 20).

# **RÈGLEMENT SUR LE COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC**

(2004) 136 G.O. II, 135

---

## **Loi médicale**

(L.R.Q., c. M-9)

## **Code des professions**

(L.R.Q., c. C-26, a. 90)

## **SECTION I**

### **COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE**

1. Le Bureau nomme neuf médecins pour agir à titre de membres du comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec.

Le Bureau peut nommer des médecins à titre de membres substitués.

2. Le Bureau désigne le président du comité parmi les administrateurs élus ne siégeant pas au comité administratif.

Le Bureau peut nommer un président substitut pouvant agir lorsque le président est absent ou empêché d'agir. Le président substitut est choisi parmi les membres du comité.

3. Parmi les membres du comité, le Bureau désigne le secrétaire du comité qui en coordonne les activités.

4. Le mandat du président du comité est de deux ans.

Le mandat des autres membres du comité est de deux ans. Toutefois, parmi les membres qui seront nommés au cours de l'année 2004, quatre le seront pour un mandat d'un an et les autres pour un mandat de deux ans.

Ces mandats sont renouvelables.

Toute décision administrative ou disciplinaire prise à l'égard d'un membre du comité et ayant pour effet de porter atteinte à son droit d'exercice, telle la révocation de permis, la radiation du tableau de l'ordre, la limitation ou la suspension de son droit d'exercice, met fin à son mandat. Il en est de même lorsque le membre se voit imposer un stage ou un cours de perfectionnement ou est déclaré coupable d'une infraction par le comité de discipline du Collège ou le Tribunal des professions.

5. Le comité tient ses séances à la date, à l'heure et au lieu qu'il détermine.

6. Une réunion extraordinaire du comité est tenue à la demande du président, du secrétaire ou de trois membres du comité.

7. Le quorum du comité est de cinq membres.

8. Le secrétariat du comité est situé au siège du Collège. Y sont conservés tous les documents, procès-verbaux, rapports et autres documents relatifs aux vérifications et enquêtes sur la compétence professionnelle.

9. Le président ou le secrétaire du comité informe périodiquement le Bureau des vérifications et enquêtes effectuées par le comité, les membres du comité, les inspecteurs et les enquêteurs.

## **SECTION II**

### **CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSPECTION PROFESSIONNELLE**

- 10.** Le comité constitue et tient à jour un dossier pour chaque médecin qui fait l'objet d'une vérification ou d'une enquête.
- 11.** Le dossier ainsi constitué contient le rapport de vérification, le rapport d'enquête, les recommandations du comité, le cas échéant, et tout autre document ou renseignement relatif à une vérification ou à une enquête.
- 12.** Un médecin a le droit de consulter son dossier et d'en obtenir copie. La consultation se fait au secrétariat du comité en présence de l'un des membres de son personnel. Des frais raisonnables de copie sont à la charge du médecin.

Tout dossier constitué dans le cadre d'une inspection professionnelle ne contient aucune indication pouvant permettre d'identifier la personne qui a suscité cette inspection.

## **SECTION III**

### **INSPECTION PROFESSIONNELLE**

- 13.** Le comité réalise son mandat d'inspection professionnelle suivant les programmes qu'il détermine, lesquels doivent être préalablement approuvés par le Bureau.
- 14.** Le comité, le membre du comité, l'inspecteur ou l'enquêteur expédie au médecin sous pli recommandé ou certifié, un avis écrit au moins 7 jours avant la date fixée pour une vérification ou une enquête.

Dans les cas où la transmission de cet avis pourrait compromettre les fins poursuivies par la vérification ou l'enquête, celle-ci peut être tenue sans avis.

**15.** Dans le cas où une vérification ou une enquête est effectuée dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5), le comité, le membre du comité, l'inspecteur ou l'enquêteur donne un avis écrit au moins 7 jours avant la date fixée pour une visite au président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et il tient lieu d'avis à chacun des médecins qui y exercent. S'il n'y a pas de conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, l'avis est donné au médecin chef du service médical ou au médecin responsable.

**16.** Si le médecin, pour des motifs sérieux, ne peut rencontrer un membre du comité, un inspecteur ou un enquêteur à la date ou à l'heure prévue, il doit, sur réception de l'avis, en prévenir dans les plus brefs délais cette personne ou à défaut le secrétaire du comité et convenir avec lui d'une nouvelle date ou heure de rencontre.

**17.** Un membre du comité, un inspecteur, un enquêteur ou un expert doit, s'il est requis de le faire, produire un certificat signé par le secrétaire du comité attestant sa qualité.

**18.** Le médecin qui fait l'objet d'une vérification ou d'une enquête doit être présent lorsqu'un membre du comité, un inspecteur ou un enquêteur le requiert.

Dans le respect des règles relatives au secret professionnel, le médecin peut être assisté d'une seule personne de son choix qui agit à titre d'observateur. Cette personne ne peut être présente lors de l'étude d'un dossier médical.

**19.** Le comité, l'un de ses membres, un inspecteur ou un enquêteur peut, dans le cadre d'une vérification ou d'une enquête, procéder à la révision de dossiers, à une entrevue orale structurée, à une entrevue dirigée ou à de l'observation directe ou soumettre le médecin à des questionnaires de profils de pratique et d'évaluation des compétences ou à des tests psychométriques.

**20.** Lorsqu'un dossier, registre, médicament, substance, appareil ou équipement relatif à une vérification ou à une enquête est détenu par un tiers, le médecin doit, sur demande du comité, d'un membre du comité, d'un enquêteur ou d'un inspecteur, autoriser celui-ci à en prendre connaissance et, le cas échéant, à en prendre copie.



