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

Document ALDO-Québec

MISE À JOUR
FÉVRIER 2020

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Publication du Collège des médecins du Québec

Collège des médecins du Québec
Bureau 3500
1250, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 0G2
Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Site Web : http://www.cmq.org
Courriel : info@cmq.org

Édition
Service des communications

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

La reproduction est autorisée à des fins non commerciales seulement, à condition que la source soit mentionnée.

© Collège des médecins du Québec, février 2020

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

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 7

INTRODUCTION 8

SECTION 1 – LES ASPECTS ORGANISATIONNELS 10

1. Un aperçu 11
2. Le système de santé et de services sociaux 13
   - 2.1 La manière québécoise 13
     - 2.1.1 Un aboutissement 13
     - 2.1.2 Un point de départ 16
   - 2.2 Les caractéristiques générales 17
     - 2.2.1 Les traits canadiens 18
     - 2.2.2 Les particularités québécoises 19
   - 2.3 L'organisation des soins 21
     - 2.3.1 L'organisation générale 21
     - 2.3.2 L'organisation médicale 28
     - 2.3.3 La collaboration interprofessionnelle 31
   - 2.4 En somme 36
3. L'exercice professionnel des médecins 37
   - 3.1 L'exercice en établissement 37
     - 3.1.1 Les établissements 39
     - 3.1.2 L'organisation interne des établissements 39
     - 3.1.3 L'organisation médicoadministrative 44
     - 3.1.4 Les conditions d'exercice en établissement 51
     - 3.1.5 L'examen d'une plainte concernant un médecin 56
     - 3.1.6 Le médecin : un intervenant essentiel dans les établissements 58
   - 3.2 L'exercice hors établissement 58
     - 3.2.1 L'exercice hors établissement et le système de soins 59
     - 3.2.2 L'exercice hors établissement et le régime d'assurance maladie 61
     - 3.2.3 La prestation de soins en dehors des établissements 66
     - 3.2.4 Divers modèles organisationnels 67
     - 3.2.5 Des enjeux communs sur le plan professionnel 70
     - 3.2.6 En somme 81

3.3 La diversification de l'exercice de la médecine 82
4. Un acquis social à préserver 88
SECTION 2 – LES ASPECTS DÉONTOLOGIQUES ET RÉGLEMENTAIRES 89
5. Un aperçu 90
6. Le contexte légal 92
6.1 Le *Code des professions* 92
6.2. La *Loi médicale* 95
6.3 Le permis d'exercice 96
6.4 L'immatriculation 98
6.5 La carte de stages 98
7. Les devoirs et les obligations des médecins 99
7.1 Le Code de déontologie des médecins 99
7.1.1 Les obligations du médecin 99
7.1.2 La qualité de la relation professionnelle 101
7.1.3 L'obtention du consentement aux soins 102
7.1.4 La prise en charge et le suivi 103
7.1.5 La qualité de l'exercice 104
7.1.6 Indépendance, désintéressement et intégrité 105
7.1.7 La publicité et les déclarations publiques 106
7.1.8 Les dossiers et les honoraires 106
7.1.9 Les relations entre professionnels et les relations avec le Collège 107
7.2 Les obligations des médecins en vertu d'autres règlements 108
7.2.1 Le règlement concernant les dossiers 108
7.2.2 Le règlement relatif aux stages et aux cours de perfectionnement 116
7.2.3 Le règlement concernant l'assurance responsabilité professionnelle 117
7.2.4 Le règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin 118
7.2.5 Le règlement sur l'inspection professionnelle 122
7.2.6 Le règlement sur la formation continue obligatoire 125
8. Le Collège des médecins du Québec et les autres regroupements de médecins 128
8.1 Le Collège des médecins du Québec 128

8.1.1 Les structures du Collège....128
8.1.2 Les fonctions du Collège....132
8.2 Les autres regroupements de médecins....141
SECTION 3 — LES ASPECTS LÉGAUX....143
9. Un aperçu....144
10. Le droit et la pratique médicale au Québec....145
10.1 Le droit et le domaine de la santé....145
10.2 Le droit et la pratique médicale au Québec : les recours possibles....146
11. La responsabilité civile médicale....148
11.1 Mise en contexte....148
11.2 L'évolution de la notion de faute médicale....149
11.3 La portée des obligations liées au contrat médical....151
11.3.1 L'obligation d'obtenir le consentement du patient et de le renseigner....151
11.3.2 L'obligation de donner des soins attentifs, prudents et diligents....153
11.3.3 L'obligation de suivi....154
11.3.4 L'obligation d'assurer la confidentialité....155
11.4 Les règles relatives à la preuve....159
11.4.1 La preuve de la norme de pratique....159
11.4.2 Le renversement du fardeau de la preuve....159
11.5 Le délai de prescription....160
11.6 L'indemnisation....160
11.7 Les tribunaux civils....161
11.7.1 L'action en première instance....161
11.7.2 L'appel....162
11.8 L'assurance responsabilité professionnelle....162
11.9 La tenue des dossiers....164
12. Les obligations des médecins en vertu de certaines lois....165
12.1 Le *Code civil du Québec*....165
12.2 La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*....166
12.3 La *Loi sur la santé publique*....167
12.4 Le *Code de la sécurité routière*....168

12.5 La *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*.....169
12.6 La *Loi sur l'assurance automobile*, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* 169
12.7 Communication de renseignements aux autorités policières 170
CONCLUSION.....171
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....173
RÉFÉRENCES.....175
LISTE DES COLLABORATEURS.....180

AVANT-PROPOS

Nous avons le plaisir de vous présenter la nouvelle édition numérique du document *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au* Québec *(ALDO-Québec)*. Ce document remplace l'édition Web et répond ainsi à la demande de plusieurs utilisateurs qui souhaitaient pouvoir imprimer le document, en tout ou en partie. Il demeure toutefois un outil convivial, l'ajout d'une table des matières dynamique et d'hyperliens permettant d'accéder rapidement au contenu.

Ce document est appelé à évoluer selon les nouvelles dispositions législatives ou réglementaires et afin de tenir compte de toute autre modification apportée sur le plan déontologique et organisationnel.

Au fil des ans, ce document qui visait d'abord les candidats au permis d'exercice de la médecine au Québec est devenu une référence pour tous les médecins exerçant au Québec et souhaitant parfaire leur connaissance de ces sujets. La réussite à un examen *ALDO*, administré par le Collège des médecins du Québec, a été nécessaire à l'obtention du permis d'exercice de 1988 à 2007 pour les résidents en médecine de famille et de 1996 à 2007 pour les résidents dans les autres spécialités. Depuis 2007, l'examen a été remplacé par des sessions de formation obligatoire, basées sur le contenu de ce document. C'est pourquoi nous tenons à le garder à jour.

Nous pensons que le document *ALDO-Québec* peut nourrir la réflexion du médecin québécois. Il peut l'aider à saisir rapidement l'essentiel de l'organisation du système de santé et de services sociaux ainsi que du cadre légal et déontologique de la pratique médicale au Québec. Ce sont autant de balises permettant au médecin de mieux 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.

Nous remercions encore une fois tous ceux qui ont permis que le document *ALDO-Québec* existe et évolue : les rédacteurs, l'équipe d'édition ainsi que les nombreux collaborateurs qui, depuis le début, se sont joints à nous.

Mauril Gaudreault, M.D.
Président
Collège des médecins du 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. 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. Le document ALDO a fait l'objet de plusieurs révisions et vise toujours à fournir l'information jugée nécessaire à une bonne pratique médicale au Québec. Il traite de l'organisation du système de santé, de la déontologie médicale et des lois et règlements qui s'appliquent. Il fait d'ailleurs l'objet de sessions de formation obligatoires organisées par le Collège des médecins.

Le document est divisé en trois sections.

Section 1 : Les aspects organisationnels

Cette section traite des aspects organisationnels et comprend trois grandes sous-sections. La première sous-section trace les grandes lignes du chemin parcouru dans le domaine de la santé au Québec depuis la fin du 18e siècle.

La deuxième présente l'organisation générale prévalant présentement dans le système de santé au Québec et l'organisation prévue pour les services médicaux, car il est essentiel que les médecins sachent où se situe l'exercice de leur profession dans l'ensemble du système.

La troisième sous-section aborde la question de 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. L'exercice hors établissement n'est pas sans lien avec le système public et le régime d'assurance maladie, mais les liens sont moins directs et ne passent pas nécessairement par les établissements. Bien qu'il soit en croissance, l'exercice médical sans aucun lien avec le système public de santé (les médecins « non participants ») demeure un phénomène marginal au Québec. On y présente ensuite le phénomène 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, l'expertise médicolégale, la pratique en santé publique, la médecine du travail ainsi que les pratiques administratives et commerciales. Chacune pose de façon particulière l'enjeu de l'indépendance professionnelle.

Section 2 : Les aspects déontologiques et réglementaires

Cette section concerne plus directement les médecins puisqu'elle traite des aspects déontologiques de la pratique médicale au Québec. La médecine y est abordée sous l'angle de l'exercice professionnel. Le *Code de déontologie des médecins* vise à énoncer le plus précisément possible les obligations que tout médecin doit remplir. Ce qui n'est pas chose facile lorsque le contexte comporte des réalités relativement complexes et nouvelles, qu'il s'agisse de l'entrepreneuriat médical, de la recherche clinique, de l'expertise médicolégale, de la pratique collaborative interprofessionnelle, de la restriction des ressources, des technologies de l'information ou des relations avec le secteur pharmaceutique. Alors, il faut faire preuve d'innovation et s'interroger sur l'indépendance de la pratique professionnelle vis-à-vis des contraintes, aussi bien économiques que politiques et administratives, de plus en plus pressantes dans le domaine de la santé.

Dans ce contexte, il faut prendre acte que le Collège n'est pas le seul organisme qui intervient auprès des médecins. Les fédérations médicales, par exemple, jouent un rôle déterminant dans la négociation des conditions d'exercice des médecins. Il reste que le Collège demeure un organisme essentiel sur le plan de l'encadrement de la profession médicale afin de garantir au public la qualité des services et l'intégrité des médecins.

Section 3 : Les aspects légaux

Cette section 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 analyse en profondeur la question de la responsabilité civile et des risques de poursuite, on constate qu'elle déborde du 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.

Section 1 – LES ASPECTS ORGANISATIONNELS

1. Un aperçu

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. À travers le monde, les systèmes de santé, public, privé ou mixte, sont devenus des structures imposantes et complexes. Qui plus est, le système québécois est en certains points différent de celui des autres provinces canadiennes. En effet, l'une de ses orientations de longue date a été l'intégration structurelle des services de santé et des services sociaux qui doivent être pris en charge par l'État, ce qui ajoute à la complexité.

La première section 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 situation de déséquilibre croissant entre les besoins et les ressources. Ce rapide survol permet aussi de constater que le système québécois se caractérise, entre autres, par son organisation générale centralisée, ce qui peut sembler paradoxal étant donné que, dans les faits, les services sont essentiellement fournis au niveau local. Entre 2003 et 2015, le système de santé comportait trois niveaux de gestion (ministère de la Santé et des Services sociaux, agences de la santé et des services sociaux et établissements) qui ont par la suite été réduits à deux lors de la réforme proposée par le ministre Gaétan Barrette. Cette réforme n'a laissé subsister que le ministère et les établissements, lesquels furent alors majoritairement regroupés sous la forme de « super établissements » appelés les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

La deuxième section vise précisément à situer l'exercice professionnel des médecins dans le système de santé. La pratique médicale est partout considérée comme un élément essentiel des systèmes de soins. Cependant, la façon dont l'exercice professionnel des médecins peut s'y intégrer n'a pas toujours été évidente au Québec. Elle ne l'est toujours pas, comme en témoignent les divers modes d'exercice existants. Depuis 2002, en plus de la pratique en établissement et de la pratique en cabinet, d'autres modes intermédiaires d'exercice médical ont été développés. C'est le cas des centres médicaux spécialisés (CMS), des centres médicaux spécialisés associés (CMSA), des centres médicaux associés (CMA) ainsi que des groupes de médecine de famille (GMF) et de ses dérivés, soit les groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) et les groupes de médecine de famille ayant une désignation réseau (GMF-R ou super-cliniques). Ces nouveaux développements témoignent encore une fois des difficultés inhérentes au fait de vouloir intégrer des professionnels autonomes à un système essentiellement public.

L'exercice en établissement est un exercice professionnel autonome. Cependant, comme il est souvent arrimé aux établissements du réseau public, ce type de pratique oblige le médecin à concilier ses devoirs déontologiques avec les contraintes médico-administratives prévues pour les établissements dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*. Même si ces devoirs et ces contraintes ne sont habituellement pas en contradiction, il peut parfois devenir difficile de les concilier adéquatement dans certaines circonstances de la pratique en établissement.

Par opposition, l'exercice médical en dehors des établissements publics est souvent désigné comme la « pratique privée ». Mais sauf exception, il est également intégré au système public de santé, ne serait-ce qu'à cause du financement public des services médicalement requis; en d'autres mots, les médecins, peu importe leur lieu ou leur mode de pratique, restent généralement rémunérés par les fonds publics lorsqu'ils offrent des services médicalement requis. Là encore, plusieurs formules ont été mises en place en vue de mieux intégrer cette pratique au réseau public, depuis les centres locaux de services communautaires (CLSC) jusqu'aux groupes de médecine de famille (GMF), en passant par les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et les activités médicales particulières (AMP). Jusqu'ici, les résultats ont été mitigés, de sorte qu'il y a lieu de se demander si la tension entre l'autonomie professionnelle des médecins et l'organisation très centralisée du système de santé ne mériterait pas d'être envisagée autrement.

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 domaines 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.

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.

Entre 1788 et 1831, l'*Acte médical* prévoyait l'exclusivité de pratique de la médecine au Québec, alors le Bas-Canada, et la délivrance de la licence médicale se faisait par le gouverneur, sur recommandation de comités formés sous son égide à Montréal et à Québec. En 1831, l'*Acte médical* fut modifié et les comités devinrent alors composés de membres élus par les professionnels. Finalement, le Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada fut établi en 1847 afin de vérifier et d'assurer la compétence des personnes exerçant la médecine[1].

En 1867, lors de l'adoption de l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique*, renommée *Loi constitutionnelle de 1867* en 1982, le domaine de la santé est principalement occupé par des organisations religieuses ou de charité, ainsi que des particuliers, l'État n'y jouant pas un rôle majeur. Cela explique pourquoi la compétence fédérale exclusive en la matière est « la quarantaine et l'établissement et le maintien des hôpitaux de marine » (art. 91 (11)), alors que la compétence provinciale exclusive est « l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, hospices de charité dans la province, autre que les hôpitaux de marine » (art. 92 (7)). Au fil du temps, les deux niveaux de gouvernement ont fait valoir d'autres compétences afin d'occuper le champ de la santé. Au fédéral, on retrouve le pouvoir général de dépenser, la compétence sur certaines populations dont l'institution militaire (art. 91 (7)), les « Indiens » (art. 91 (24)), les pénitenciers

[1] LEBLOND, Sylvio (1970). « La médecine dans la province de Québec avant 1847 », *Les Cahiers des dix*, nº 35, p. 69-95. Le CMCBC deviendra la Corporation professionnelle des médecins du Québec en 1974, puis le Collège des médecins du Québec en 1994.

(art. 91(28)), ainsi que la compétence en matière criminelle (art. 91 (27)). Au provincial, il s'agit des compétences sur les prisons et les « maisons de réforme » (art. 92 (6)), les municipalités (art. 92 (8)), « la propriété et les droits civils » (art. 92 (13)), l'éducation (art. 93), et « généralement toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province » (art. 92 (16)). Puisque les services de santé sont considérés comme de nature locale, il y a essentiellement 13 systèmes de santé différents au Canada, soit un pour chaque province et chaque territoire. Cependant, le gouvernement fédéral maintient une influence certaine grâce à son pouvoir de dépenser et les fonds qu'il transfère dans ce secteur.

En 1886, à la suite d'une épidémie de variole, le gouvernement provincial crée la Commission provinciale d'hygiène de la Province de Québec, renommée Conseil d'hygiène de la province de Québec en 1888. Il aura pour mandat d'enrayer la propagation de maladies infectieuses et d'améliorer les conditions sanitaires. Pour ce faire, il imposera notamment l'établissement d'un réseau de bureaux municipaux et la création d'un régime de vaccination obligatoire, en plus de mettre sur pied des mesures de santé publique d'urgence lors de certaines éclosions (déclaration obligatoire, quarantaine et désinfection). Il changera de nouveau de nom en 1915, puis en 1922, alors qu'il deviendra le Service provincial d'hygiène, considéré comme le précurseur du ministère de la Santé. Parallèlement, en 1921, le gouvernement du Québec adopte la *Loi établissant le service de l'assistance publique*, par laquelle il affirmait sa compétence à financer, mais aussi à intervenir et à superviser les services d'aide aux « indigents », domaine jusque-là réservé à l'Église et autres organisations religieuses. En 1926, le gouvernement adoptera une refonte de la *Loi de l'hygiène publique de Québec*, permettant l'établissement d'unités sanitaires, soit le regroupement des autorités sanitaires municipales sur une base régionale, ce qui permettra d'accomplir d'importants progrès en matière de santé publique. Finalement, en 1936, la *Loi pourvoyant à l'organisation d'un département de la santé* remplace le Service provincial d'hygiène par le ministère de la Santé, responsable notamment de régler la question des déficits hospitaliers et d'améliorer leur administration. Plus généralement, les attributions concernaient « l'hygiène et la santé publiques, l'assistance publique, les aliénés et l'inspection des hôpitaux et des autres institutions charitables ».

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 et de services sociaux : 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 des régimes financés par l'État : un régime d'assurance-hospitalisation en 1948 et un régime d'assurance maladie universel en 1962. Le Cooperative Commonwealth Federation (CCF), — le précurseur du Nouveau Parti démocratique (NPD) — peut donc être considéré comme le pionnier 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 de 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 pour assurer les services médicaux et chirurgicaux aux personnes bénéficiaires d'une allocation sociale. Cette loi a été adoptée à la suite de la conclusion d'une entente du gouvernement avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), respectivement créées en 1963 et en 1965. Cette entente et la loi prévoyaient notamment que la rémunération médicale allait se faire à l'acte et selon un tarif négocié, en plus de reconnaître les deux fédérations médicales comme seules représentantes de l'ensemble des médecins québécois pour les fins de cette négociation.

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 tienne 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 les services sociaux* (1971).

Regroupant les ministères de la Santé ainsi que de la Famille et du Bien-Être social, le nouveau ministère des Affaires sociales, dirigé par le ministre Claude Castonguay, élu à la suite de sa démission comme commissaire, 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. En 1970, la *Loi sur l'assurance maladie* instaure la gratuité des services médicaux pour l'ensemble des usagers, condition nécessaire pour obtenir le nouveau financement fédéral. En 1971, 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 influeront sur son évolution tout au long des trente 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'accentueront 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 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 la performance générale du système, mais au prix de compressions budgétaires d'ampleur ayant mené à des mises à la retraite de professionnels de la santé, à la diminution de lits et à la fermeture d'hôpitaux. Cependant, ces transformations 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. D'autres réformes prendront conséquemment forme par la suite, et elles visent précisément à s'attaquer à ces problèmes. Deux autres commissions d'études ont été mises sur pied au cours des années 2000 pour réexaminer le problème du financement. L'une, présidée par M. Jacques Ménard, a rendu son rapport en juillet 2005 et l'autre, présidée par M. Claude Castonguay, celui-là même qui fut le père de l'assurance maladie au Québec, a publié son rapport en février 2008. Ces deux rapports font état d'une croissance des dépenses en santé supérieure à celle des revenus de l'État, menant inévitablement à une impasse financière. Pour pallier cette impasse, on propose de recourir à des revenus additionnels, soit sous forme d'un impôt spécifique ou de sources de financement privées (contribution des usagers, assurances, etc.). La mixité (public-privé) de la pratique médicale est au cœur du débat. Par ailleurs, on note qu'il y a encore de la place pour améliorer l'efficience et l'efficacité du système public dont l'adaptabilité et la flexibilité sont encore taxées par une lourdeur bureaucratique qui ne semble pas vouloir s'alléger. La plus récente réforme du ministre Gaétan Barrette entamée en 2014 avait justement pour objectif de s'attaquer à ces enjeux, en proposant de réduire la bureaucratie et d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé afin de permettre un meilleur accès aux soins.

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 à des règles similaires, et l'organisation générale des services partage des caractéristiques communes, notamment en raison de la *Loi canadienne sur la santé* qui impose le respect de certains principes à travers le pays dans l'allocation des ressources - comme l'universalité des soins et la gestion publique de l'assurance maladie. 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 législative provinciale. Cependant, depuis le milieu du XX^{e} 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 entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces. 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), laquelle est toujours en vigueur. Elle suscite régulièrement de vives réactions dans l'espace public et dans le milieu de la santé en raison des limites qu'elle impose à l'introduction de modalités de financement privées dans le système. 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 vise à réaffirmer les fondements du « régime canadien » d'assurance maladie et à définir de manière explicite les conditions d'octroi des contributions fédérales aux gouvernements provinciaux en santé.

Aujourd'hui, partout au pays, les régimes provinciaux doivent respecter les cinq principes suivants (*Loi canadienne sur la santé*, art. 7 et suivants) :

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

Au surplus, les régimes provinciaux doivent respecter deux interdictions, soit :

- la surfacturation (art. 18);
- les frais modérateurs (art. 19).

Ces deux interdictions empêchent ultimement les médecins et les gouvernements de facturer un montant additionnel aux citoyens pour les services de santé financés par le régime public; en cas de non-respect de ces interdictions, des pénalités financières doivent en principe être imposées par le gouvernemental fédéral. Ces principes et ces interdictions 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 2015, elle ne couvre plus que 23 % 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. Les débats concernant ces principes ont toutefois été rouverts par un arrêt de la Cour suprême rendu en 2005 dans le dossier Chaoulli-Zéliotis et statuant qu'il devrait être possible de recourir à des assurances privées pour obtenir des soins médicalement requis lorsque les attentes sont déraisonnables dans le système public (des précisions additionnelles quant à l'impact de ce jugement seront fournies plus loin).

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. Cette caractéristique offre l'avantage de mieux répondre aux besoins des clientèles qui requièrent plus de services, en particulier les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées.

Le Québec est 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.

Le Québec est aussi la première province qui, devant répondre à l'arrêt de la Cour suprême de 2005, a légiféré sur certains changements organisationnels susceptibles d'augmenter l'accessibilité aux soins et sur la possibilité de recourir à des ressources privées, dans des cas précis où les soins requis ne seraient toujours pas accessibles dans des délais médicalement raisonnables.

En décembre 2006, le gouvernement du Québec adoptait en effet la *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* pour instaurer dans les centres hospitaliers un mécanisme central de gestion de l'accès aux interventions chirurgicales et pour permettre le recours à des organismes privés si l'accès à trois types d'interventions (arthroplastie du genou et de la hanche et chirurgie de la cataracte) demeurait impossible dans les délais raisonnables. Une ouverture a également été faite aux assurances privées pour ces mêmes interventions.

Le projet de loi nº 33, devenu la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, établissait d'ailleurs un cadre juridique permettant que certains services médicaux habituellement dispensés en établissement soient donnés hors établissement : dans des centres médicaux spécialisés (CMS), composés exclusivement soit de médecins participants, soit de médecins non participants au régime public d'assurance maladie (LSSSS, art. 333.1 et suivants). Tous les CMS offrant des services déterminés par règlement doivent satisfaire à trois exigences :

1. obtenir un permis d'opération gouvernemental;
2. nommer un directeur médical responsable d'assurer la qualité des services médicaux;
3. obtenir, dans les trois années suivant l'obtention du permis d'opération, un agrément par un organisme reconnu à cette fin.

Le ministre a le pouvoir réglementaire d'ajouter d'autres traitements médicaux spécialisés qui peuvent faire l'objet d'une assurance privée et être effectués par des CMS après consultation du Collège des médecins du Québec. En 2008, le ministre de la Santé et des Services sociaux Philippe Couillard a fait adopter par arrêté ministériel (2008-08) le *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, qui a ajouté plusieurs traitements pouvant être effectués par les CMS. Ce règlement a par la suite été modifié à quelques reprises avant d'en arriver à sa version actuelle qui date de 2010[2].

La loi a aussi créé les cliniques médicales associées (CMA), qui sont en fait des cabinets privés de professionnels, des laboratoires médicaux ou des CMS liés par une entente avec un établissement public (LSSSS, art. 349.1 et suivants). Les médecins qui dispensent des services dans des CMA doivent être participants au régime public d'assurance maladie et titulaires d'une nomination leur permettant d'exercer leur profession dans un centre hospitalier. L'objectif est d'améliorer l'accessibilité et l'efficience du réseau.

---

[2] *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, RLRQ, c. S-4.-2, r. 25.

Les ententes doivent prévoir :

1. la nature des services médicaux qui seront dispensés;
2. le nombre minimal et maximal de services et leur répartition trimestrielle;
3. le montant unitaire et les modalités de paiement;
4. un mécanisme de surveillance permettant à l'établissement d'assurer la qualité et la sécurité des services;
5. les sommes qui peuvent être exigées d'un usager et l'information qui doit lui être communiquée;
6. les exigences de tenue de livres, de systèmes d'information et des rapports;
7. un mécanisme de règlement des différends.

2.3 L'organisation des soins

2.3.1 L'organisation générale

L'organisation des services

Sur le plan de l'organisation des services, le système public comporte maintenant deux paliers : le ministère et les établissements, soit les 22 centres intégrés et les 7 établissements non fusionnés.

Le partage des pouvoirs entre les différents 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, c'est-à-dire au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 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.

À partir de 2003, une nouvelle tendance s'est imposée : le gouvernement a choisi de modifier la gouvernance du système de santé en établissant une gestion à trois paliers. Il a d'abord créé les agences de la santé et des services sociaux (ASSS), chargées de réorganiser le système de santé en fusionnant les établissements alors existants sous forme de réseaux rassemblant les CLSC, les CHSLD et certains

centres hospitaliers (CH). En 2005, la deuxième étape de cette réforme a formellement créé 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et établi les rôles des différents paliers de gouvernance. Le niveau local occupé par les CSSS était responsable d'organiser et de gérer une zone de soins intégrés, le niveau régional occupé par les ASSS était chargé de la coordination du financement, des ressources humaines et services spécialisés, ainsi que des fonctions de santé publique, alors que le niveau national occupé par le MSSS établissait les priorités et assurait le suivi auprès des ASSS. La réforme de 2005 a aussi permis d'établir les Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), ainsi que leur rôle de conseil auprès des ASSS et du MSSS sur des sujets déterminés comme la formation médicale et la prévention de ruptures de services.

En 2014, le ministre de la Santé et des Services sociaux Gaétan Barrette a commencé une réforme qui s'est d'abord matérialisée par le projet de loi 10, soit la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (LMRSSS) adoptée en février 2015. Cette loi ne s'applique pas au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, au Centre de santé Inuulitsivik, au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava et au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Cette réforme consistait en une recentralisation des pouvoirs de gestion par la fusion des ASSS et des CSSS et la diminution du nombre d'établissements par leur intégration régionale. Le niveau local composé de 95 CSSS a été diminué à 22 centres intégrés (CISSS et CIUSSS), en plus de sept établissements non fusionnés et de cinq établissements desservant une population nordique et autochtone. En tout, 182 structures ont été remplacées par 34. Les centres intégrés sont des établissements qui sont issus de la fusion des centres de services sur une base régionale. Les établissements non fusionnés sont le CHUM, le CHU Sainte-Justine, le CUSM, l'Institut de cardiologie de Montréal, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, le CHU de Québec – Université Laval et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval.

Les objectifs étaient les mêmes que ceux présentés un peu plus de dix ans plus tôt par le ministre Couillard, soit d'améliorer l'accès, la qualité et la sécurité des soins, en plus d'augmenter l'efficience et l'efficacité du réseau. Cette loi a donc centralisé certains pouvoirs au sein de nouveaux conseils d'administration dont la majorité des membres doivent être « indépendants » du système de santé, en plus d'établir les pouvoirs des présidents-directeurs généraux nommés par le gouvernement à partir d'une liste de noms fournie par le conseil d'administration. Enfin, le ministre s'est vu octroyer d'importants pouvoirs réglementaires quant à la structure organisationnelle des nouvelles organisations et des pouvoirs d'intervention pour assurer leur conformité à ses directives. Les pouvoirs anciennement exercés par les ASSS sur les CSSS ont été transférés au ministre pour qu'il les exerce envers les centres intégrés (LMRSSS, art. 46 al. 2 et 3).

L'organisation des services est donc répartie de la manière suivante :

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.

Les établissements (CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés)

Le conseil d'administration a les fonctions suivantes (LMRSSS, art. 28 et suivants; LSSSS, art. 172 à 176 et 178 à 181.0.3 – rôles des conseils d'administration des établissements publics) :

- organiser les services de l'établissement dans le respect des orientations nationales;

- répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières selon les enveloppes allouées par programme-service et s'assurer de leur utilisation économique et efficiente;
- adopter un plan stratégique et produire un rapport annuel de gestion;
- approuver une entente de gestion et d'imputabilité avec le MSSS;
- approuver les états financiers;
- s'assurer de l'accessibilité aux services;
- s'assurer de la pertinence, de la qualité de la sécurité et de l'efficacité des services;
- s'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- s'assurer de la participation, de la motivation et de la valorisation des ressources humaines;
- s'assurer du suivi de la performance et de la reddition de compte;
- s'assurer du respect de la mission d'enseignement s'il s'agit d'un CIUSSS;
- nommer les cadres supérieurs, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, nommer les pharmaciens;
- nommer les médecins et les dentistes, leur attribuer un statut, leur accorder des privilèges et prévoir les obligations qui en découlent;
- former un comité de gouvernance et d'éthique ainsi qu'un comité de vérification ainsi que d'autres comités s'il le juge nécessaire.

Le président-directeur général (qui peut être assisté d'un PDG adjoint nommé par le gouvernement sur recommandation du ministre à partir d'une liste de noms fournie par le conseil d'administration[3]) a les fonctions suivantes (LMRSSS, art. 32 et suivants) :

- gérer l'administration et le fonctionnement des centres intégrés;
- exécuter les décisions du conseil d'administration;
- assurer la coordination et la surveillance de l'activité clinique.

[3] *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, LQ 2017, c. 21, art. 5.

Les centres intégrés eux-mêmes ont les responsabilités suivantes (LMRSSS, art. 38 et suivants; LSSSS, art. 99.5-99.7 – rôles des anciens CSSS) :

- définir un projet clinique et organisationnel considérant les besoins, les objectifs, les services et les modes d'organisation, respectant les orientations ministérielles;
- offrir des services généraux (prévention, évaluation, diagnostic, traitement, réadaptation, soutien et hébergement);
- offrir des services spécialisés et surspécialisés lorsqu'ils sont disponibles;
- coordonner les services requis (mettre en place les mécanismes d'accueil, de référence et de suivi, conclure des ententes avec des producteurs de services, assurer la continuité des services, créer des conditions favorisant l'accès en collaboration avec le département de médecine régionale (DRMG) et la table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée);
- établir des corridors de services régionaux ou interrégionaux après consultation des RUIS s'il s'agit de services spécialisés.

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 a toujours pour objectif de remplir cinq missions, définies en fonction des catégories de services offerts par les cinq types d'établissements qui, à l'origine, le composaient. En raison des regroupements et des fusions visant à créer de véritables réseaux de services, un établissement (un centre intégré ou un établissement non fusionné) peut maintenant remplir plusieurs missions. La notion de « centre » réfère donc à une mission et non à un lieu physique (pour le lieu physique, il faut référer à la notion d'installation).

- 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. 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) comptait 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 nécessaires (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 généraux et 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.

Les organismes-conseils

Plusieurs organismes relèvent directement du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces organismes-conseils remplissent diverses fonctions : conseil (Commissaire à la santé et au bien-être), 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'Institut national de santé publique du Québec, le Commissaire à la santé et au bien-être et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

La fonction principale de cet organisme est de soutenir, en matière de santé publique, le ministre de la Santé et des Services sociaux, les autorités régionales de santé publique et les établissements.

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.