**21.** Lorsqu'une vérification ou une enquête est complétée, le membre du comité, l'inspecteur ou l'enquêteur rédige un rapport qu'il présente dans les plus brefs délais au comité pour étude.

**22.** Après avoir pris connaissance du rapport, le comité doit, le cas échéant, transmettre au médecin visé les commentaires appropriés relatifs à la qualité de son exercice professionnel. À cette fin, le comité peut :

- 1° demander au médecin visé, dans le délai qu'il indique, une preuve de correction des défauts identifiés dans le rapport ;
- 2° effectuer une visite de contrôle chez le médecin visé ayant pour objet de vérifier la correction des défauts identifiés dans le rapport et ce, après avoir donné un avis conforme à celui prévu à l'article 14.

Le comité verse au rapport les commentaires transmis au médecin ainsi que, le cas échéant, les résultats des actions entreprises conformément aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa.

#### **SECTION IV**

##### **RECOMMANDATIONS DU COMITÉ**

**23.** Le comité avise, dans les meilleurs délais, le médecin et le Bureau, si après étude du rapport de vérification ou d'enquête, il estime qu'il n'y a pas lieu de recommander au Bureau de prendre l'une des mesures prévues à l'article 113 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26).

**24.** Lorsque le comité, après étude du rapport de vérification ou d'enquête, entend recommander au Bureau de prendre l'une ou l'autre des mesures prévues à l'article 113 du Code des professions, il en avise le médecin et doit lui permettre de faire ses représentations. Cet avis doit, entre autres, préciser les faits et motifs justifiant son intention.

**25.** Pour l'application de l'article 24, le secrétaire du comité informe le médecin, par courrier recommandé ou certifié, de la possibilité de faire ses représentations par écrit à l'intérieur d'un délai de 15 jours de la réception de l'avis. Le comité peut décider de rencontrer le médecin en l'avisant au moins 15 jours avant la date de la rencontre.

**26.** Le comité peut procéder si le médecin ne fait pas de représentations par écrit ou ne se présente pas à la rencontre.

**27.** Un médecin a droit à l'assistance d'un avocat devant le comité.

**28.** Les recommandations du comité sont adoptées à la majorité des membres présents; en cas d'égalité des voix, le président donne un vote prépondérant.

Ces recommandations motivées sont transmises au médecin sous pli recommandé ou certifié dans les plus brefs délais.

#### **SECTION V**

##### **DISPOSITIONS FINALES**

**29.** Le présent règlement remplace le Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des médecins du Québec (R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 13).

**30.** Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

# **RÈGLEMENT CONCERNANT L'ASSURANCE-RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS**

(1982) 114 G.O. II, 2723

---

## **Loi médicale**

(L.R.Q., c. M-9)

## **Code des professions**

(L.R.Q., c. C-26, a. 94, par. 1)

## **SECTION I**

### **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

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

- a) «Ordre» : l'Ordre professionnel des médecins du Québec ;
- b) «médecin» : quiconque est inscrit au tableau de l'Ordre ;
- c) «assuré» : un médecin, ses employés et proposés, une société de médecins et ses employés ou préposés ;
- d) «secrétaire» : le secrétaire de l'Ordre.

**1.02** La Loi d'interprétation (L.R.Q. c. I-16) s'applique au présent règlement.

## **SECTION II**

### **ASSURANCE**

**2.01** Le médecin qui exerce sa profession à son propre compte à temps partiel ou à temps plein, soit seul, soit en société avec d'autres médecins, doit détenir et maintenir en vigueur un contrat d'assurance établissant une garantie contre la responsabilité qu'il peut encourir lui-même ou par ses employés et préposés, en raison des fautes et négligences commises dans l'exercice de sa profession.

Dans le cas d'une société de médecins, le contrat d'assurance peut être conclu au nom de la société mais la garantie doit s'étendre à chacun des médecins associés ou employés personnellement.

Dans le cas d'un médecin ayant d'autres médecins à son emploi, la garantie doit s'étendre à chacun de ceux-ci, personnellement.

**2.02** Le montant de cette garantie doit être en tout temps d'au moins 300 000 \$ par réclamation et d'au moins 900 000 \$ pour l'ensemble des réclamations présentées au cours de chaque période de garantie d'un an avec une franchise ne pouvant excéder 1 000 \$ par perte.

Dans le cas d'une société de médecins, le montant minimal de la garantie pour l'ensemble des réclamations présentées au cours de chaque période de garantie d'un an est multiplié par le nombre de médecins associés ou employés de la société jusqu'à concurrence de 1 500 000 \$. Il en va de même pour un médecin ayant d'autres médecins à son emploi.

**2.03** Le contrat d'assurance doit prévoir que :

a) l'assureur s'engage à payer aux lieu et place de l'assuré, jusqu'à concurrence du montant de la garantie, tous dommages-intérêts que l'assuré peut légalement être tenu de payer à un tiers relativement à une réclamation présentée pendant la période de garantie et résultant de services professionnels rendus ou de l'omission de rendre des services par l'assuré dans l'exercice de ses fonctions, l'engagement s'étendant à toute réclamation présentée pendant les 3 ans qui suivent la période de garantie au cours de laquelle un assuré décède ;

b) l'assureur s'engage à prendre les faits et cause de l'assuré et à assumer sa défense dans toute demande dirigée contre ce dernier devant une juridiction civile; les frais et dépens encourus pour l'enquête, la défense, les négociations et la conclusion d'un règlement de même que les intérêts sur condamnations sont à la charge de l'assureur en plus des montants de la garantie prévus au contrat d'assurance;

c) l'assureur s'engage, lorsque l'assuré cesse d'exercer volontairement sa profession, à signer avec l'assuré un contrat d'assurance dont la garantie s'étend aux services rendus ou à l'omission de rendre des services par l'assuré dans l'exercice de ses fonctions avant l'entrée en vigueur de ce contrat;

d) la garantie s'étend de plein droit, sans avis à l'assureur, aux personnes qui se joignent à l'assuré comme employés pendant la période de garantie, de même qu'aux médecins qui se joignent à l'assuré comme associés et en ce cas la société ainsi formée ou modifiée est tenue à toutes fins pour l'assuré.