Le Commissaire à la santé et au bien-être

Le poste de Commissaire à la santé et au bien-être a été créé en 2006, l'objectif visé étant d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale en matière de santé et de bien-être afin de contribuer à l'amélioration de la performance du système. Les fonctions du Commissaire sont essentiellement :

- d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux et d'étudier les aspects éthiques des enjeux qui émergent dans le domaine de la santé et du bien-être;
- de consulter les citoyens, y compris les experts et les acteurs du système de santé et de services sociaux;
- d'informer le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'Assemblée nationale et l'ensemble des citoyens pour favoriser une meilleure compréhension des grands enjeux en matière de santé et de bien-être;
- de recommander au ministre de la Santé et des Services sociaux des changements qui doivent permettre, entre autres, d'accroître la performance globale du système.

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a été créé le 19 janvier 2011 et a alors succédé au Conseil du médicament et à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). L'INESSS a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Au cœur de cette mission, l'Institut évalue notamment les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels. Il émet des recommandations quant à leur adoption, leur utilisation ou leur couverture par le régime public, et élabore des guides de pratique clinique afin d'en assurer l'usage optimal.

Afin de réaliser sa mission, l'INESSS marie les perspectives des professionnels et des gestionnaires du réseau, ainsi que celles des patients et des bénéficiaires. Il rassemble les savoirs et les savoir-faire de multiples sources afin de leur donner une forme utile pour promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources. Enfin, il contribue à mobiliser les acteurs concernés pour l'amélioration des soins et des services à la population. Il agit dans un souci constant d'équité et d'éthique.

2.3.2 L'organisation médicale

La collaboration des médecins est évidemment essentielle au développement de réseaux de services de santé et de services sociaux. Certains mécanismes d'ordre structurel ont donc été instaurés pour assurer que la pratique des médecins soit en phase avec les priorités régionales. En pratique, toutefois, il s'est avéré que des services médicaux pourtant jugés prioritaires, tels les services d'urgence, n'étaient momentanément plus disponibles dans certaines régions. Aussi, des mesures législatives ont été adoptées pour remédier à ces situations. Elles permettent, notamment, d'exiger des médecins qu'ils respectent les plans d'effectifs des établissements (PEM) et des régions (PREM) et qu'ils participent à des activités particulières jugées prioritaires (AMP), sinon les termes de leur entente avec la Régie de l'assurance maladie pourront être modifiés. D'autres dispositions législatives ont aussi été adoptées pour favoriser le travail interdisciplinaire et un meilleur partage des responsabilités relatives aux activités médicales.

Le département régional de médecine générale

Un département régional de médecine générale (DRMG) a été formé dans chaque région administrative. Il regroupe tous les médecins de famille de la région qui reçoivent une rémunération de la RAMQ, quel que soit leur lieu de pratique. Le DRMG remplit les huit fonctions suivantes auprès des centres intégrés (ou des établissements non fusionnés) :

- formuler des recommandations sur le nombre de médecins de famille 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 les centres intégrés sur les nouveaux projets de services de première ligne;
- assumer toute autre fonction attribuée par les centres intégrés pour l'organisation des services de première ligne.

Sous l'autorité d'un chef de département élu par tous les médecins de famille de la région, 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 deux à neuf autres membres (selon le profil de la région) qui représentent les divers profils de pratique des médecins de famille du territoire. Le président-directeur général du centre intégré, ou un médecin désigné par ce dernier, siège également au comité. Un médecin de famille est désigné par et parmi les membres du DRMG qui exercent sur le territoire d'un centre intégré pour siéger au conseil d'administration du centre intégré.

La table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée

De formation plus récente, cette instance se veut l'équivalent des DRMG pour les soins spécialisés. Cette table est composée de tous les médecins spécialistes qui, dans un centre intégré, agissent à titre de chefs de département (LSSSS, art. 417.10; LMRSSS, art. 46). Dans le cadre des pouvoirs confiés aux centres intégrés et dans le respect des responsabilités de ces établissements, la table exerce les huit fonctions suivantes :

- faire des recommandations sur la partie des plans d'effectifs régionaux la concernant et assurer la mise en place des plans approuvés par le ministre et décidés par les centres intégrés;
- proposer un plan d'organisation, divisé par spécialité et précisant pour chaque centre intégré les soins spécialisés susceptibles de répondre le mieux aux besoins de la population (incluant les services spécialisés dispensés en cabinet privé) et assurer la mise en application de la décision relative à ce plan;
- proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés pouvant inclure notamment la prise en charge de la clientèle régionale, la garde

régionale et la conclusion d'ententes interétablissements et assurer la mise en place de la décision des centres intégrés relative à ce réseau;

- évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan d'organisation et au plan d'effectifs;
- donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés, les équipements nécessaires et la télémédecine;
- donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;
- donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposés par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS);
- réaliser toute autre fonction que lui confie le président-directeur général du centre intégré relativement aux services médicaux spécialisés.

La table est administrée par un comité directeur formé de la façon suivante : trois membres élus par leurs collègues et provenant de trois domaines cliniques différents (parmi ceux qui sont spécifiés dans la loi) nomment à leur tour cinq à sept autres membres. Le PDG du centre intégré, ou un médecin désigné par ce dernier, siège également au comité. S'il y a une faculté de médecine sur le territoire d'une région, un membre nommé par le doyen doit s'ajouter au comité, ainsi qu'un résident en médecine à titre d'observateur. Un spécialiste est désigné par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)[4] pour siéger au conseil d'administration du centre intégré.

La médecine universitaire

En 2002, le MSSS annonçait la création de quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Les RUIS doivent assurer 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, 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.

[4] Comparer art. 397 (2) LSSSS et art. 9 (2) et 10 (2) LMRSSS.

La répartition et l'engagement des médecins

De la fin des années 1980 au début des années 2000, diverses modifications législatives ont été apportées concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins. Ainsi, les demandes des médecins qui souhaitent exercer dans un établissement sont maintenant examinées en fonction des plans d'effectifs médicaux (PEM). Ces plans permettent de déterminer le statut et le volume d'activités des médecins qui exercent en établissement, et ils sont révisés au moins à tous les trois ans. D'autres déterminent le lieu d'exercice des médecins dans une région (plans régionaux d'effectifs médicaux ou PREM).

Pour les médecins de famille, des activités médicales particulières (AMP) sont prévues par la LSSSS et négociées entre le MSSS et la FMOQ, la dernière entente datant de 2015[5]. Le DRMG est chargé de faire le suivi auprès des médecins pour s'assurer qu'ils s'y conforment. Il y a six catégories d'AMP : (1) l'urgence; (2) l'inscription et le suivi en première ligne; (3) l'hospitalisation; (4) l'obstétrique; (5) la garde en disponibilité pour CHSLD, CR ou maintien à domicile et (6) toute autre activité autorisée par le ministre. L'AMP (1) est prioritaire et doit être comblée pour que les AMP (2) à (5) soient privilégiées, puis enfin l'AMP (6) lorsque les autres besoins sont comblés. Les médecins de 15 ans et moins de pratique doivent effectuer un minimum de 12 heures/semaine à la suite d'une adhésion auprès du DRMG. Une réduction de la rémunération peut être imposée si le médecin ne se conforme pas aux AMP ou n'y adhère pas[6].

La révision périodique des engagements des médecins relativement aux PREM et aux AMP est censée permettre d'assurer partout la disponibilité des services médicaux jugés prioritaires.

2.3.3 La collaboration interprofessionnelle

Au cours des dernières années, le travail interdisciplinaire a aussi été considéré comme un moyen à privilégier pour préserver l'accessibilité et la qualité des services médicaux malgré des effectifs restreints. La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, adoptée en juin 2002, a redéfini les champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé physique et dessiné un partage d'activités réservées aux professionnels des ordres visés.

Le même modèle a servi de base pour proposer une réforme dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, via l'adoption en 2009 de la *Loi*

---

5 Régie de l'assurance maladie du Québec, *Infolettre #115 : Remplacement de l'entente particulière sur les activités médicales particulières,* 31 août 2015.

6 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2017). *Les activités médicales particulières*, 2017. [Présentation Powerpoint]

modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

Le diagnostic des maladies et la détermination du traitement médical demeurent des activités réservées aux médecins. Toutefois, certaines maladies pourront être diagnostiquées par les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) lorsque les modifications prévues à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* seront en vigueur.

D'autres activités, comme l'utilisation de techniques et l'application de traitements pouvant causer des préjudices, sont partagées avec un ou plusieurs professionnels habilités à le faire, dont certaines à la suite d'une ordonnance médicale, individuelle ou collective. Ces activités sont clairement définies dans le *Code des professions* ou les lois particulières touchant les ordres professionnels concernés. Voici quelques exemples :

1. Les pharmaciens

La *Loi modifiant la Loi sur la* pharmacie, adoptée par le gouvernement du Québec en 2011, est venue ajouter aux activités réservées aux pharmaciens les activités suivantes :

- la prolongation d'une ordonnance pour une période déterminée;
- l'ajustement d'une ordonnance;
- la substitution d'un médicament à celui prescrit en cas de rupture d'approvisionnement complète au Québec de celui-ci;
- l'administration d'un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié;
- la prescription de certains médicaments lorsqu'aucun diagnostic n'est requis; et
- pour un pharmacien exerçant dans un centre exploité par un établissement de santé et de services sociaux, la prescription et l'interprétation d'analyses de laboratoire.

De plus, le nouveau *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien*, en vigueur depuis 2013, a permis de déterminer, parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les médecins, celles qui peuvent être exercées par un pharmacien. En vertu de ce règlement, les pharmaciens peuvent prescrire un médicament pour certaines conditions mineures ainsi que certaines analyses de laboratoire, selon les conditions et modalités qui y sont décrites.

2. **Les infirmières (le terme « infirmière », partout où il se trouve dans le présent document, désigne l'infirmière ou l'infirmier)**

Le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* permet aux infirmières, selon certaines conditions, de prescrire des analyses, des produits, des médicaments et des pansements :

- dans le cadre du Programme national de santé publique;
- dans le cadre de l'activité qui lui est réservée de déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et de prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
- dans les cas de problèmes de santé courants.

Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) peuvent également, depuis 2018, exercer certaines activités médicales que peuvent exercer les médecins. Elles peuvent, aux conditions et modalités prescrites dans le règlement :

- prescrire des examens diagnostiques;
- utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- prescrire des médicaments et d'autres substances;
- prescrire des traitements médicaux;
- utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Par ailleurs, de nouvelles perspectives de collaboration avec les IPS sont à prévoir puisque les activités médicales de celles-ci ne seront plus encadrées par la *Loi médicale* et ses règlements. L'encadrement réglementaire de leurs rôles et de leurs conditions d'exercice sera dorénavant sous la responsabilité de leur ordre professionnel.

Ces changements législatifs et réglementaires feront en sorte que les IPS pourront diagnostiquer certaines maladies.

3. Les inhalothérapeutes

En vertu du *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*, mis à jour en 2018, un inhalothérapeute, selon certaines conditions et modalités, est autorisé à :

- évaluer la condition cardiorespiratoire d'une personne symptomatique;
- dans le cadre du Programme national de santé publique pris en application de la *Loi sur la santé publique*, prescrire un médicament pour la cessation tabagique, sauf la varenicline et le bupropion;
- effectuer la ponction artérielle radiale, selon une ordonnance individuelle;
- opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle, selon une ordonnance; opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'autotransfusion, selon une ordonnance; exercer une surveillance clinique de la condition des personnes reliées à un équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle; exercer une surveillance clinique de la condition des personnes reliées à un équipement d'autotransfusion.

4. Les diététistes

Depuis 2018, le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par des diététistes* permet à ces derniers, lorsqu'une ordonnance indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie, dans le cadre de la détermination du plan de traitement nutritionnel, de prescrire à un patient :

- des formules nutritives, des vitamines et des minéraux afin d'assurer l'atteinte des besoins nutritionnels;
- le matériel d'alimentation entérale nécessaire au plan de traitement nutritionnel;
- la solution d'enzymes pancréatiques servant à rétablir la fonctionnalité du tube d'alimentation.

De plus, les diététistes peuvent administrer, selon une ordonnance, des médicaments ou d'autres substances, par voie orale ou entérale, dans le cadre de la détermination du plan de traitement nutritionnel ainsi que lors de la surveillance de l'état nutritionnel du patient dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé. Ils doivent alors communiquer, au médecin traitant ou aux professionnels concernés qui assurent le suivi de l'état du patient, le nom des formules nutritives, des vitamines et des minéraux et de la solution d'enzymes pancréatiques qu'ils ont prescrits.

Finalement les diététistes peuvent procéder au retrait définitif d'un tube d'alimentation en vertu d'une ordonnance.

5. Étudiant en médecine / Résident / Moniteur

Mentionnons qu'il existe un règlement autorisant un étudiant en médecine, un résident ou un moniteur à exercer des activités professionnelles réservées aux médecins sous l'autorité de personnes compétentes et dans le respect des règles qui s'appliquent aux médecins, dont celles portant sur la déontologie, la délivrance d'une ordonnance et la tenue des dossiers, des cabinets ou des bureaux de médecins. On entend par :

> 1° **étudiant en médecine :** toute personne inscrite dans un programme d'études conduisant à l'obtention d'un diplôme de médecine, ainsi que toute personne inscrite dans un tel programme d'études, mais dans le cadre d'un programme d'accueil ou d'échanges approuvé par la faculté de médecine ou les autorités gouvernementales. L'étudiant doit détenir une immatriculation du Collège des médecins;
>
> 2° **moniteur** : toute personne qui effectue des stages de perfectionnement à l'intérieur d'un programme universitaire, dans le domaine clinique ou de la recherche, dans le cadre d'un programme d'accueil ou d'échanges approuvé par une faculté de médecine québécoise ou les autorités gouvernementales. Le moniteur doit être immatriculé et détenir une carte de stages du Collège des médecins;
>
> 3° **résident** : le titulaire d'un diplôme de médecine ou le candidat à qui le Collège a reconnu une équivalence du diplôme et qui, étant inscrit dans un programme universitaire de formation postdoctorale, effectue des stages de formation dans le cadre de ce programme. Le résident doit être immatriculé et détenir une carte de stages du Collège des médecins.

2.4 En somme

Le système de santé et de services sociaux est une organisation imposante et complexe. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé[7], le total des dépenses de santé au Québec était estimé à environ 46,3 milliards de dollars en 2014, ce qui représente 12,2 % du PIB et 21,5 % des dépenses du secteur au Canada. Par ailleurs, à cette date, le secteur des soins de santé et de services sociaux fournissait de l'emploi à plus de 549 800 personnes au Québec.

Notons que 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.

[7] Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015 : rapport*, 2015.

3. L'exercice professionnel des médecins

3.1 L'exercice en établissement

La pratique médicale en établissement constitue une part considérable de l'activité clinique des médecins du Québec. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : la complexité des problèmes 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 disposition de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), tout médecin de famille 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, art. 360 et 361). Un médecin qui ne prendrait pas cet engagement pourrait se voir imposer une baisse de rémunération. 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 (LSSSS, art. 361.1). Les modalités de participation d'un médecin aux AMP sont précisées par entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ou la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), selon le cas.

Les établissements de santé au Québec (au sens de la LSSSS) 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* (LSSSS) et le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (ROAE) en découlant;
- le *Code des professions* et les divers règlements en découlant, dont le *Code de déontologie des médecins*;
- la *Loi médicale* et les règlements en découlant;
- la *Loi sur l'assurance maladie* (LAM) et les ententes conclues avec les fédérations médicales en conformité avec cette loi;
- la *Loi concernant les soins de fin de vie*.

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 (LSSSS, art. 236), ni 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 (LAM, art. 19). Le résident en médecine est considéré, quant à lui, comme un employé de l'établissement et, à ce titre, il est assujetti à ces lois, même si, à titre de docteur en médecine, il conserve son indépendance professionnelle et est soumis au *Code de déontologie des médecins* du Québec.

Le médecin est donc un professionnel autonome, et les ententes conclues entre le 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 (*Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*, art. 7.04). Les établissements doivent respecter cette autonomie professionnelle, dans le cadre de leur mission et de leurs ressources (*Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*, 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 en connaître les structures, l'organisation interne des établissements et les éléments qui encadrent encore plus spécifiquement la pratique médicale.

3.1.1 Les établissements

Depuis 1991, 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 sont, depuis 2015, les centres intégrés (CISSS et CIUSSS) ainsi que les établissements non fusionnés. « Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires 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, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu [...] » (LSSSS, 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 par la loi et dans une entente avec le MSSS (LMRSSS, Annexe I)[8].

La notion de centre réfère à une mission d'établissement, et non à un lieu physique pour lequel on utilise plutôt le terme installation. Chaque type de centre a une mission spécifique, qui définit et limite la nature des services qui y sont offerts (LSSSS, art. 79 à 93; voir également 2.3.1 L'organisation générale).