**2.04** Les exclusions généralement admises en assurance-responsabilité professionnelle peuvent être prévues au contrat d'assurance. Toutefois, une exclusion concernant les actes commis sous l'influence de narcotiques, de soporifiques, de drogues ou d'alcool ne peut être opposable à un tiers visé au paragraphe *a* de l'article 2.03.

**2.05** Le médecin visé à l'article 2.01 doit fournir en transmettant au secrétaire, avant le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année ou à la date du début ou de la reprise de l'exercice de sa profession, une preuve qu'il est assuré conformément au présent règlement.

### **SECTION III**

#### **ÉQUIVALENCE**

**3.01** Un médecin est réputé s'être conformé aux dispositions du présent règlement s'il fournit dans le délai indiqué à l'article 2.05 une preuve qu'il est membre de l'Association canadienne de protection médicale.

**3.02** 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 présent règlement s'il fournit au secrétaire la preuve dans le délai indiqué à l'article 2.05 que son employeur détient un contrat d'assurance dont la garantie s'étend nommément à ce médecin, pourvu que ce contrat d'assurance comporte une garantie pour les limites minimales indiquées dans le présent règlement.

**Code civil****CHAPITRE PREMIER****DE L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE**

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

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

**11.** Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

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

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

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

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne.

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

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

**15.** Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

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

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

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

**18.** Lorsque la personne est âgée de moins de quatorze ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents.

**19.** Une personne majeure, apte à consentir, peut aliéner entre vifs une partie de son corps pourvu que le risque couru ne soit pas hors de proportion avec le bienfait qu'on peut raisonnablement en espérer.

Un mineur ou un majeur inapte ne peut aliéner une partie de son corps que si celle-ci est susceptible de régénération et qu'il n'en résulte pas un risque sérieux pour sa santé, avec le consentement du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, tuteur ou curateur, et l'autorisation du tribunal.

**20.** Une personne majeure, apte à consentir, peut se soumettre à une expérimentation pourvu que le risque couru ne soit pas hors de proportion avec le bienfait qu'on peut raisonnablement en espérer.

**21.** Un mineur ou un majeur inapte ne peut être soumis à une expérimentation qui comporte un risque sérieux pour sa santé ou à laquelle il s'oppose alors qu'il en comprend la nature et les conséquences.

Il ne peut, en outre, être soumis à une expérimentation qu'à la condition que celle-ci laisse espérer, si elle ne vise que lui, un bienfait pour sa santé ou, si elle vise un groupe, des résultats qui seraient bénéfiques aux personnes possédant les mêmes caractéristiques d'âge, de maladie ou de handicap que les membres du groupe. Une telle expérimentation doit s'inscrire dans un projet de recherche approuvé et suivi par un comité d'éthique. Les comités d'éthique compétents sont institués par le ministre de la Santé et des Services sociaux ou désignés par lui parmi les comités d'éthique de la recherche existants; le ministre en définit la composition et les conditions de fonctionnement qui sont publiées à la *Gazette officielle du Québec*.

Le consentement à l'expérimentation est donné, pour le mineur, par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur, et, pour le majeur inapte, par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Lorsque l'inaptitude du majeur est subite et que l'expérimentation, dans la mesure où elle doit être effectuée rapidement après l'apparition de l'état qui y donne lieu, ne permet pas d'attribuer au majeur un représentant légal en temps utile, le consentement est donné par la personne habilitée à consentir aux soins requis par le majeur; il appartient au comité d'éthique compétent de déterminer, lors de l'examen d'un projet de recherche, si l'expérimentation remplit une telle condition.

Ne constituent pas des expérimentations les soins qui, selon le comité d'éthique, sont des soins innovateurs requis par l'état de santé de la personne qui y est soumise.

**22.** Une partie du corps, qu'il s'agisse d'organes, de tissus ou d'autres substances, prélevée sur une personne dans le cadre de soins qui lui sont prodigués, peut être utilisée aux fins de recherche, avec le consentement de la personne concernée ou de celle habilitée à consentir pour elle.

**23.** Le tribunal appelé à statuer sur une demande d'autorisation relative à des soins ou à l'aliénation d'une partie du corps, prend l'avis d'experts, du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, du tuteur ou du curateur et du conseil de tutelle; il peut aussi prendre l'avis de toute personne qui manifeste un intérêt particulier pour la personne concernée par la demande.

Il est aussi tenu, sauf impossibilité, de recueillir l'avis de cette personne et, à moins qu'il ne s'agisse de soins requis par son état de santé, de respecter son refus.

**24.** Le consentement aux soins qui ne sont pas requis par l'état de santé, à l'aliénation d'une partie du corps ou à une expérimentation doit être donné par écrit. Il peut toujours être révoqué, même verbalement.

**25.** L'aliénation que fait une personne d'une partie ou de produits de son corps doit être gratuite; elle ne peut être répétée si elle présente un risque pour la santé.

L'expérimentation ne peut donner lieu à aucune contrepartie financière hormis le versement d'une indemnité en compensation des pertes et des contraintes subies.

## **SECTION II**

### **DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT ET DE L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**

**26.** Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise.

Le consentement peut être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou, lorsque la personne est majeure et qu'elle ne peut manifester sa volonté, par son mandataire, son tuteur ou son curateur. Ce consentement ne peut être donné par le représentant qu'en l'absence d'opposition de la personne.

**27.** S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

**28.** Lorsque le tribunal ordonne une mise sous garde en vue d'une évaluation psychiatrique, un examen doit avoir lieu dans les vingt-quatre heures de la prise en charge par l'établissement de la personne concernée ou, si celle-ci était déjà sous garde préventive, de l'ordonnance du tribunal.

Si le médecin qui procède à l'examen conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être effectué par un autre médecin, au plus tard dans les quatre-vingt-seize heures de la prise en charge ou, si la personne était initialement sous garde préventive, dans les quarante-huit heures de l'ordonnance.

Dès lors qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée. Si les deux médecins concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde, pour un maximum de quarante-huit heures, sans son consentement ou l'autorisation du tribunal.

**29.** Tout rapport d'examen psychiatrique doit porter, notamment, sur la nécessité d'une garde en établissement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, sur l'aptitude de la personne qui a subi l'examen à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens et, le cas échéant, sur l'opportunité d'ouvrir à son égard un régime de protection du majeur.

Il doit être remis au tribunal dans les sept jours de l'ordonnance. Il ne peut être divulgué, sauf aux parties, sans l'autorisation du tribunal.

**30.** La garde en établissement à la suite d'une évaluation psychiatrique ne peut être autorisée par le tribunal que si les deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde.

Même en ce cas, le tribunal ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise.

**30.1.** Le jugement qui autorise la garde en fixe aussi la durée.

La personne sous garde doit, cependant, être libérée dès que la garde n'est plus justifiée, même si la période fixée n'est pas expirée.

Toute garde requise au-delà de la durée fixée par le jugement doit être autorisée par le tribunal, conformément aux dispositions de l'article 30.

**31.** Toute personne qui est gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux et y reçoit des soins doit être informée par l'établissement du plan de soins établi à son égard, ainsi que de tout changement important dans ce plan ou dans ses conditions de vie.

Si la personne est âgée de moins de quatorze ans ou si elle est inapte à consentir, l'information est donnée à la personne qui peut consentir aux soins pour elle.

## **Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui**

**1.** Les dispositions de la présente loi complètent celles du Code civil du Québec (Lois du Québec, 1991, chapitre 64) portant sur la garde par un établissement de santé et de services sociaux des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et sur l'évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité d'une telle garde.

**2.** Tout examen psychiatrique auquel une personne est tenue de se soumettre en vertu de la loi ou d'une décision du tribunal doit être effectué par un psychiatre. Toutefois, s'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile, l'examen peut être fait par tout autre médecin.

Celui qui fait l'examen ne peut être le conjoint, un allié, un proche parent ou le représentant de la personne qui subit l'examen ou qui en fait la demande.

**3.** Tout rapport d'examen psychiatrique doit être signé par le médecin qui a fait l'examen. Celui-ci doit y préciser notamment:

1° qu'il a examiné lui-même la personne;

2° la date de l'examen;

3° son diagnostic, même provisoire, sur l'état mental de la personne;

4° outre ce qui est prévu à l'article 29 du Code civil du Québec (Lois du Québec, 1991, chapitre 64), son opinion sur la gravité de son état mental et ses conséquences probables;

5° les motifs et les faits sur lesquels il fonde son opinion et son diagnostic et, parmi les faits mentionnés, ceux qu'il a lui-même observés et ceux qui lui ont été communiqués par d'autres personnes.

**4.** Lorsque l'examen psychiatrique a été requis d'un établissement, il appartient au directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, au directeur général de l'établissement, de transmettre le rapport du médecin au tribunal qui l'a imposé.

**5.** La divulgation du rapport par l'établissement se fait conformément aux dispositions relatives à l'accès au dossier de la personne, prévues par les lois sur les services de santé et les services sociaux, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir l'autorisation du tribunal prévue à l'article 29 du Code civil du Québec (Lois du Québec, 1991, chapitre 64).

**6.** Seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires disposant des aménagements nécessaires ou un centre hospitalier peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire afin de lui faire subir un examen psychiatrique.

**7.** Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus soixante-douze heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique. Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour non juridique, qu'aucun juge



compétent ne peut agir et que cesser la garde présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour juridique qui suit.

**8.** Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6:

1° à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;

2° à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil du Québec (Lois du Québec, 1991, chapitre 64), lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7.

Dans le présent article, on entend par «service d'aide en situation de crise» un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux.

**9.** Seuls les établissements exploitant un centre hospitalier, un centre de réadaptation, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre d'accueil et disposant des aménagements nécessaires pour recevoir et traiter les personnes atteintes de maladie mentale peuvent être requis de mettre une personne sous garde à la suite du jugement du tribunal rendu en application de l'article 30 du Code civil du Québec (Lois du Québec, 1991, chapitre 64).

**10.** Lorsque le tribunal a fixé la durée d'une garde à plus de 21 jours, la personne sous garde doit être soumise à des examens périodiques, destinés à vérifier si la garde est toujours nécessaire, dont les rapports doivent être établis aux échéances suivantes:

1° 21 jours à compter de la décision prise par le tribunal en application de l'article 30 du Code civil du Québec (Lois du Québec, 1991, chapitre 64);

2° par la suite, à tous les trois mois.

Rapports.

Les rapports de ces examens psychiatriques sont conservés par l'établissement au dossier de la personne.