Les cabinets privés de médecins ne sont pas des établissements au sens de la loi (LSSSS, art. 95). Ils comptent toutefois au nombre des partenaires avec lesquels les centres intégrés peuvent conclure des ententes pour mieux répondre aux besoins de la population. Un cadre juridique a d'ailleurs été créé en 2006 visant à ce que le recours à des ressources extérieures aux établissements augmente l'accessibilité à certains services sans que la qualité de ces services ne soit compromise (voir également, dans 3.2.4 Divers modèles organisationnels, les paragraphes portant sur les centres médicaux spécialisés (CMS) et les cliniques médicales associées (CMA)) (LSSSS, art. 108).

3.1.2 L'organisation interne des établissements

Chaque établissement doit établir son propre plan d'organisation, mais tous les établissements possèdent une structure organisationnelle semblable, qui comprend notamment : un conseil d'administration, un président-directeur général, du personnel-cadre (dont le directeur des services professionnels - DSP), un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), un conseil des

[8] L'article 55 de la loi prévoit quant à lui une « entente de gestion et d'imputabilité », qui contient « une définition de la mission de l'établissement, les objectifs visés pour la durée de l'entente et les principaux indicateurs qui permettront de rendre compte des résultats atteints ».

infirmières et des infirmiers, un conseil multidisciplinaire, un comité des usagers et un conseil des sages-femmes, le cas échéant. Chacune de ces instances exerce ses fonctions dans l'ensemble des centres exploités par l'établissement.

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration des centres intégrés est composé des personnes suivantes (LMRSSS, art. 9) :

> 1° un médecin omnipraticien qui exerce sa profession sur le territoire du centre intégré, désigné par et parmi les membres du département régional de médecine générale;
>
> 2° un médecin spécialiste désigné par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
>
> 3° un pharmacien d'établissement désigné par et parmi les membres du comité régional sur les services pharmaceutiques;
>
> 4° une personne désignée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement;
>
> 5° une personne désignée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire de l'établissement;
>
> 6° une personne désignée par et parmi les membres du comité des usagers de l'établissement;
>
> 7° une personne nommée par le ministre, à partir d'une liste de noms fournie par les organismes représentatifs du milieu de l'enseignement identifiés par celui-ci;
>
> 8° neuf personnes indépendantes nommées conformément aux dispositions des articles 15 et 16;
>
> 9° le président-directeur général de l'établissement, nommé par le gouvernement, sur recommandation du ministre, à partir d'une liste de noms fournie par les membres visés aux paragraphes 1° à 8°.

S'il s'agit d'un établissement non fusionné ou d'un centre intégré universitaire, le conseil d'administration est composé des personnes suivantes (LMRSSS, art. 10) :

> 1° un médecin omnipraticien qui exerce sa profession, selon le cas, dans la région où est situé l'établissement non fusionné ou sur le territoire du centre intégré, désigné par et parmi les membres du département régional de médecine générale;
>
> 2° un médecin spécialiste désigné par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
>
> 3° un pharmacien d'établissement désigné par et parmi les membres du comité régional sur les services pharmaceutiques;

4° une personne désignée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement;

5° une personne désignée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire de l'établissement;

6° une personne désignée par et parmi les membres du comité des usagers de l'établissement;

7° deux personnes nommées par le ministre, à partir d'une liste de noms fournie par les universités auxquelles est affilié l'établissement, le cas échéant;

8° dix personnes indépendantes nommées conformément aux dispositions des articles 15 et 16;

9° le président-directeur général de l'établissement, nommé par le gouvernement, sur recommandation du ministre, à partir d'une liste de noms fournie par les membres visés aux paragraphes 1° à 8°.

Le ministre désigne parmi les membres indépendants du conseil d'administration le président du conseil (LMRSSS, art. 22).

Les personnes indépendantes prévues au paragraphe 8 sont nommées par le ministre selon leur profil de compétence, d'expertise ou d'expérience dans 9 domaines particuliers (LMRSSS, art. 15), soit (1) en gouvernance ou éthique; (2) en gestion des risques, finance et comptabilité; (3) en ressources immobilières, informationnelles ou humaines; (4) en vérification, performance ou gestion de la qualité; (5) expertise dans les organismes communautaires; (6) en protection de la jeunesse; (7) en réadaptation; (8) en santé mentale et (9) expérience vécue à titre d'usager des services sociaux. Un ou plusieurs comités d'experts peuvent être mis sur pied pour recommander des nominations au ministre.

Les personnes indépendantes sont définies de la manière suivante à l'article 131 de la LSSSS (tel que modifié successivement en 2011, puis en 2015) : « si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement. »

Depuis 2011, les conseils d'établissement ont le devoir de former un comité de gouvernance et d'éthique, un comité de vérification, ainsi qu'un comité de vigilance et de la qualité (LSSSS, art. 181 à 181.0.3). Le comité de gouvernance et d'éthique a la charge d'établir des règles de gouvernance, un code d'éthique et de déontologie pour les membres du conseil d'administration, les profils de compétence et d'expérience pour les membres indépendants, des critères d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et un programme d'accueil et de formation pour les membres du conseil. Le comité de vérification s'assure quant à lui de l'utilisation optimale des ressources, de l'implantation d'un

processus de gestion des risques, de la bonne situation financière, d'examiner les états financiers et de recommander leur approbation et de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient adéquats et efficaces. Enfin, le comité de vigilance et de la qualité est chargé de s'assurer auprès du conseil d'administration du suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers et coordonner et assurer le suivi des recommandations.

Le plan d'organisation

« Tout établissement doit préparer un plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique. Ce plan décrit les structures administratives de l'établissement, ses directions, services et départements ainsi que les programmes cliniques. » (LSSSS, art. 183 al. 1).

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 (LSSSS, art. 183);
- prévoir un comité de gestion des risques chargé d'identifier, d'analyser et de prévenir les risques d'incident ou d'accident de soins (incluant les infections nosocomiales) ainsi que de s'assurer qu'un soutien est apporté aux victimes et à leurs proches (LSSSS, art.183.1 à 183.4);
- prévoir les départements requis par la loi (LSSSS, art. 185);
- prévoir un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques, le ministre pouvant déterminer les renseignements devant être collectés pour assurer une gestion uniforme (LSSSS, art. 185.1);
- identifier un responsable du mécanisme de gestion de l'accès qui, sous l'autorité du DSP, voit à ce que chaque chef de département clinique assure le bon fonctionnement du mécanisme et offre aux usagers les mesures de rechange prévues par le mécanisme (LSSSS, art. 185.1);
- 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 (LSSSS, art. 186);
- comporter une partie qui traite de l'effectif médical en médecine de famille et une partie qui traite des effectifs médicaux en spécialité. Chacune de ces parties doit respectivement indiquer le nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes, par spécialité, pouvant exercer leur profession dans chacun des départements et services. Une fois approuvées par le

ministre de la Santé et des Services sociaux, ces parties du plan d'organisation constituent le plan des effectifs médicaux de l'établissement (LSSSS, 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.

Le plan d'organisation doit être révisé tous les trois ans (LSSSS, art. 186 al. 8).

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. Sous l'autorité du président-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 » (LSSSS, 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.

Les fonctions du directeur des services professionnels (LSSSS, 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.
7. Remplir les obligations prévues au *Code civil* et à la *Loi sur le curateur public*, en matière de régimes de protection des personnes inaptes et de mandat de protection.

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 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 et la qualité du réseau.

3.1.3 L'organisation médicoadministrative

L'organisation médicoadministrative d'un établissement est constituée du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (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 (CMDP)

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

Les responsabilités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (LSSSS, 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 doivent 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 efficients aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement. » (LSSSS, art. 214). Il doit faire un rapport annuel de ses activités au conseil d'administration.

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 président-directeur général de l'établissement en lui donnant des avis sur les aspects administratifs de diverses questions (voir l'encadré ci-dessous) touchant l'organisation et la prestation des soins.

Les questions sur lesquelles le CMDP donne son avis au président-directeur général (LSSSS, 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. » (LSSSS, art. 216)

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 (ROAE, art. 97 et 106; LSSSS, art. 46 et 48).

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 (ROAE, art. 98). Il est formé d'au moins cinq médecins, dentistes et pharmaciens désignés par le CMDP,

du président-directeur général de l'établissement et du DSP ou, lorsqu'aucun DSP n'est nommé, du médecin que le directeur désigne (LSSSS, art. 217).

Le **comité d'examen des titres** est chargé d'étudier les demandes de nomination des médecins, des dentistes et des pharmaciens, et de recommander au comité exécutif l'attribution d'un statut et de privilèges ainsi que leur renouvellement ou non tous les deux ans. Il est aussi responsable de constituer et de maintenir un dossier professionnel pour chaque membre du CMDP (ROAE, art. 100).

Le **comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique** procède à l'évaluation de la qualité des soins et fait des recommandations au comité exécutif à cet égard. Plus précisément, il veille à ce que le contenu des dossiers des patients soit conforme aux divers règlements, il juge de la qualité et de la pertinence des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques fournis aux usagers, il étudie les diagnostics préopératoires et postopératoires, ainsi que les cas d'interventions chirurgicales où il n'y a pas eu d'exérèse et il examine les dossiers de patients ayant présenté des complications et les cas de décès survenus dans le centre hospitalier. Il révise également périodiquement le traitement prescrit pour les infections nosocomiales et les affections les plus fréquentes dans le centre (ROAE, art. 103). Le CMDP doit, en collaboration avec le conseil des infirmières et infirmiers, adopter des protocoles cliniques quant à la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir (*Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 33). Le médecin qui administre l'une ou l'autre de ces procédures doit en informer le CMDP dans les 10 jours de l'administration. Le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique sera alors chargé d'évaluer les soins fournis au regard des protocoles applicables (*Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 34)[9].

Le **comité de pharmacologie** veille à la bonne utilisation des médicaments dans l'établissement et fait des recommandations au comité exécutif en ce sens. Plus précisément, il s'assure de la mise en place de mécanismes de contrôle, entre autres des études rétrospectives de dossiers, notamment pour les dossiers des patients ayant présenté des réactions nocives ou des allergies. Il conseille le chef du département quant à la sélection des médicaments qui seront prescrits dans l'établissement et quant aux règles concernant leur utilisation. Il évalue également les demandes d'utilisation de médicaments à des fins de recherche ou dans des situations de nécessité médicale particulière (ROAE, art. 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. Le cas échéant, ce comité suit la procédure prévue pour l'étude des plaintes concernant

[9] Si de tels soins sont administrés par un médecin à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs, il doit informer directement le Collège des médecins dans les 10 jours de l'administration (*Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 36).

les médecins, dentistes et pharmaciens. Essentiellement, le comité de discipline entend 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 (ROAE, art. 106 à 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 confidentiels. Par conséquent, nul ne peut en prendre connaissance, sauf les personnes dûment autorisées (LSSSS, art. 218).

Les départements cliniques

Le plan d'organisation d'un établissement, en plus de décrire les départements, les services et les programmes cliniques, doit prévoir leur formation (LSSSS, art. 183 et 184).

« Le plan d'organisation d'un centre hospitalier exploité par un établissement public [un centre intégré ou un établissement non fusionné] doit prévoir les départements suivants :

1° anesthésie;
2° chirurgie;
3° gynécologie-obstétrique;
4° imagerie médicale;
5° médecine générale;
6° médecine spécialisée;
7° médecine d'urgence;
8° pédiatrie;
9° pharmacie;
10° psychiatrie.

Le ministre détermine les établissements publics qui doivent prévoir un département clinique de médecine de laboratoire, un département clinique de médecine dentaire ou un département clinique de santé publique dans leur plan d'organisation.

Le département clinique d'imagerie médicale doit regrouper les services de radiologie et de médecine nucléaire et le département clinique de médecine de laboratoire doit regrouper les services de laboratoire en hématologie, en biochimie, en pathologie, en microbiologie et en génétique. Le département clinique de médecine spécialisée doit comprendre le service de radio-oncologie, le

service d'oncologie médicale et les activités cliniques d'hématologie ainsi que de microbiologie et maladies infectieuses.

Le ministre peut autoriser un établissement à déroger au présent article. » (LSSSS, art. 185).

Un programme clinique englobe généralement un ensemble d'activités multidisciplinaires centrées sur une clientèle définie ou un problème de santé particulier, comme un programme de soins palliatifs, un programme des maladies pulmonaires et un programme de maintien à domicile. À noter que 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 (LSSSS, 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 (LSSSS, 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 (ROAE, art. 78.1 à 81).

Toutes les activités médicales exercées dans les établissements sont donc encadrées, que ce soit par les départements et leurs services dans un centre hospitalier, ou par le service médical dans les autres types de centres. D'où l'importance que l'on doit accorder au rôle de chef de département.

Le chef de département clinique

« Tout département clinique formé dans un centre hospitalier est dirigé par un chef qui doit être un médecin, un dentiste ou un pharmacien, sauf le département clinique de médecine de laboratoire dont le chef peut être un biochimiste clinique. » (LSSSS, art. 188). Le chef dirige les activités de tous les médecins de son département, sous l'autorité du DSP (LSSSS, 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 (LSSSS, 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 à la page suivante). Le législateur a également confié au chef de département la fonction de 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 Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec (LSSSS, art. 190 (1.1)).

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

Sous l'autorité du DSP (LSSSS, art. 189) :

1. Coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités professionnelles des médecins de son département.
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 et s'assurer du respect du fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès.
4. Dans le cas du chef du département clinique d'imagerie médicale, du chef du département clinique de médecine de laboratoire 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.
8. Dans l'éventualité où une sanction administrative est imposée, informer le conseil d'administration de la nature et des motifs ayant justifié celle-ci.

Sous l'autorité du CMDP (LSSSS, 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.

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

La nomination

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

Étapes menant à la nomination d'un médecin dans un établissement (LSSSS, art. 237 à 248)

1. Le médecin doit adresser un formulaire de demande de nomination au président-directeur général de l'établissement.
2. Le président-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 et le DSP doivent être consultés sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges.
5. Le CMDP fait une recommandation au président-directeur général, qui doit obtenir un avis du DSP avant de transmettre le dossier au conseil d'administration.
6. Le conseil d'administration vérifie si la nomination respecte le plan d'organisation de l'établissement et le plan d'effectifs médicaux (PEM).
7. Le conseil d'administration accepte ou refuse la demande de nomination. Il signifie par écrit sa décision au médecin et la motive.

8. 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 (LSSSS, 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 du ministre. Celui-ci s'assure que le plan des effectifs médicaux de l'établissement, approuvé par lui, ainsi que les orientations ministérielles relatives à la gestion des effectifs médicaux, permettent d'accorder cette nomination. Une nomination accordée alors que le plan des effectifs est atteint est nulle de nullité absolue, sauf en cas d'urgence ou de remplacement temporaire (LSSSS, art. 239 à 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 président-directeur général. Tout refus de nomination doit être motivé par écrit (LSSSS, art. 241)[10]. 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 dans les 60 jours de la décision (LSSSS, art. 252).

Le statut d'un médecin détermine son appartenance au CMDP et sa participation (membre actif, associé, conseil ou honoraire). Un statut est accordé à un médecin, à un dentiste ou à un pharmacien en fonction de l'importance de ses activités pour l'établissement (ROAE, art. 87 à 96). Les privilèges sont accordés à un médecin ou à un dentiste en fonction de l'organisation du centre hospitalier et de son plan d'effectifs. Les privilèges déterminent la nature et le champ des activités médicales qu'un médecin peut exercer dans un département (ROAE, art. 86).

[10] Si la décision n'est pas rendue dans ce délai, elle peut être considérée comme défavorable et le médecin peut faire appel au Tribunal administratif du Québec dans un délai de 60 jours (LSSSS, art. 252 al. 2).

Les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges concernent la participation du médecin à des activités liées aux exigences du centre selon les recommandations du CMDP, notamment (LSSSS, 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 (LSSSS, art. 108 et 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 règlements

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

- les règlements de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
- les règlements du *Code des professions*, dont le *Code de déontologie des médecins* et le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*;
- le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin;*
- les règlements de l'établissement;
- les règlements du CMDP.

Les règlements du CMDP régissent le fonctionnement de ce conseil et la participation des membres à ses activités. Les règlements de l'établissement sont adoptés par le conseil d'administration. Ils ont trait généralement aux aspects administratifs des activités courantes 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 (LSSSS, art. 189).