**11.** Une personne sous garde peut, à sa demande, être transférée auprès d'un autre établissement, si l'organisation et les ressources de cet établissement le permettent. Sous cette même réserve, le médecin traitant peut transférer cette personne auprès d'un autre établissement qu'il juge mieux en mesure de répondre à ses besoins. Dans ce dernier cas, le médecin doit obtenir le consentement de la personne concernée, à moins que ce transfert soit nécessaire pour assurer sa sécurité ou celle d'autrui. La décision du médecin à cet égard doit être motivée et inscrite au dossier de la personne.

Aucun de ces transferts ne peut avoir lieu sans que le médecin traitant atteste, par un certificat motivé, que selon lui cette mesure ne présente pas de risques sérieux et immédiats pour cette personne ou pour autrui.

Si le transfert a lieu, la garde se continue auprès du nouvel établissement, auquel est transmise une copie du dossier de la personne sous garde.

**12.** La garde prend fin sans autre formalité:

- 1° aussitôt qu'un certificat attestant qu'elle n'est plus justifiée est délivré par le médecin traitant;
- 2° dès l'expiration d'un délai prévu à l'article 10, si aucun rapport d'examen psychiatrique n'a alors été produit;
- 3° dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée;
- 4° par décision du Tribunal administratif du Québec ou d'un tribunal judiciaire.

## Loi sur la protection de la jeunesse

### SECTION I

#### SÉCURITÉ ET DÉVELOPPEMENT D'UN ENFANT

**38.** Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis:

- a) si ses parents ne vivent plus ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation;
- b) si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents;
- c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés;
- d) s'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde;
- e) s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique;
- f) s'il est forcé ou incité à mendier, à faire un travail disproportionné à ses capacités ou à se produire en spectacle de façon inacceptable eu égard à son âge;
- g) s'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence;
- h) s'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de leur enfant ou n'y parviennent pas.

Santé et sécurité.

Toutefois, la sécurité ou le développement d'un enfant n'est pas considéré comme compromis bien que ses parents ne vivent plus, si une personne qui en tient lieu assume de fait le soin, l'entretien et l'éducation de cet enfant, compte tenu de ses besoins.

**38.1.** La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis:

- a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;
- b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison;
- c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.

**39.** Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens du paragraphe g de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes a, b, c, d, e, f ou h de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

Les premier et deuxième alinéas s'appliquent même à ceux liés par le secret professionnel, sauf à l'avocat qui, dans l'exercice de sa profession, reçoit des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1.

## CHAPITRE VII DISPOSITIONS PÉNALES

134. Nul ne peut:

a) refuser de se conformer à une décision ou à une ordonnance rendue en vertu de la présente loi ou conseiller, encourager ou inciter une personne à ne pas s'y conformer;

b) refuser de répondre au directeur, à toute personne autorisée en vertu des articles 32 ou 33, à toute personne ou instance à qui sont confiées, en vertu de l'article 37.5, des responsabilités dévolues au directeur ou à toute personne à l'emploi de la Commission agissant en vertu du paragraphe b de l'article 23 ou de l'article 25, l'entraver ou tenter de l'entraver, le tromper par réticence ou fausse déclaration ou tenter de le faire, lorsque le directeur, cette instance ou cette personne agit dans l'exercice de ses fonctions;

c) entraver ou tenter d'entraver un membre de la Commission agissant dans l'exercice de ses fonctions;

d) étant tenu de le faire, omettre de signaler au directeur ou à toute personne ou instance à qui sont confiées, en vertu de l'article 37.5, des responsabilités dévolues au directeur la situation d'un enfant dont il a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement est ou peut être considéré compromis ou conseiller, encourager ou inciter une personne qui est tenue de le faire à ne pas faire de signalement au directeur ou à une telle personne ou instance;

e) conseiller, encourager ou inciter un enfant à quitter un établissement qui l'héberge en vertu de la présente loi;

f) retenir ou tenter de retenir un enfant lorsqu'une personne agissant en vertu de la présente loi demande qu'on lui remette cet enfant;

g) sciemment, donner accès à un renseignement confidentiel contrairement aux dispositions de la présente loi.

Quiconque contrevient à une disposition du présent article commet une infraction et est passible d'une amende de 250 \$ à 2 500 \$.

## **Loi sur la santé publique**

### **INTOXICATIONS, INFECTIONS ET MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE**

**79.** Le ministre dresse, par règlement, une liste des intoxications, des infections et des maladies qui doivent faire l'objet d'une déclaration au directeur de santé publique du territoire et, dans certains cas prévus au règlement, au directeur national de santé publique ou à l'un et l'autre.

**80.** Ne peuvent être inscrites à cette liste que des intoxications, des infections ou des maladies médicalement reconnues comme pouvant constituer une menace à la santé d'une population et nécessitant une vigilance des autorités de santé publique ou la tenue d'une enquête épidémiologique.

**81.** La déclaration doit indiquer le nom et l'adresse de la personne atteinte et tous les autres renseignements, personnels ou non, prescrits par règlement du ministre. Elle doit être transmise de la manière, dans la forme et dans les délais qu'indique le règlement.

**82.** Sont tenus de faire cette déclaration, dans les cas prévus au règlement du ministre:

1° tout médecin qui diagnostique une intoxication, une infection ou une maladie inscrite à la liste ou qui constate la présence de signes cliniques caractéristiques de l'une de ces intoxications, infections ou maladies, chez une personne vivante ou décédée;

2° tout dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale, privé ou public, lorsqu'une analyse de laboratoire faite dans le laboratoire ou le département qu'il dirige démontre la présence de l'une de ces intoxications, infections ou maladies.

**138.** Commet une infraction et est passible d'une amende de 600 \$ à 1 200 \$:

1° le médecin ou l'infirmier qui omet de faire une déclaration visée à l'article 69;

2° le médecin ou le dirigeant d'un laboratoire, public ou privé, ou d'un département de biologie médicale qui omet de faire une déclaration visée à l'article 82;

3° le médecin qui omet de donner un avis prévu à l'article 86;

4° le professionnel de la santé qui omet de donner un avis prévu à l'article 90.