Parmi les règles, certaines sont fondamentales pour la pratique médicale en établissement :

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 (LSSSS, art. 189, 191 et 192, 214 et 215).

Les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments — 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 sont généralement élaborées par le chef de département clinique, sous l'autorité du CMDP (LSSSS, art. 190). Le chef du département de pharmacie ou le pharmacien peut également, sous l'autorité du CMDP, élaborer des règles d'utilisation des médicaments (ROAE, art. 77). Lorsque ces règles visent les infirmières habilitées à exercer les activités médicales énumérées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, le directeur des soins infirmiers doit collaborer à leur élaboration (LSSSS, art. 207) et le conseil des infirmières et des infirmiers (CII) doit émettre une recommandation à leur égard (LSSSS, art. 192).

Elles entrent en vigueur après avoir été approuvées par le conseil d'administration, sur recommandation du CMDP (LSSSS, art. 189, 192 et 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 des règles uniques (LSSSS, art. 190). Il faut noter que certaines de ces règles pourraient ne viser que les infirmières praticiennes spécialisées.

Le non-respect des règlements

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

« Le conseil d'administration peut prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin ou d'un dentiste. 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. Elles peuvent consister à recommander au médecin ou au dentiste de faire un stage, de suivre un cours de perfectionnement ou les deux à la fois et, s'il y a lieu, à restreindre ou suspendre, en tout ou en partie, les privilèges de celui-ci jusqu'à la mise à jour de ses connaissances. Toute mesure disciplinaire prise à l'endroit d'un médecin ou d'un dentiste 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 [conditions de sa nomination]. L'imposition de mesures disciplinaires doit se faire selon la procédure prévue par règlement [...]. Le [président-]directeur

général doit communiquer à l'ordre professionnel concerné un exemplaire de la décision » (LSSSS, art. 249).

Lorsque le conseil d'administration décide d'appliquer une mesure disciplinaire à l'endroit d'un médecin, il doit transmettre sa décision à ce dernier, au comité exécutif du CMDP et au Collège des médecins. Il doit au préalable avoir permis au médecin de se faire entendre (ROAE, art. 109). Un médecin visé par une mesure disciplinaire peut en appeler de la décision auprès du Tribunal administratif du Québec dans les 60 jours de la décision (LSSSS, 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 » (LSSSS, 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 (LSSSS, art. 205).

La cessation d'exercice en établissement

La cessation d'exercice d'un médecin ne doit en aucun cas compromettre la qualité du suivi des patients, puisque tous les médecins sont tenus par leur code de déontologie d'assurer aux patients qu'ils ont examinés, investigués ou traités le suivi médical que requiert leur état (*Code de déontologie des médecins*, art. 32 et 35). Aussi, des dispositions ont été prévues pour encadrer 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 (LSSSS, art. 254). Le conseil peut toutefois autoriser le départ d'un médecin avant l'expiration du délai de 60 jours s'il juge que son départ n'a pas pour effet d'affecter la qualité ou la suffisance des services médicaux offerts à la population (LSSSS, 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 (LSSSS, 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.

Le conseil d'administration d'un établissement peut, lors d'une demande de nomination, refuser celle-ci au motif que le médecin a, au cours de trois années précédentes, omis de donner à ce conseil le préavis exigé par l'article 254 (LSSSS, art. 238).

Dans le cas d'un non-renouvellement de nomination décidé 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, et du respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges (LSSSS, art. 238). Le médecin peut contester cette décision auprès du Tribunal administratif du Québec (LSSSS, art. 252). Le conseil d'administration peut aussi refuser le renouvellement d'une nomination si celui-ci ne peut s'effectuer sans respecter les conditions d'attribution d'un statut déterminées par le gouvernement (LSSSS, art. 238 al. 4 et 506 (3)).

La rémunération

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.

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. Sauf s'il s'agit d'une mesure prévue par un règlement du gouvernement, aucune entente individuelle ne peut être conclue entre un médecin et un établissement concernant la rémunération pour la prestation de services assurés (LSSSS, art. 259, 259.1 et 505 (22); LAM, art. 19).

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 (LSSSS, art. 29 à 59). Une procédure particulière s'applique pour

l'examen de la plainte d'un usager concernant un médecin ou un résident en médecine (LSSSS, art. 41 à 59).

Après consultation du CMDP, le conseil d'administration doit nommer un médecin examinateur, exerçant ou non dans un centre exploité par l'établissement, chargé d'appliquer cette procédure. À noter que ce médecin peut également examiner une plainte formulée par toute autre personne qu'un usager (LSSSS, art. 44).

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

- examiner la plainte conformément à la LSSSS (art. 45 à 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 résident en médecine;
- 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 » (LSSSS, 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 ou verbalement, une demande de révision de sa plainte auprès du comité de révision (LSSSS, art. 53). Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration de l'instance locale. Le président du comité est nommé parmi les membres du conseil d'administration de l'instance locale qui ne sont pas à l'emploi de cette instance ou qui n'y exercent pas leur profession. Les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'un ou l'autre des établissements du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux dont la coordination des activités et des services est assurée par l'instance locale (LSSSS, 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. Le comité de discipline doit alors suivre la procédure prévue, soit entendre le professionnel concerné et faire rapport de son évaluation au CMDP. Lorsqu'il décide de

recommander l'application d'une mesure disciplinaire, le comité exécutif du CMDP transmet le dossier au conseil d'administration (ROAE, art. 106 à 109).

Si la plainte de l'usager porte sur des problèmes administratifs ou organisationnels qui impliquent des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques, elle doit être examinée par le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

3.1.6 Le médecin : un intervenant essentiel dans les établissements

Cette sous-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 de nombreuses exigences, 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 hors établissement

Classiquement, on distingue au Québec deux modes d'exercice de la médecine : la pratique en établissement et la pratique en cabinet. Toutefois, la frontière entre les cabinets et les établissements est devenue de plus en plus perméable, et ce, pour plusieurs raisons.

D'une part, les médecins de famille ne travaillent pas seulement dans leur cabinet : ils contribuent à la prestation de divers soins et services dans les établissements. D'autre part, des soins de plus en plus spécialisés migrent en dehors des établissements, vers des lieux de prestation qui ne sont plus de simples cabinets de médecins. Les nouveaux modèles organisationnels se multiplient depuis quelques années, se situant quelque part entre l'établissement et le cabinet, leur seul point commun étant que la prestation des soins se fait en dehors des établissements.

Dans les pages qui suivent, nous tenterons de présenter une vision d'ensemble de la médecine exercée en dehors des établissements publics au Québec et de proposer une interprétation cohérente de son évolution. Nous insisterons sur certains aspects qui, quel que soit le modèle organisationnel, nous semblent soulever des enjeux importants sur le plan de la qualité de l'exercice professionnel des médecins.

Face à ces enjeux, les lois et les règlements actuels n'offrent pas toujours les réponses claires qu'on pourrait espérer. Comme nous le verrons dans les prochaines pages, les exigences du *Code de déontologie des médecins* s'appliquent à tous les médecins, quel que soit le lieu d'exercice (voir *Les devoirs et les obligations des médecins*). Au fil des années, de nouvelles règles

administratives ont été adoptées relativement aux types d'associations possibles pour les médecins, à la publicité et aux dossiers par exemple. Ces règlements sont revus régulièrement et mis à jour afin de tenir compte de l'évolution du contexte dans lequel s'exerce la médecine. À titre d'exemple, le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* a été révisé en 2017 (en attente d'approbation par l'Office des professions) pour tenir compte notamment du virage vers les dossiers médicaux électroniques. En modifiant en 2006 et en 2009 certaines dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et de la *Loi sur l'assurance maladie* (LAM), le gouvernement québécois a créé et encadré le fonctionnement de deux entités nouvelles, les centres médicaux spécialisés (CMS) et les cliniques médicales associées (CMA). Plusieurs autres projets de loi sont venus également modifier l'organisation des soins de santé depuis.

Parmi toutes les exigences imposées en établissement, lesquelles sont toujours pertinentes dans le contexte hors établissement? Doit-on, par exemple, obtenir un consentement écrit avant toute intervention chirurgicale, la moindre technique effractive ou n'importe quel projet de recherche? L'exercice hors établissement soulève plusieurs questions inédites auxquelles le Collège tente de répondre, que ce soit dans le *Code de déontologie*, dans les règlements, dans des lignes directrices ou dans des guides d'exercice. Mais, on le verra dans ce texte, la vigilance des médecins est toujours de mise.

Concernant les aspects plus pratiques de l'exercice hors établissement, nous suggérons de consulter les documents publiés par les fédérations médicales (FMRQ, FMOQ et FMSQ) et les associations médicales (AMC, CMFC, CRMC). Les sites des trois fédérations médicales proposent plusieurs modules de formation destinés aux résidents en médecine, touchant le choix d'un lieu de pratique, les divers modes de rémunération possibles, la facturation, la planification financière et les assurances, les activités médicales particulières (AMP), les plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine de famille (PREM), les plans d'effectifs médicaux en médecine de famille et en spécialité (PEM). Pour plus de détails sur les nouveaux modèles organisationnels, il peut être utile de consulter le site du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et celui de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Toutefois, l'évolution étant extrêmement rapide à cet égard, la seule façon de s'y retrouver est souvent de suivre l'actualité.

3.2.1 L'exercice hors établissement et le système de soins

On oppose souvent l'exercice en établissement et l'exercice hors établissement comme si ces deux types d'exercice de la médecine étaient complètement différents. En effet, selon les termes de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les cabinets privés de médecins ne sont pas des établissements (LSSSS, art. 95). Les soins qui y sont offerts constituent néanmoins une partie essentielle du système de santé. La plupart des services médicaux offerts hors

établissement sont en fait des soins couverts par le régime d'assurance maladie parce qu'ils sont médicalement requis. Souvent, ils sont requis préalablement ou à la suite de soins prodigués dans les établissements du réseau public; ce qui fait des cabinets, et plus largement des ressources autres que les établissements publics, des partenaires incontournables du système de soins au Québec. De plus en plus, ces ressources sont perçues comme des partenaires avec lesquels les établissements du réseau concluent des ententes pour mieux répondre aux besoins croissants de la population.

L'exercice en cabinet

Au cours des dernières décennies, la position des médecins qui exercent hors établissement a considérablement changé relativement au système de soins. Par rapport à l'exercice en établissement, l'exercice en cabinet est toujours considéré comme un mode de pratique qui offre plusieurs avantages tant pour la clientèle que pour le médecin : une accessibilité théoriquement accrue, un contact avec le patient plus direct et des formalités administratives simplifiées, entre autres choses. Le médecin y jouit d'une plus grande liberté professionnelle et participe activement à la gestion de nombreux aspects de sa pratique : prise de rendez-vous, tenue des dossiers, horaire de travail, gestion du personnel et organisation matérielle du cabinet, sans oublier la qualité des équipements et des services professionnels.

Cependant, on sait que l'exercice en cabinet comporte aussi certains inconvénients. Tout d'abord, les frais de gestion peuvent être relativement importants. 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, on a prévu une rémunération différentielle pour les actes selon qu'ils sont posés dans les établissements ou dans les cabinets. Dans certains modes organisationnels, comme les groupes de médecine de famille (GMF) et les super-cliniques, un soutien supplémentaire est accordé pour les tâches administratives, qui requièrent du temps, et pour le soutien technologique. En cabinet, ce support est généralement plus restreint, surtout pour les médecins qui exercent seuls, ce qui réduit la gamme des services qu'ils peuvent offrir.

En général, les services de base en médecine de famille en cabinet comprennent 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 par exemple le permettent, des services de laboratoire, d'imagerie 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. Soulignons que de plus en plus de cliniques joignent aux compétences des médecins celles d'autres professionnels de la santé, notamment dans les domaines de la nutrition, de la psychologie, du

travail social et de la physiothérapie. Le cadre de gestion des GMF et des super-cliniques prévoit spécifiquement du financement afin d'actualiser une étroite collaboration entre les médecins de famille et d'autres professionnels de la santé.

Le réseautage des services de première ligne

Depuis les débuts de l'assurance maladie, plusieurs efforts ont été déployés pour intégrer davantage les cabinets de médecins dans le réseau public. L'une des initiatives les plus marquantes est sans nul doute la création des centres locaux de services communautaires (CLSC) à partir desquels des réseaux intégrés de services de première ligne ont été mis en place. L'objectif prioritaire était d'accroître l'accessibilité de ces services dans un territoire déterminé. Les cabinets qui adhèrent volontairement à ces réseaux doivent répondre à certains critères quant au type de services offerts, aux heures de disponibilité et, dans certains cas, ils participent à un système de garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, établi dans leur territoire pour les clientèles des services de maintien à domicile, avec la collaboration des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Les CISSS et les CIUSSS ont en effet l'obligation d'assumer la responsabilité populationnelle sur le territoire de leurs réseaux locaux de santé (RLS). Afin de couvrir l'ensemble des besoins de leurs populations, ils doivent notamment conclure des ententes avec les cliniques médicales et les GMF.

Les départements régionaux de médecine générale (DRMG), quant à eux, ont pour mandat, entre autres, de définir les besoins en services de première ligne dans leur territoire. Ils donnent des avis au ministère quant au respect des plans régionaux des effectifs médicaux (PREM) de leurs régions respectives et voient à ce que les médecins participent aux activités médicales particulières (AMP) jugées prioritaires dans leurs régions. Dans plusieurs régions du Québec, des tables locales conjointes des CISSS/CIUSSS et du DRMG sont en place pour veiller à ce que les cabinets privés travaillent de plus en plus en réseau avec les autres ressources et ainsi permettre l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services de médecine générale de la région.

Comme nous le verrons plus loin, d'autres modèles organisationnels, notamment les centres médicaux spécialisés (CMS) et les cliniques médicales associées (CMA), visent encore une fois à concrétiser la complémentarité souhaitée.

3.2.2 L'exercice hors établissement et le régime d'assurance maladie

Pour la plupart des actes qu'ils posent, la très grande majorité des médecins sont rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Il est toujours possible pour les médecins qui exercent hors établissement de ne pas participer au régime d'assurance maladie ou de se désengager. Mais ceux qui le font au Québec sont relativement peu nombreux, malgré une augmentation de leur nombre dans les dernières années.

Il est donc difficile de comprendre la situation actuelle et ses enjeux, sans avoir en tête les grandes lignes du régime d'assurance maladie québécois, tel qu'il fonctionne présentement. Pour ce rappel, nous nous sommes inspirés des informations présentées dans le site de la Régie de l'assurance maladie, auxquelles certaines précisions ont été apportées. La RAMQ est l'organisme qui administre les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments : elle informe la population, gère l'admissibilité des personnes, rémunère les professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, dentistes) et assure une circulation sécuritaire de l'information.

Les personnes assurées par le régime

Depuis le 1er novembre 1970, toute personne établie ou en séjour au Québec qui remplit les conditions prévues dans la loi est couverte par le régime d'assurance maladie. Pour avoir droit aux services de santé assurés, la personne doit présenter sa carte d'assurance maladie valide. Si elle n'a pas de carte d'assurance maladie sur elle ou si la carte est expirée, elle devra payer les services reçus et demander un remboursement à la RAMQ. Généralement, la personne provenant de l'extérieur du Canada, même si elle a la citoyenneté canadienne, a droit à l'assurance maladie du Québec après une période d'attente pouvant durer jusqu'à trois mois après son inscription. Cette période d'attente est aussi appelée « délai de carence ».

Toutefois, certains services de santé peuvent être rendus sans frais, vu la situation d'une personne. Il s'agit des services aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle; des services liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse; ou des services aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique. Le Québec a également signé des ententes de sécurité sociale avec certains pays, permettant aux personnes qui en sont originaires de ne pas être soumises au délai de carence.

Une personne venant d'une autre province pour s'établir au Québec est admissible au régime d'assurance maladie lorsqu'elle cesse d'être couverte par le régime de sa province d'origine. La couverture du régime québécois débute généralement le premier jour du troisième mois suivant le mois de l'arrivée au Québec. La personne reçoit sa carte d'assurance maladie dans les deux semaines suivant la date à partir de laquelle elle est assurée par le régime québécois. Pendant que la personne demeure couverte par le régime d'assurance maladie de sa province d'origine, elle doit présenter au médecin la carte d'assurance maladie de cette province si elle a besoin de soins au Québec. Le régime d'assurance maladie de sa province en assumera ainsi les coûts. Toutefois, si le médecin refuse cette carte, la personne doit payer elle-même le médecin, puis demander un remboursement à l'organisme administrant le régime de santé de sa province.

Les services couverts au Québec

Les personnes assurées peuvent bénéficier gratuitement des services couverts par le régime d'assurance maladie. En plus des services médicaux, le régime d'assurance maladie couvre une gamme d'autres services de santé qui répondent à des besoins plus particuliers, tels les services dentaires pour les enfants de moins de dix ans.

Concernant les services médicaux, le régime d'assurance maladie visait initialement à couvrir, quel que soit l'endroit où ils étaient rendus, les services nécessaires sur le plan médical et dispensés par un médecin, qu'il soit médecin de famille ou d'une autre spécialité. Les services visés étaient, entre autres, les examens, les consultations, les services diagnostiques, les actes thérapeutiques, les traitements psychiatriques, la chirurgie, la radiologie et l'anesthésiologie. Les systèmes de soins ayant subi plusieurs changements depuis, il n'est pas toujours facile de déterminer ce qui fait maintenant partie du « panier de services » couverts au Québec.

Depuis le début, les services de santé considérés par le régime non nécessaires sur le plan médical ne sont pas couverts, bien qu'ils soient rendus par des médecins. La carte d'assurance maladie ne peut être présentée pour en bénéficier, quel que soit le médecin qui les rend. La personne doit payer elle-même ces services. Les services dispensés à des fins purement esthétiques constituent l'exemple classique de ce type de services.

Certains services ne sont pas couverts, puisqu'ils ne sont pas liés à la prévention ou à la guérison d'une maladie. Par exemple, quand une personne voit un médecin et passe des examens dans le seul but d'obtenir un certificat relatif à son état de santé, elle peut devoir payer elle-même. De plus, bien que certaines exceptions puissent s'appliquer, les examens qui sont requis aux fins de la justice ne sont pas couverts.

La couverture de certains services peut varier selon le lieu. Certains services ne sont couverts qu'en établissement, par exemple. C'est notamment le cas de la plupart des services de laboratoire et de certains examens d'imagerie médicale comme la tomodensitométrie ou la résonnance magnétique. D'autres services sont non couverts s'ils sont dispensés par un spécialiste plutôt qu'un autre. Prenons l'exemple de l'échographie en cabinet, couverte si effectuée par un radiologue mais non couverte si effectuée par un cardiologue ou un urologue.

Certains services sont couverts sur autorisation spéciale seulement. Aucun service rendu pour des raisons d'esthétique n'étant couvert par le régime d'assurance maladie, il faut parfois qu'un médecin détermine si le service est demandé à des fins purement esthétiques ou s'il est nécessaire sur le plan médical. Les services pour lesquels une rencontre avec le médecin s'impose afin de savoir si la RAMQ

peut les couvrir sont, entre autres : la mammoplastie, la lipectomie abdominale, la blépharoplastie, l'électrolyse dans le cas d'hirsutisme, etc.

La couverture peut également s'avérer plus ou moins complète. Même si une personne présente sa carte d'assurance maladie afin de bénéficier de services de santé couverts, il se peut que certains frais lui soient facturés. Le terme « frais accessoires » fait d'ailleurs référence à des frais facturables aux patients pour certains services, même si ceux-ci découlent de services assurés. Mentionnons que, le 26 janvier 2017, le *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques* est entré en vigueur. Ce règlement interdit tous les frais accessoires sur les services assurés par la RAMQ. Le règlement prévoit une exception pour les frais de transport d'échantillons biologiques prélevés dans un cabinet privé ou dans un centre médical spécialisé, puisque les frais de transport ne sont pas couverts par la RAMQ. Des frais peuvent donc être exigés pour le transport de ces échantillons, une seule fois par prélèvement.

Les médecins participants, non participants ou désengagés

Aux termes de la *Loi de l'assurance maladie* (LAM), on distingue les professionnels de la santé autorisés à fournir des services assurés, selon qu'ils participent ou non au régime d'assurance maladie.

La plupart des médecins québécois participent au régime, c'est-à-dire qu'ils acceptent la carte d'assurance maladie. Ainsi, les personnes assurées n'ont généralement rien à débourser pour les services couverts. La RAMQ paie directement ces médecins dits « participants » pour les services rendus, conformément aux ententes négociées entre le gouvernement et les fédérations médicales (FMOQ, FMSQ).

Bien qu'ils soient peu nombreux, certains médecins, que l'on dit « désengagés », n'acceptent pas la carte, mais respectent les tarifs prévus aux ententes. Ils facturent leurs services aux patients, qui peuvent demander un remboursement à la RAMQ à l'aide du formulaire obtenu lors de la visite. Ces médecins sont évidemment tenus d'en informer à l'avance les personnes qui les consultent.

D'autres médecins, également peu nombreux, ne participent d'aucune manière au régime d'assurance maladie. On les dit « non participants » : ils facturent leurs services aux patients, et fixent eux-mêmes le montant des honoraires. Sauf exception, la RAMQ ne rembourse pas le coût des services rendus par ces médecins, même s'il s'agit de services couverts. Un médecin non participant qui a fourni un service assuré selon la Loi dans un cas d'urgence peut facturer à la RAMQ le montant des honoraires payables en vertu de l'entente. Les médecins non participants sont également tenus d'informer les personnes qui les consultent de leur situation, et ce, avant que les services ne soient rendus.

À moins d'avis contraire, tout médecin est réputé participant au régime d'assurance maladie. S'il opte pour le désengagement ou la non-participation, le médecin doit en aviser la RAMQ selon certaines modalités prévues dans les ententes. Le médecin désengagé ou non participant peut redevenir un médecin soumis à l'application de l'entente, à condition d'en faire la demande formelle. Il est donc toujours possible pour les médecins de ne pas participer au régime d'assurance maladie ou de se désengager. Par contre, plusieurs dispositions de la LAM ont pour effet d'empêcher que les médecins soient à la fois participants et non participants au régime (la « pratique mixte »). La RAMQ rend disponible la liste des professionnels de la santé qui sont désengagés ou qui ne participent pas au régime d'assurance maladie. Même s'il va en augmentant, le nombre de médecins concernés est relativement faible. Le gouvernement s'est d'ailleurs réservé le droit d'intervenir si le ministre estime ce nombre trop considérable pour que les services assurés puissent continuer à être rendus selon des conditions uniformes dans l'ensemble du Québec ou dans l'une de ses régions (LAM, art. 30).

Toutes les combinaisons de ces trois variables (les personnes assurées par le régime, les services couverts par le régime et les médecins participants ou non participants au régime) étant possibles, les situations peuvent différer considérablement en dehors des établissements. La plupart du temps, les médecins participant au régime offrent des services couverts à des personnes assurées. Mais un médecin participant peut également offrir des services non couverts. Ou encore, il peut offrir des services couverts, mais à des personnes non assurées. Une personne assurée peut également décider de consulter un médecin non participant pour recevoir des services qui seraient assurés si le médecin était participant. Et ainsi de suite.

Malgré cette diversité, les grands enjeux demeurent essentiellement les mêmes sur le plan de l'éthique professionnelle des médecins. Le médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus. Dès que certains frais sont facturables au patient, le médecin doit l'en aviser très clairement et en temps utile. Que le médecin soit participant ou non, qu'il s'agisse ou non d'une personne admissible ou de services assurés, la règle reste la même. D'ailleurs, si un patient se sent lésé et souhaite contester les honoraires facturés par son médecin, il peut s'informer et demander une conciliation de compte auprès de la Direction des enquêtes du Collège.

Accroissement des pouvoirs de la RAMQ

En décembre 2016, le gouvernement du Québec a adopté la *Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à encadrer les pratiques commerciales en matière de médicaments ainsi qu'à protéger l'accès aux services d'interruption volontaire de grossesse*. Celle-ci permet à la RAMQ de recouvrer d'un professionnel de la santé ou d'un tiers une somme illégalement obtenue d'une personne assurée, sans qu'une demande de remboursement ne lui

soit présentée au préalable. Des sanctions administratives pécuniaires sont applicables aux professionnels ou aux tiers ayant réclamé ou obtenu un paiement à l'encontre de la loi. Le recouvrement des sommes indûment payées se prescrit par cinq ans à compter du moment où les services assurés ont été reçus. En cas de fausse déclaration, il se prescrit par cinq ans à compter de la date où la RAMQ a eu connaissance du fait qu'une personne était inadmissible à recevoir ces services, mais au plus tard 10 ans après la réception des services.

La nouvelle loi permet également à la RAMQ de communiquer des renseignements obtenus pour l'exécution de la *Loi sur l'assurance maladie* à un corps de police ainsi qu'à certains ministères et organismes si ces renseignements sont nécessaires afin de prévenir, de détecter ou de réprimer une infraction à une loi applicable au Québec.

La RAMQ peut autoriser toute personne à agir comme inspecteur afin de vérifier l'application des dispositions de la loi adoptée par le gouvernement en 2016, de la *Loi sur l'assurance maladie*, de la *Loi sur l'assurance médicaments* et de leurs règlements. La personne qui agit comme inspecteur peut :

> 1° pénétrer, à toute heure raisonnable, dans tout endroit où un professionnel de la santé, un dispensateur, un fabricant de médicaments ou un grossiste en médicaments reconnu par le ministre ou un intermédiaire au sens de l'article 80.1 de la *Loi sur l'assurance médicaments* exerce ses fonctions ou ses activités;
>
> 2° exiger des personnes présentes tout renseignement relatif aux fonctions ou activités exercées par les personnes visées au paragraphe 1° ainsi que, pour examen ou reproduction, la communication de tout document s'y rapportant. Toute personne qui a la garde, la possession ou le contrôle des documents doit, sur demande, en donner communication à la personne qui procède à l'inspection et lui en faciliter l'examen. À noter qu'un inspecteur autorisé à agir par la RAMQ ne peut être poursuivi en justice en raison d'un acte accompli de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

En outre, la loi permet à la RAMQ d'exiger que les relevés d'honoraires ou les demandes de paiement des professionnels de la santé lui soient transmis uniquement sur support informatique.

3.2.3 La prestation de soins en dehors des établissements

Une fois l'exercice médical hors établissement mieux situé, par rapport au régime d'assurance maladie d'une part et par rapport au système de soins d'autre part, il devient plus facile de comprendre que cet exercice se soit greffé à divers modèles organisationnels. D'ailleurs, le type de système de soins qui prévaut au Canada et au Québec est souvent décrit comme un « système mixte », le financement du régime et la gestion du système étant essentiellement publics alors que la

prestation des soins, elle, est loin de se limiter à des établissements publics. Depuis le début, il a été établi que tous les établissements de santé devaient être gérés et financés publiquement au Canada et au Québec. Par contre, les modes de financement et de gestion ont toujours pu varier pour ce qui est des autres organisations assurant la prestation des soins.

Il est important de bien distinguer le financement des organisations assurant la prestation des soins, du financement des services eux-mêmes, qui est assumé ou non par le régime d'assurance maladie selon que la personne et le service sont couverts ou non et selon que le médecin est participant ou non. Depuis la création du régime d'assurance maladie au Québec, les principales sources de financement des organisations qui ne sont pas des établissements sont les honoraires professionnels réclamés par les médecins auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec, et leur gestion est le plus souvent assurée par ces professionnels. Mais le financement peut également provenir d'un autre organisme gouvernemental comme la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), d'un assureur privé ou d'honoraires et de frais facturés directement aux patients.

Lorsque les médecins adoptent certains modèles organisationnels plus nouveaux, au financement dit « privé » que nous venons de décrire s'ajoutent d'autres sources de financement, spécifiques à chaque modèle. Une subvention publique peut être consentie en retour d'un engagement à une offre de service définie. C'est le cas pour les GMF et les super-cliniques et c'est ce qui est prévu pour les CMA. Plusieurs combinaisons sont donc possibles, même si certaines demeurent pour le moment des phénomènes à peine émergents. À l'heure actuelle, on compte quelques projets de centres médicaux spécialisés (CMS). Mais ceux-ci posent déjà de nouveaux défis sur le plan du financement et de la gestion, puisqu'ils impliquent des investissements privés considérables, sans commune mesure avec ceux que nécessitaient jusqu'ici les cabinets de médecins.

3.2.4 Divers modèles organisationnels

Que ce soit pour développer les services médicaux offerts en dehors des établissements par des médecins exerçant seuls ou en groupe, ou pour favoriser leur intégration au réseau public, plusieurs formules ont été appliquées. Les modèles ayant connu un essor significatif dans les dernières années sont les groupes de médecine de famille (GMF), les super-cliniques, les centres médicaux spécialisés (CMS) et les cliniques médicales associées (CMA). Les coopératives de santé représentent un autre modèle organisationnel hors établissement. Ces divers modes d'organisation seront décrits sommairement dans ce qui suit.

Pratique en solo et pratique de groupe

Dans la pratique en solo, le médecin de famille ou le médecin exerçant une autre spécialité travaille seul dans son propre bureau ou individuellement au sein d'une

polyclinique privée. Une minorité de médecins optent maintenant pour ce type de pratique. C'est un modèle en perte de vitesse.

Dans la pratique en groupe, 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. Les médecins qui exercent en groupe doivent constituer un seul dossier médical par patient et par lieu d'exercice.

Les groupes de médecine de famille (GMF), les GMF universitaires (GMF-U) et les super-cliniques

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). 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. Il y a actuellement des GMF de petite et de grande taille. Depuis 2002, le GMF est le modèle préconisé pour l'organisation des soins et des services de santé de première ligne au Québec. Les premiers GMF sont apparus en novembre 2002. En novembre 2012, on comptait au Québec 250 GMF accrédités et, en 2017, 302 GMF reconnus par le Ministère.

Le GMF regroupe un nombre suffisant de médecins pour assurer l'équivalent de six à douze médecins de famille temps complet (ETC), qui s'engagent à accomplir des activités propres aux GMF : consultations avec rendez-vous, sans rendez-vous et soins à domicile. Ces médecins travaillent en groupe, en cabinet ou en CLSC. Un groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) est un GMF où les résidents en médecine de famille, les étudiants et les stagiaires dans différentes disciplines peuvent recevoir de la formation et être supervisés. Les médecins en GMF exercent en étroite collaboration interdisciplinaire avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé.

Reconnu comme une entité fonctionnelle, le GMF définit son offre de services, en accord avec l'offre de services attendue d'un GMF. Il bénéficie en retour du soutien du MSSS. Dans chaque GMF, un médecin est chargé de distribuer les tâches, d'attribuer les responsabilités aux membres du groupe et de gérer, avec le personnel qui lui est fourni, le budget qui lui est alloué.

Depuis le 16 novembre 2015, le nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille est en vigueur (remplace le Cadre de gestion GMF adopté en 2002).

Selon le nouveau programme, un GMF reconnu est :

- un GMF qui a été reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux : une lettre portant la signature du ministre atteste ladite reconnaissance;
- un GMF dont la reconnaissance est toujours en vigueur après évaluation lors de la révision annuelle.

La base du modèle demeure, soit l'inscription de patients à un médecin du groupe et une offre de services permettant aux patients inscrits de profiter de services accessibles. La structure élémentaire des GMF impose d'assurer aux patients inscrits un accès raisonnable en temps opportun, comme en témoigne l'ajout d'une mesure d'assiduité des patients vis-à-vis le GMF auprès duquel ils sont inscrits. L'inscription volontaire, gratuite et sans limite territoriale auprès d'un médecin membre du groupe est un élément fondamental de ce modèle d'organisation. Sur le plan administratif, la subvention sera accordée selon une échelle progressive qui tient compte du nombre pondéré de personnes inscrites auprès de l'ensemble des membres du GMF.

Les super-cliniques offrent les mêmes services qu'un GMF, mais elles doivent fournir des services de première ligne accrus pour les besoins semi-urgents et urgents simples. Elles ont par exemple l'obligation d'offrir des consultations aux patients sans médecin de famille ou inscrits dans un autre GMF et d'être ouvertes 7 jours sur 7, 12 heures par jour (sauf exception).

Les super-cliniques sont également des lieux où les services de prélèvements publics et les services d'imagerie sont disponibles sur place ou à proximité. De plus, l'accès aux services spécialisés y est facilité.