**Déclaration d'une maladie/infection/intoxication à déclaration obligatoire (MADO) selon la *Loi sur la santé publique***

## Code de la sécurité routière

**398.** Lorsque des raisons médicales exceptionnelles le justifient, la Société peut, sur recommandation écrite d'un médecin spécialiste que la Société peut désigner nommément, délivrer un certificat dispensant une personne du port de la ceinture de sécurité ou de l'utilisation d'un ensemble de retenue. Le médecin spécialiste formule sa recommandation après examen de la personne qui a demandé la dispense.

**603.** Tout professionnel de la santé peut, selon son champ d'exercice, faire rapport à la Société du nom, de l'adresse, de l'état de santé d'une personne de 14 ans ou plus qu'il juge inapte à conduire un véhicule routier, en tenant compte notamment des maladies, déficiences et situations incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier telles qu'établies par règlement.

Pour l'application du présent article, tout professionnel de la santé est autorisé à divulguer à la Société les renseignements qui lui ont été révélés en raison de sa profession.  
1986, c. 91, a. 603; 1990, c. 19, a. 11; 1996, c. 56, a. 123.

**604.** La Société peut divulguer au professionnel de la santé qui lui a fait rapport en vertu de l'article 603, la décision qu'elle a prise à la suite des renseignements qu'il lui a transmis.

**605.** Aucun recours en dommages-intérêts ne peut être intenté contre un professionnel de la santé pour s'être prévalu des dispositions de l'article 603.

## La loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

**34.** Le médecin qui constate un décès dont il ne peut établir les causes probables ou qui lui apparaît être survenu dans des circonstances obscures ou violentes doit en aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix.

**35.** Lorsqu'un décès survient dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier, le directeur des services professionnels de cet établissement ou une personne sous son autorité peut prendre les mesures pour faire établir par un médecin les causes probables de ce décès.

Toutefois, si le décès est visé à l'article 36, le directeur des services professionnels ou une personne sous son autorité doit préalablement obtenir l'autorisation d'un coroner avant de prendre les mesures pour faire établir les causes probables du décès.

**36.** À moins qu'elle n'ait des motifs raisonnables de croire qu'un coroner, un médecin ou un agent de la paix en a déjà été averti, toute personne doit aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix d'un décès dont elle a connaissance lorsqu'il lui apparaît que ce décès est survenu dans des circonstances obscures ou violentes ou lorsque l'identité de la personne décédée lui est inconnue.

**73.** Le coroner peut procéder ou ordonner qu'il soit procédé à l'examen ou à l'autopsie d'un corps ou à une expertise.

Le ministre de la Sécurité publique ou le coroner en chef peut exiger du coroner qu'il fasse procéder à un examen, à une autopsie ou à une expertise.

**74.** Un médecin peut effectuer sur un corps un prélèvement requis pour une expertise ordonnée par le coroner.

**76.** Le directeur des services professionnels d'un établissement qui exploite un centre hospitalier prend les mesures nécessaires pour qu'il soit procédé avec diligence à l'examen, à l'autopsie ou au prélèvement qui doit être fait dans une installation maintenue par cet établissement.

Le directeur du Laboratoire de médecine légale du Québec et le directeur du Laboratoire de police scientifique du Québec sont soumis à la même obligation lorsque, selon le cas, l'examen, l'autopsie, le prélèvement ou l'expertise doit être fait sous leur autorité.

## **Loi sur l'assurance automobile**

## **Loi sur la santé et la sécurité au travail**

## **Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles**

### **Loi sur l'assurance automobile**

**83.14.** Le professionnel de la santé qui examine une personne à la demande de la Société doit faire rapport à celle-ci sur l'état de santé de cette personne et sur toute autre question pour laquelle l'examen a été requis.

Sur réception de ce rapport, la Société doit en transmettre une copie à tout professionnel de la santé désigné par la personne qui a subi l'examen visé au premier alinéa.

**83.15.** Tout établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ( chapitre S-4.2) ou au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ( chapitre S-5), tout professionnel de la santé qui a traité une personne à la suite d'un accident ou qui a été consulté par une personne à la suite d'un accident doit, à la demande de la Société, lui faire rapport de ses constatations, traitements ou recommandations.

Ce rapport doit être transmis dans les six jours qui suivent la demande de la Société.

Il doit également fournir à la Société, dans le même délai, tout autre rapport qu'elle lui demande relativement à cette personne.

### **Loi sur la santé et la sécurité au travail**

**32.** Un travailleur qui fournit à l'employeur un certificat attestant que son exposition à un contaminant comporte pour lui des dangers, eu égard au fait que sa santé présente des signes d'altération, peut demander d'être affecté à des tâches ne comportant pas une telle exposition et qu'il est raisonnablement en mesure d'accomplir, jusqu'à ce que son état de santé lui permette de réintégrer ses fonctions antérieures et que les conditions de son travail soient conformes aux normes établies par règlement pour ce contaminant.

**33.** Le certificat visé dans l'article 32 peut être délivré par le médecin responsable des services de santé de l'établissement dans lequel travaille le travailleur ou par un autre médecin.  
Avis au médecin du travailleur.

Si le certificat est délivré par le médecin responsable, celui-ci doit, à la demande du travailleur, aviser le médecin qu'il désigne.

S'il est délivré par un autre médecin que le médecin responsable, ce médecin doit consulter, avant de délivrer le certificat, le médecin responsable ou, à défaut, le directeur de santé publique de la région dans laquelle se trouve l'établissement, ou le médecin que ce dernier désigne.