Les cliniques médicales associées et les centres médicaux spécialisés

Comme nous l'avons vu précédemment, un nouveau cadre juridique a été créé à la suite de la décision rendue en 2005 par la Cour suprême dans l'affaire *Chaoulli*. Ce cadre vise à ce que le recours à des ressources extérieures aux établissements augmente l'accessibilité à certains services spécialisés, et ce, sans que la qualité de ces services ne soit compromise.

Les centres médicaux spécialisés (CMS) ont été définis comme des lieux extérieurs aux établissements, où des médecins peuvent, à certaines conditions, offrir un certain nombre de services médicaux spécialisés spécifiés dans la loi ou par règlement, ces services ayant été jusqu'à maintenant fournis dans les établissements. Les conditions consistent en l'obtention d'un permis d'opération émis par le gouvernement, la nomination d'un directeur médical responsable d'assurer la qualité des services médicaux offerts et l'agrément par un organisme reconnu dans les trois ans suivant l'obtention du permis d'opération. Quant aux

services spécifiés dans la réglementation adoptée par la suite et appliquée depuis le 31 mars 2010, il s'agit pour le moment d'actes chirurgicaux qui ont été déterminés en fonction de la durée d'hébergement et du type d'anesthésie qu'ils requièrent, ainsi que des risques de préjudices qu'ils comportent. La loi reconnaît deux formes de CMS : le CMS où exercent exclusivement des médecins participants au régime d'assurance maladie du Québec et le CMS où exercent exclusivement des médecins non participants.

Les cliniques médicales associées (CMA) ont été définies comme des lieux, qui peuvent être des cliniques médicales spécialisées ou non ou des laboratoires, où des médecins participants au régime d'assurance maladie offrent certains services dans le cadre d'une entente d'association avec un établissement.

Les coopératives de santé

Un autre modèle d'organisation de services de santé s'est développé depuis le début des années 1940. Il y a maintenant au Québec plusieurs coopératives de santé mises en place par des citoyens, généralement dans des endroits où il y avait rareté ou risque de perte d'effectifs médicaux ou de services de santé. La formule repose sur le leadership de personnes engagées dans leur milieu, en collaboration avec des professionnels de la santé. Elles ont pour but de permettre à des membres d'une communauté de se regrouper pour répondre à leurs besoins en soins de santé.

En plus des services de médecine de famille, les coopératives de santé louent des locaux à d'autres professionnels (ex. : réadaptation, médecine alternative, pharmacologie et centre de conditionnement physique), initient des activités d'éducation populaire en santé et prévention (ex. : conférences sur le diabète), mettent sur pied des groupes d'incitation à l'activité physique (ex. : club de marche), en fonction des besoins particuliers de leur communauté.

3.2.5 Des enjeux communs sur le plan professionnel

L'encadrement de l'exercice médical ayant été conçu pour l'exercice en établissement d'une part et l'exercice en cabinet d'autre part, qu'advient-il de toutes ces situations où les médecins exercent leur profession dans des lieux qui ne sont ni des établissements ni des cabinets au sens classique du terme? La question se pose et il n'est pas nécessairement facile d'y répondre.

Certaines de ces situations nécessitent probablement un encadrement assez proche de celui qui, pour le même type d'actes médicaux, existe en établissement, et dont nous avons parlé précédemment. D'autres se rapprochent plutôt de l'exercice en cabinet.

Heureusement toutefois, certains repères demeurent constants. En quelque lieu qu'il exerce et quel que soit son type de pratique, le médecin demeure, en toutes

circonstances, un professionnel autonome responsable de ses actes. L'exercice de sa profession, en établissement, en cabinet ou ailleurs, est régi au Québec par le *Code des professions*, la *Loi médicale*, les règlements qui en découlent et le *Code de déontologie des médecins*. Le médecin a toujours les mêmes obligations déontologiques, que ce soit en matière de compétence, d'obligation de porter secours, de suivi, de respect du secret professionnel ou de son indépendance professionnelle. Certaines dispositions du *Code de déontologie* ont d'ailleurs été précisées et d'autres ajoutées pour mieux guider les médecins face à certaines situations plus préoccupantes. Il est notamment prévu que :

- le médecin ne peut faire preuve de « dirigisme », c'est-à-dire qu'il doit respecter le libre choix du patient de faire exécuter toute ordonnance là où il veut (art. 77);

- aux fins de préserver le secret professionnel, le médecin doit entre autres s'abstenir de tenir ou de participer, incluant dans des réseaux sociaux, à des conversations indiscrètes au sujet d'un patient ou des services qui lui sont rendus ou de révéler qu'une personne a fait appel à ses services (art. 20);

- 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 (art. 72);

- le médecin doit s'abstenir de rechercher ou d'obtenir un avantage financier par l'ordonnance d'appareils, d'examens ou de médicaments, à l'exception de ses honoraires, directement, indirectement ou par l'entremise d'une entreprise qu'il contrôle ou à laquelle il participe. Néanmoins, il peut retirer un profit de la vente ou de la commercialisation d'un appareil ou d'un examen qu'il prescrit et qu'il a développé ou pour lequel il a participé au développement, directement, indirectement ou par l'entremise d'une entreprise qu'il contrôle ou à laquelle il participe, auquel cas, il en informe son patient (art. 73);

- le médecin qui réclame des honoraires doit fournir à son patient une facture détaillée de ses services, des fournitures médicales et des appareils, médicaments et produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé dont il réclame le coût (art. 104).

De plus, les règles entourant la publicité faite par les médecins ainsi que celles sur la pratique en société ont été mises à jour. Elles sont beaucoup plus explicites quant aux pratiques acceptables pour les médecins. Concernant la pratique en société, il est précisé que les obligations et devoirs qui découlent de la *Loi*

médicale, du *Code des professions* et des règlements pris en leur application ne sont aucunement modifiés ni diminués du fait qu'un membre exerce la profession au sein d'une société. En effet, le médecin doit s'assurer du respect de cette loi, de ce code et de ces règlements par les personnes qu'il emploie ou qui lui sont associées dans l'exercice de sa profession (art. 8).

Le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, adopté en mai 2012 et dont la mise à jour est actuellement en cours, s'adresse à tous les médecins. Il énonce très clairement les règles concernant les dossiers et les lieux d'exercice et précise la procédure à suivre en cas de cessation d'exercice ou de réorientation. De plus, le nouveau règlement abordera spécifiquement les règles concernant les dossiers médicaux électroniques.

Il existe par ailleurs certains repères pour la facturation des actes médicaux. Celle-ci est soumise aux ententes conclues entre le MSSS, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ou la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), selon le cas. Les diverses associations médicales publient également, à titre indicatif, des échelles tarifaires pour les frais facturés aux patients (pour les services non assurés et les frais accessoires).

Le MSSS exerce également un certain contrôle par le biais de l'émission d'un permis, obligatoire pour les nouveaux modèles organisationnels. Bref, l'encadrement formel est en train de s'ajuster à cette évolution de l'exercice médical. D'ici à ce qu'il soit complété toutefois, les médecins doivent demeurer vigilants puisque cette évolution soulève quotidiennement de nombreux défis.

Le respect des patients : prise de rendez-vous et communication

En tant que professionnel, il importe également de se donner les moyens concrets de bien desservir la clientèle à qui on offre nos services. Quand ils exercent en dehors des établissements, les médecins sont les premiers responsables à cet égard. Aussi, les systèmes de prise de rendez-vous et de communication méritent quelques commentaires.

La gestion des rendez-vous

Il ne fait aucun doute qu'un système de rendez-vous inadéquat tend à éloigner la clientèle. En revanche, un système efficace l'attire. Il existe une grande variété de formules à cet égard, 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 aux attentes de ses patients ainsi qu'à ses besoins et à ses habitudes de travail. 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.

Mentionnons la popularité croissante d'un mode de gestion proactive des rendez-vous, basée sur la collaboration interprofessionnelle, permettant d'augmenter

l'accessibilité aux soins : l'accès adapté. L'accès adapté vise à aider les cliniques à répondre aux demandes des patients et à faciliter l'accès en offrant des rendez-vous dans un délai rapproché, ce qui permet aux patients d'avoir accès aux services de première ligne au moment opportun. Cette méthode, qui a fait ses preuves aux États-Unis et ailleurs au Canada, permet aux patients de choisir la date et l'heure de leur rendez-vous à l'intérieur d'une période de deux semaines. Les plages de rendez-vous sont maximisées afin d'accentuer la pertinence des rendez-vous. Les listes d'attentes sont diminuées à un minimum, les rendez-vous ne sont plus prévus des mois à l'avance mais plutôt au moment opportun pour le patient.

La communication

Il faut toujours s'assurer de mettre en place des mécanismes rigoureux pour garantir la confidentialité des dossiers et des communications, peu importe le moyen utilisé. En plus des moyens de communication traditionnels (téléphone et télécopieur), plusieurs autres moyens sont maintenant à la portée du médecin. Certains systèmes informatiques peuvent être très utiles, notamment pour la facturation à la RAMQ et l'utilisation du courrier électronique. Un vaste projet d'informatisation du réseau de la santé, permettant aux professionnels d'avoir accès à certaines informations utiles au traitement d'un patient, est en cours au Québec. Le Dossier Santé Québec (DSQ) est une des innovations importantes des dernières années pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé du Québec grâce à l'informatisation. Il s'agit d'un outil mis à la disposition des médecins et des professionnels de la santé du Québec, grâce auquel les personnes autorisées peuvent avoir accès à des informations sur la santé de leurs patients (liste des médicaments, laboratoire, imagerie médicale, allergies, etc.), leur permettant d'intervenir plus rapidement et plus efficacement.

Il ne fait pas de doute que l'évolution des moyens de communication est en train de modifier les pratiques médicales, comme en témoignent plusieurs expériences. Mentionnons par exemple la « télémédecine », l'exercice de la médecine à distance. Quand elle est bien encadrée, la télémédecine peut contribuer à améliorer l'accès à des soins de qualité.

La profession médicale n'échappe pas non plus à la tendance, maintenant bien implantée, de l'utilisation des textos, des courriels et des médias sociaux. Ces outils comportent de nombreux avantages mais aussi des risques non négligeables, et entraînent des changements majeurs sur le plan des communications. Malgré cette prise de conscience chez les utilisateurs, et en dépit des nombreux documents publiés à ce sujet, nous constatons que certains rappels sont souvent nécessaires.

En 2015, le *Code de déontologie des médecins* a été modifié pour tenir compte de ce nouvel environnement de travail. On y prévoit maintenant que le médecin doit

prendre les moyens raisonnables pour que soit préservé le secret professionnel lorsque lui-même ou des personnes qui collaborent avec lui utilisent les technologies de l'information.

De façon concrète, on doit comprendre que toute conversation indiscrète sur les réseaux sociaux concernant un patient est interdite, tout comme une consultation médicale au moyen de Facebook.

Le Collège des médecins du Québec reçoit de plus en plus de signalements concernant des étudiants, des résidents ou des médecins qui auraient utilisé leur téléphone intelligent en contrevenant à leur obligation de préserver le secret professionnel.

Certaines règles sont à suivre pour des échanges sécuritaires[11] lorsque des consultations formelles ou informelles ont lieu au moyen de textos ou de courriels. En voici quelques exemples :

- obtenir le consentement du patient;
- utiliser un répertoire des adresses professionnelles distinct du répertoire des adresses personnelles;
- adresser son courriel ou son texto à un seul destinataire;
- demander un accusé de réception;
- informer le consultant que les échanges seront classés dans le dossier du patient;
- effacer toute photo ou image nominative de son téléphone intelligent une fois l'information classée au dossier et les échanges terminés.

Le médecin doit toujours se souvenir qu'en utilisant les nouvelles technologies de l'information, notamment les médias sociaux, l'information transmise est publique (tout le monde peut y avoir accès), permanente (dans le temps) et universelle (aucune limite géographique). Les médecins doivent utiliser les textos, les courriels et autres médias sociaux dans le respect de leurs obligations légales, éthiques et déontologiques.

L'indépendance professionnelle et les aspects administratifs

Plusieurs commentateurs jugent toutefois que les plus grands défis se situent actuellement sur le plan de l'indépendance professionnelle des médecins, les aspects commerciaux et administratifs créant nécessairement des situations de conflits d'intérêts potentiels. Aussi, nous discuterons du sujet plus en détail.

---

[11] Voir le guide publié par le Collège en 2015 : *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication*.

L'achat, la location et la tenue des locaux

Selon certaines études, environ la moitié des cabinets privés appartiendraient à des médecins et l'autre moitié 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, il doit s'assurer que les ententes conclues lui permettent de respecter le *Code de déontologie* et d'aménager ou de tenir un lieu de consultation qui satisfait aux normes établies dans le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*.

En ce qui a trait aux ententes sur la location, le médecin doit s'assurer qu'elles ne compromettent ni son indépendance professionnelle, ni le libre choix des patients.

Même si le *Code de déontologie des médecins* contenait déjà plusieurs dispositions visant à encadrer les conflits d'intérêts et à préserver l'indépendance professionnelle du médecin, il a été modifié en mars 2008, afin d'établir de nouvelles règles en matière de baux. Il y est maintenant spécifié que le médecin doit s'abstenir d'accepter, à titre de médecin ou en utilisant son titre de médecin, toute commission, toute ristourne ou tout avantage matériel, à l'exception des remerciements d'usage et des cadeaux de valeur modeste (art. 73 par. 3).

On exige que toute entente conclue par un médecin visant la jouissance d'un immeuble ou d'un espace pour exercer sa profession soit entièrement constatée par écrit, qu'elle indique être conforme au *Code de déontologie des médecins* et qu'elle soit communiquée sur demande au Collège des médecins du Québec (art. 72). De plus, le *Code* spécifie que la jouissance d'un immeuble ou d'un espace en contrepartie d'un loyer gratuit ou à rabais sera considérée comme un avantage matériel prohibé par le *Code* s'il est consenti par :

> 1° un pharmacien ou une société dont il est associé ou actionnaire;
>
> 2° une personne dont les activités sont liées, directement ou indirectement, à l'exercice de la pharmacie;
>
> 3° une autre personne dans un contexte pouvant comporter une situation de conflit d'intérêts, réel ou apparent (art. 73.1).

Pour mesurer la portée de ces modifications et illustrer de façon concrète quelle est la conduite attendue des médecins à cet égard, précisons d'abord que toute entente ou tout bail doit être exempt de conditions ayant une incidence sur l'indépendance professionnelle du médecin, en régissant notamment l'acte de prescription ou l'orientation de patients à la suite d'une ordonnance. Ajoutons que le bail conclu par un médecin avec un professionnel ou une personne, physique ou morale, procédant à la vente de biens, produits, médicaments ou appareils

prescrits par le médecin devra faire état d'un loyer juste et raisonnable pour ne pas être considéré comme un avantage matériel prohibé par le *Code*. Juste et raisonnable signifie que le loyer est en lien avec les conditions socioéconomiques de la région et avec la nature et l'intensité des services fournis. Le calcul du loyer pourrait être fonction du coût de la location au pied carré, par période d'occupation ou au pourcentage des honoraires facturés par le médecin[12].

Y a-t-il des situations où le médecin peut conclure une entente à des conditions avantageuses ou même accepter un loyer gratuit? Oui. Dans certains cas, ces ententes, prises en fonction de diverses conditions socioéconomiques particulières, permettent à un médecin d'exercer sa profession dans une région en pénurie, alors que dans d'autres, elles assurent la distribution de soins médicaux et favorisent l'interdisciplinarité. Prenons, par exemple, le cas du médecin qui bénéficie de locaux gratuits ou à un prix réduit et des services d'une infirmière dans une résidence privée pour personnes âgées en perte d'autonomie; ou celui du médecin qui, quelques jours par mois, met gratuitement un local à la disposition d'un médecin consultant, dans le cadre de l'offre d'une gamme de soins intégrés au patient. Il en est de même pour le médecin qui accepterait d'exercer quelques jours par mois en région éloignée dans un local gratuit rendu disponible par la municipalité. Par ailleurs, il importe, dans tous ces cas, de bien retenir que l'intervenant avec lequel le médecin prend entente n'est pas lié, directement ou indirectement, à l'exercice de la pharmacie, la vente de médicaments, produits, appareils ou biens que le médecin prescrit.

En somme, tous les médecins qui pratiquent hors établissement et qui ne sont pas propriétaires du lieu où ils exercent doivent se doter d'une entente écrite, laquelle doit comporter une déclaration des parties attestant que les obligations qui en découlent respectent le *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'une clause autorisant la communication de cette entente au Collège des médecins, sur demande. Les fédérations médicales proposent sur leurs sites certains modèles d'ententes locatives.