**40.** Une travailleuse enceinte qui fournit à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, peut demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir.

**46.** Une travailleuse qui fournit à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers pour l'enfant qu'elle allaite peut demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir.

La forme et la teneur de ce certificat sont déterminées par règlement et l'article 33 s'applique à sa délivrance.



## **Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles**

**196.** Les services rendus par les professionnels de la santé dans le cadre de la présente loi et visés dans le quatorzième alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie ( chapitre A-29), édicté par l'article 488, y compris ceux d'un membre du Bureau d'évaluation médicale, d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires ou d'un comité spécial agissant en vertu du chapitre VI, à l'exception des services rendus par un professionnel de la santé à la demande de l'employeur, sont payés à ces professionnels par la Régie de l'assurance maladie du Québec conformément aux ententes intervenues dans le cadre de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.

**199.** Le médecin qui, le premier, prend charge d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle doit remettre sans délai à celui-ci, sur le formulaire prescrit par la Commission, une attestation comportant le diagnostic et:

1° s'il prévoit que la lésion professionnelle du travailleur sera consolidée dans les 14 jours complets suivant la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion, la date prévisible de consolidation de cette lésion; ou

2° s'il prévoit que la lésion professionnelle du travailleur sera consolidée plus de 14 jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion, la période prévisible de consolidation de cette lésion.

Cependant, si le travailleur n'est pas en mesure de choisir le médecin qui, le premier, en prend charge, il peut, aussitôt qu'il est en mesure de le faire, choisir un autre médecin qui en aura charge et qui doit alors, à la demande du travailleur, lui remettre l'attestation prévue par le premier alinéa.

**200.** Dans le cas prévu par le paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 199, le médecin qui a charge du travailleur doit de plus expédier à la Commission, dans les six jours de son premier examen, sur le formulaire qu'elle prescrit, un rapport sommaire comportant notamment:

1° la date de l'accident du travail;

2° le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;

3° la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;

4° le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé;

5° dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent.

Il en est de même pour tout médecin qui en aura charge subséquentement.

**201.** Si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le médecin qui a charge du travailleur en informe la Commission immédiatement, sur le formulaire qu'elle prescrit à cette fin.

**202.** Dans les 10 jours de la réception d'une demande de la Commission à cet effet, le médecin qui a charge du travailleur doit fournir à la Commission, sur le formulaire qu'elle prescrit, un rapport qui comporte les précisions qu'elle requiert sur un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa de l'article 212.

**203.** Dans le cas du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 199, si le travailleur a subi une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique, et dans le cas du paragraphe 2° du premier alinéa de cet article, le médecin qui a charge du travailleur expédie à la Commission, dès que la lésion professionnelle de celui-ci est consolidée, un rapport final, sur un formulaire qu'elle prescrit à cette fin.

Ce rapport indique notamment la date de consolidation de la lésion et, le cas échéant:

1° le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur d'après le barème des indemnités pour préjudice corporel adopté par règlement;  
 2° la description des limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;  
 3° l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion.  
 Le médecin qui a charge du travailleur l'informe sans délai du contenu de son rapport.

**204.** La Commission peut exiger d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle qu'il se soumette à l'examen du professionnel de la santé qu'elle désigne, pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion. Le travailleur doit se soumettre à cet examen. La Commission assume le coût de cet examen et les dépenses qu'engage le travailleur pour s'y rendre selon les normes et les montants qu'elle détermine en vertu de l'article 115.

**205.** La liste des professionnels de la santé que la Commission peut désigner aux fins de l'article 204 est soumise annuellement à l'approbation du conseil d'administration de la Commission, qui peut y ajouter ou y retrancher des noms.

À défaut par celui-ci d'approuver la liste à la séance suivant celle où elle est déposée, la Commission utilise la liste qui a été déposée.

Le président du conseil d'administration et chef de la direction peut ajouter à la liste visée au premier ou au deuxième alinéa les noms de professionnels de la santé, autres que ceux qui ont été retranchés par le conseil d'administration, lorsqu'il estime que leur nombre est insuffisant. Dans ce cas, il en informe le conseil d'administration.

La liste des professionnels de la santé que la Commission peut désigner aux fins de l'article 204 pour une année reste en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit remplacée.

**205.1.** Si le rapport du professionnel de la santé désigné aux fins de l'application de l'article 204 infirme les conclusions du médecin qui a charge du travailleur quant à l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa de l'article 212, ce dernier peut, dans les 30 jours de la date de la réception de ce rapport, fournir à la Commission, sur le formulaire qu'elle prescrit, un rapport complémentaire en vue d'étayer ses conclusions et, le cas échéant, y joindre un rapport de consultation motivé. Le médecin qui a charge du travailleur informe celui-ci, sans délai, du contenu de son rapport.

La Commission peut soumettre ces rapports, incluant, le cas échéant, le rapport complémentaire au Bureau d'évaluation médicale prévu à l'article 216.

**206.** La Commission peut soumettre au Bureau d'évaluation médicale le rapport qu'elle a obtenu en vertu de l'article 204, même si ce rapport porte sur l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa de l'article 212 sur lequel le médecin qui a charge du travailleur ne s'est pas prononcé.

**207.** Malgré l'article 22 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), le médecin qui fait défaut de fournir une attestation ou un rapport dans le délai prescrit, perd le droit d'être rémunéré pour l'examen médical qui aurait dû donner lieu à cette attestation ou à ce rapport.

La Régie de l'assurance maladie du Québec, sur réception d'un avis de la Commission établissant le défaut, refuse le paiement de tel examen médical ou se rembourse par compensation ou autrement, selon le cas.

## Annexe 2

### Lectures complémentaires

#### Professionalism

*Sylvia Cruess, M.D., and Richard Cruess, M.D.*

Since the middle of the 19<sup>th</sup> Century, the idea of a profession has been fundamental to the delivery of health care throughout the western world. As the industrial revolution provided enough wealth for individuals and organizations to purchase health care, science made it worth buying. Some method of organizing the delivery of health care (and other complex services such as law, engineering, accounting etc) became necessary and society turned to the concept of the profession as a means of achieving this<sup>1</sup>. This was accomplished by the enactment of licensing laws which granted members of the profession a monopoly over the practice of medicine. In Quebec, this occurred in 1847 with the establishment of the *Collège des Médecins*. Essentially, society has granted the profession status, prestige, and financial rewards on the understanding that it would be committed to service, demonstrate morality and virtue, guarantee competence, and address health care issues of concern to the general public<sup>2</sup>. This constitutes the substance of the social contract between medicine and society, in which medicine's obligations are largely determined by what it means to be a profession<sup>2,3</sup>.

It thus becomes of great importance that all physicians understand the definition of a profession, from which the words professional and professionalism are derived, and the obligations necessary to sustain professional status.

A profession can be defined as: "An occupation whose core element is work based upon the mastery of a complex body of knowledge and skills. It is a vocation in which knowledge of some department of science or learning or the practice of an art founded upon it is used in the service of others. Its members are governed by codes of ethics and profess a commitment to competence, integrity and morality, altruism, and the promotion of the public good within their domain. These commitments form the basis of a social contract between a profession and society, which in return grants the profession a monopoly over the use of its knowledge base, the right to considerable autonomy in practice and the privilege of self-regulation. Professions and their members are accountable to those served and to society."<sup>4</sup>

Based on this definition, one can identify the characteristics of a profession and the obligations which are required of both individual members and medicine's institutions.

The basic characteristic is command over a specialized body of knowledge and skills not easily understood by the general public. The obligations derived from this characteristic are: the necessity to maintain competence throughout the years of practice; the obligation to pass on the knowledge base by teaching students and trainees, patients, and the public; the obligation to protect the integrity of the

knowledge base and ensure its proper use; and as stewards of the knowledge base, the profession collectively must ensure its expansion by supporting valid research.

A second characteristic is the expectation that professionals and their associations will demonstrate morality, honesty, and integrity both in practice and in every day life. The obligation is to be governed by professional and ethical standards of conduct at all times. It is axiomatic that this obligation applies both to individual physicians and to the organizations representing them.

A commitment to service is the essential characteristic expected by the public where the needs and interests of the patient and/or public must be placed above the physician's or the profession's self-interest. Medicine is an altruistic vocation and is held to higher standards than others.

Since their inception every profession has developed a code of ethics which governs the behaviour of its members. The obligation is to know and abide by the appropriate code.

Autonomy, which is enjoyed by both the individual physician and medicine as a profession, is an important characteristic. This allows the professional to act in the best interest of their patients and the profession to self-regulate. The linked obligations are that physicians must use their autonomy in practice to act in their patient's best interests and must resist restrictions of this autonomy which impair a physician's ability to do so. Collectively, the profession must maintain sufficient autonomy to self-regulate, as long as this privilege is granted to us.

During recent years, a characteristic which has assumed much greater importance is accountability. The traditional accountability is to patients and colleagues, and for self-regulation and discipline in an appropriate and transparent fashion. During recent times, physicians have been held accountable in economic terms for the impact of their decisions on the economy and in political terms for the state of health of the population<sup>5</sup>.

Self-regulation is a characteristic critical to the public's trust in the profession. The obligation is to participate in and submit to the process of self-regulation. This entails collaboration in the setting and maintenance of standards and in the discipline of incompetent, amoral or unethical behaviour by members of the profession. Because these activities are carried out by professional associations, licensing bodies, and educational institutions, physicians must support these very important bodies as they perform their necessary functions.

Listing the characteristics makes them seem equal, but the essence of a profession is collegial, cognitive, and moral, entailing the use of specialized knowledge, both science and art, in service to others in an ethical and virtuous fashion<sup>6</sup>.

The social contract between society and medicine is constantly evolving as society's expectations and medicine's ability to treat and/or cure change. As the changing relationship between society and medicine occurs, it is important for medicine to make a clear statement of its values and commitments so that public policy can support them. Statements such as the International Charter on Professionalism is one such document<sup>7</sup>.

## REFERENCES

1. CRUESS, R.L., and S.R. CRUESS, "Teaching medicine as a profession in the service of healing", *Academic Medicine*, Vol. 72, No. 11, November 1997, pp. 941-952.
2. SULLIVAN, W.M., "Medicine under threat: professionalism and professional identity" *CMAJ*, Canadian Medical Association Journal, Vol. 162, No. 5, March 7, 2000, pp. 673-675.
3. CRUESS, S.R., and R.L. CRUESS, "Professionalism: a contract between medicine and society", *CMAJ*, Canadian Medical Association Journal, Vol. 162, No. 5, March 7, 2000, pp. 668-669.
4. CRUESS, S.R., S. JOHNSTON and R.L. CRUESS, "'Profession' : a working definition for medical educators", *Teaching and Learning in Medicine*, Vol. 16, No. 1, Winter 2004, pp. 74-76.
5. EMANUEL, E.J., and L.L. Emanuel, "What is Accountability in Health Care?" *Annals of Internal Medicine*, Vol. 124, No. 2, January, 15, 1996, pp. 229-239.
6. STARR, P., *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books, 1982, 514 p.
7. "Medical professionalism in the new millennium: a physician's charter", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 136, No. 3, February 5, 2002, pp. 243-246.