Les modes d'association et les types de sociétés

Le médecin, qu'il exerce hors établissement ou en établissement, peut être partie à un contrat de société assujetti au *Code civil du Québec*. Dans cette société, il peut exercer seul ou convenir avec d'autres médecins de mettre en commun les bénéfices pécuniaires qui résultent des activités professionnelles, et ce, selon certaines modalités.

[12] Voir *Points de réflexion à l'usage des médecins avant la signature d'un bail*.

— La société de personnes

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

Le *Code des professions* permet aux médecins de s'incorporer pour former une société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) ou une société par actions (SPA). Ainsi, en mars 2007, le règlement permettant aux médecins d'exercer leurs activités professionnelles au sein d'une SENCRL ou d'une SPA est entré en vigueur. Contrairement aux associés d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (SENC), les médecins associés d'une SENCRL ou actionnaires d'une SPA ne sont pas exposés solidairement à répondre des actes professionnels de leurs associés s'ils n'ont pas participé à ces actes. Par contre, la responsabilité professionnelle envers le patient demeure inchangée. L'article 8 du *Code de déontologie des médecins* a d'ailleurs été modifié pour le préciser. Le médecin exerçant sa profession au sein d'une telle société doit fournir et maintenir, pour cette société, une garantie contre la responsabilité que cette société pourrait encourir en raison des fautes ou négligences commises par les médecins exerçant au sein de celle-ci.

Le règlement adopté par le Collège permet donc aux médecins d'exercer au sein de ces types de sociétés (SENCRL et SPA). Toutefois, ils peuvent le faire dans la mesure où ils détiennent la totalité des parts sociales ou des actions avec droit de vote et qu'ils composent la totalité du conseil d'administration de la société.

De plus, un médecin ne peut s'associer qu'avec d'autres médecins, son conjoint, des parents et alliés, ou avec des personnes morales, des fiducies ou des entreprises dont les actionnaires, les associés ou les fiduciaires sont des médecins, un conjoint, des parents et/ou des alliés. Il peut aussi s'associer avec une fiducie dont au moins 50 % des droits de vote rattachés aux titres de participation sont détenus par au moins un médecin et au plus 50 % par un seul des professionnels suivants : administrateur agréé, avocat, comptable professionnel agréé ou notaire.

Pour exercer au sein de l'une de ces structures, les médecins doivent être autorisés au préalable par le Collège[13].

— La société de dépenses

Le médecin peut aussi s'associer pour former une « société de dépenses », aussi appelée « société nominale ». La société de dépenses regroupe deux professionnels ou plus qui veulent partager, de façon égale ou non, selon le

[13] Voir la section *Étapes pour s'incorporer* du site Web du Collège.

contexte et leur choix, les dépenses liées à leur exercice professionnel tout en conservant individuellement leur clientèle et leurs revenus.

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 les sociétés de personnes.

Il existe une 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'activités, tels que le loyer, le téléphone, le matériel de bureau et une partie du personnel. 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.

— Le contrat d'association

Comme on peut le constater, les types d'association sont nombreux, et aucun n'est meilleur ou pire que l'autre eu égard à la pratique médicale. Les avantages et les inconvénients relatifs sont plutôt d'ordre organisationnel, financier et plus particulièrement fiscal. Les médecins qui décident de travailler en association ont la liberté mais aussi la responsabilité de définir les ententes qui leur conviennent. 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;
- l'obligation de maintien de la compétence et 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;
- les modalités de transmission ou de conservation des dossiers en cas de dissolution du groupe ou de départ de l'un des membres;
- la dissolution de la société;
- le départ ou 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.

L'exercice de la profession médicale en société ne change rien pour le public et n'affecte en rien le pouvoir de contrôle et de surveillance exercé par le Collège auprès de l'ensemble de ses membres. Les règles déontologiques et civiles demeurent les mêmes, de sorte que ni les recours civils, ni les recours déontologiques ne sont altérés.

En outre, un médecin désireux d'exercer ses activités professionnelles au sein d'une société devrait toujours consulter un professionnel, tel un juriste, avant de procéder à la création de cette société. En effet, le Collège ne rend pas accessible un modèle de charte ou de statuts constitutifs. Il est de la responsabilité de ce professionnel (juriste) procédant à la constitution de la société de s'assurer de la forme généralement utilisée.

Les règles concernant la publicité et les déclarations publiques

Le *Code de déontologie des médecins* a été modifié afin d'y créer une section spécifique traitant de la publicité et des déclarations publiques faites par les médecins (art. 88 à 93.3).

Le Collège reconnaît ainsi l'existence de nouvelles pratiques de marketing et l'émergence de nouvelles technologies de l'information, dans un contexte où plusieurs soins et services, qu'ils soient couverts ou non par le régime d'assurance maladie, sont annoncés publiquement. Cette section fait écho au *Code des*

professions, qui responsabilise et engage le professionnel face aux messages publicitaires annonçant les services qu'il fournit. La pierre angulaire des nouvelles règles est l'honnêteté du message. Certaines pratiques qui étaient interdites ne le sont plus, à moins qu'elles ne contribuent à biaiser l'information. Le médecin doit par contre indiquer clairement son titre de spécialiste correspondant à l'une des spécialités médicales reconnues par le Collège.

Par la même occasion, le Collège a réitéré la règle voulant que le médecin affiche le prix des services, fournitures et frais accessoires qu'il facture aux patients (LAM, art. 22.0.0.1; *Code de déontologie des médecins*, art. 105).

Voici quelques exemples de pratique publicitaire ou de marketing qui ne sont pas acceptables[14] :

- la présence, dans le cabinet du médecin ou dans la salle d'attente, d'affiches ou d'images faisant la promotion d'un appareil ou d'un produit, notamment en utilisant le nom commercial du produit;
- la présence de liens, dans le site Web d'un médecin ou d'une clinique, menant vers des entreprises commerciales de produits prescrits ou recommandés par le médecin ou d'appareils utilisés dans son cabinet;
- l'utilisation des logos commerciaux des produits utilisés par le médecin dans son site Web ou dans la clinique où il exerce;
- les concours ou les tirages;
- la vente de produits par un tiers en les associant à son propre titre ou statut de médecin ou à un ou d'autres médecins;
- la publicité susceptible d'influencer des personnes qui peuvent être vulnérables du fait de leur âge, de leur condition ou en raison d'un événement spécifique.

Il a été établi par le Bureau du syndic du Collège que le fait, pour un médecin, d'offrir gratuitement à des influenceurs (blogueurs, vlogueurs, youtubeurs ou autres) tout type de traitement ou de soin en échange de visibilité constitue un avantage qui est proscrit par le *Code de déontologie*.

Bien que l'utilisation des médias sociaux ne soit pas interdite pour faire connaître ses services, le médecin qui les utilise doit être très vigilant afin d'éviter toute forme de dérapage s'éloignant des standards de professionnalisme auxquels l'on s'attend d'un médecin. Citons notamment l'obligation d'assurer le respect du secret professionnel, de ne pas utiliser son titre à des fins commerciales, de ne pas garantir

[14] Voir le guide publié par le Collège en 2019 : *Le médecin, la publicité et les déclarations publiques*.

de résultat et d'éviter toute situation de conflit d'intérêts ou d'apparence de conflit d'intérêts.

Finalement, le médecin doit garder le contrôle sur toutes les informations diffusées dans le cadre de toute publicité le concernant. Il ne peut invoquer que cette publicité est diffusée par un tiers pour justifier une publicité qui ne respecterait pas son *Code de déontologie*.

— 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 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, par exemple pour répondre à un message téléphonique, ou l'aviser des incidents qui surviennent. Il importe également que le personnel s'engage à respecter les règles de confidentialité. Une saine gestion du personnel repose sur la qualité des relations humaines. Il est bien connu que l'on obtient le rendement maximal des employés lorsqu'on les considère comme des partenaires et qu'on les traite avec respect. À titre d'employeur, le médecin a plusieurs obligations. Pour cela, il doit apprendre l'art de déléguer et de laisser son personnel de confiance prendre des initiatives tout en supervisant le travail adéquatement et en en demeurant responsable.

3.2.6 En somme

L'exercice de la profession médicale en société ne change rien pour le public et n'affecte en rien le pouvoir de contrôle et de surveillance exercé par le Collège auprès de l'ensemble de ses membres. Les règles déontologiques et civiles demeurent les mêmes, de sorte que ni les recours civils ni les recours déontologiques ne sont altérés. Malgré la complexité des systèmes mis en place pour que les soins soient accessibles à tous, l'objectif ultime de l'exercice de la médecine ne doit pas être perdu de vue : assurer à chacun les soins dont il a besoin et qui sont les meilleurs possibles.

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.

Le médecin clinicien

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 domaines de pratique non couverts par les régimes publics. Dans ce cas, le patient assume le coût des services médicaux offerts.

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

Le médecin administrateur

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.

Le médecin chercheur

Le médecin peut être un chercheur dans un centre de recherche universitaire, un centre de recherche clinique ou encore, dans le secteur privé, pour une société pharmaceutique, par exemple. Il peut agir comme chercheur principal et diriger l'équipe de recherche, ou bien il peut assurer un soutien pour l'analyse, le recrutement, l'évaluation, le traitement ou le suivi des participants à la recherche. Il peut aussi agir à titre de consultant dans le cadre d'un projet de recherche clinique ou de moniteur de la sécurité[15]. Ses obligations et ses responsabilités sont distinctes en fonction du rôle mené en recherche, mais ne dispensent jamais le médecin de ses obligations médicales.

---

[15] Collège des médecins du Québec, *Le médecin et la recherche clinique*, guide d'exercice, 2007, révision en cours; ACPM, *Les médecins et la recherche : Comprendre ses obligations légales, déontologiques et professionnelles*, 2014; ACPM, *Les activités de recherche clinique*, révision 2013.

La recherche avec des êtres humains répond à des normes mises de l'avant dans plusieurs lois, règlements, déclarations et autres énoncés[16]. Les médecins devraient en connaître les grands principes communs et se tenir au courant des dispositions de la réglementation canadienne et québécoise en lien avec leur pratique. Ils doivent veiller à gérer les risques de conflit de rôles (surtout en recherche clinique) et d'intérêts (notamment financiers).

Le médecin enseignant

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 lors d'activités scientifiques ou en participant à des activités de développement professionnel continu.

La pratique en santé publique

Par ailleurs, certains médecins optent pour la pratique en santé publique. Ce sont des médecins spécialistes en santé communautaire ou des médecins de famille 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 du Québec ou à la Direction de la santé publique du MSSS.

L'expertise médicolégale

Les activités d'expertise représentent une pratique significative et non marginale, les médecins y étant de plus en plus impliqués. En conséquence, les demandes portant sur ce sujet sont une réalité courante au Collège des médecins, qui est actuellement en train d'élaborer un guide sur l'expertise médicolégale.

Les médecins experts ont un rôle important à jouer lorsqu'on sollicite leur opinion. Leur rôle premier est d'éclairer les personnes appelées à rendre des décisions sur des questions cliniques, scientifiques ou techniques qui dépassent leurs connaissances.

---

[16] *Code civil du Québec*; Fonds de recherche en santé du Québec, *Standards du FRSQ sur l'éthique de la recherche en santé humaine et l'intégrité scientifique*, 2008; Association médicale mondiale, *Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*; Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie et Instituts de recherche en santé du Canada, *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, 2014; Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada, *Ligne directrice : Bonnes pratiques cliniques : addenda intégré de l'E6(R1)ICH thème E6(R2)*, 2016.

Les différentes formes de l'expertise médicolégale sont les suivantes :

1° Expertise sur étude de dossier

Dans certaines circonstances, le médecin expert peut, sans avoir à examiner la personne, fournir une opinion basée sur une analyse rigoureuse et scientifique de l'ensemble du dossier. Il s'agit alors d'une « étude sur dossier » ou « expertise sur dossier ». Un exemple concret est l'expertise médicale réalisée dans le cadre d'une poursuite en responsabilité civile.

2° Évaluation médicale indépendante

L'évaluation médicale indépendante se définit comme une expertise médicolégale pour une tierce partie, avec entrevue et examen de l'expertisé. Elle permet d'obtenir l'opinion d'un expert médical désigné sur l'état ou les besoins en matière de soins médicaux ou sur différents aspects relatifs à la santé d'une personne. Habituellement, cette évaluation permet de contribuer au règlement d'un litige ou permet à un décideur d'exercer son jugement.

Voici deux exemples concrets :

2.1 Évaluation médicale exigée par l'administration des programmes sociaux

La grande majorité de ces expertises porte sur l'évaluation d'une personne qui vient en expertise parce qu'il existe une problématique quant à la détermination de son invalidité ou au regard de limitations fonctionnelles. Cette pratique s'inscrit principalement lors de litiges avec les organismes gouvernementaux (ex. : CNESST, SAAQ, RRQ, etc.).

2.2 Évaluation médicale demandée par un tribunal

Plusieurs évaluations sont prescrites par la loi ou à la demande du tribunal. Une importante proportion de ces expertises se fait dans un contexte de psychiatrie légale, principalement lorsque le tribunal émet une ordonnance d'évaluation parce qu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une preuve concernant l'état mental de la personne est nécessaire (ex. : aptitude de l'accusé à subir son procès, non-responsabilité pour cause de troubles mentaux).

3° Expertise liée à l'exercice de la médecine

La demande d'expertise peut chercher à répondre à une question liée à l'exercice de la médecine, mais ne portant pas sur un cas en particulier. Le plus souvent, ce type d'expertise vise à éclairer le tribunal sur l'histoire naturelle d'une condition, sur les modalités diagnostiques et thérapeutiques reconnues, sur les données actuelles de la science, etc. Cette démarche ne requiert pas l'examen médical d'une personne. Le mandat confié au médecin consiste alors à exposer ses connaissances d'une situation ou de la pratique médicale, selon son champ de compétence et d'exercice. Un exemple concret est l'expertise portant sur les

données scientifiques actuelles en toxicologie dans le cadre d'une poursuite criminelle.

Par ailleurs, lorsque le *Code de procédure civile* a été révisé en 2014, les dispositions concernant la médecine d'expertise ont été modifiées. En voici quelques-unes précisant les devoirs et pouvoirs de l'expert, le contenu du rapport d'expertise et le témoignage de l'expert :

> « **22.** L'expert dont les services ont été retenus par l'une des parties ou qui leur est commun ou qui est commis par le tribunal a pour mission, qu'il agisse dans une affaire contentieuse ou non contentieuse, d'éclairer le tribunal dans sa prise de décision. Cette mission prime les intérêts des parties.
>
> L'expert doit accomplir sa mission avec objectivité, impartialité et rigueur.
>
> **231.** […] L'expertise consiste, en tenant compte des faits relatifs au litige, à donner un avis sur des éléments liés à l'intégrité, l'état, la capacité ou l'adaptation d'une personne à certaines situations de fait, ou sur des éléments factuels ou matériels liés à la preuve. Elle peut aussi consister en l'établissement ou la vérification de comptes ou d'autres données ou porter sur la liquidation ou le partage de biens. Elle peut également consister en la vérification de l'état ou de la situation de certains lieux ou biens.
>
> **235.** L'expert est tenu de donner son avis sur les points qui lui sont soumis ou, dans le cas d'un huissier, en établissant un constat.
>
> L'expert est tenu, sur demande, d'informer le tribunal et les parties de ses compétences professionnelles, du déroulement de ses travaux et des instructions qu'il a reçues d'une partie; il est aussi tenu de respecter les délais qui lui sont impartis. Il peut, si cela est nécessaire pour l'accomplissement de sa mission, demander des directives au tribunal; cette demande est notifiée aux parties.
>
> L'expert agit sous son serment professionnel; autrement, les parties ou le tribunal peuvent exiger qu'il prête serment. Il doit en outre souscrire à la déclaration dont le modèle est établi par le ministre de la Justice relativement à l'exécution de sa mission et joindre cette déclaration à son rapport.
>
> **236.** L'expert commis par le tribunal agit sous l'autorité de celui-ci pour recueillir la preuve dont il a besoin pour accomplir sa mission. Il peut ainsi procéder à l'examen de tout document ou de tout bien, effectuer la visite de tout lieu et, avec l'autorisation du tribunal, recueillir des témoignages sous serment dont il assure la conservation et dont il certifie l'origine et l'intégrité. Il est tenu de donner aux parties un préavis

d'au moins cinq jours de la date et du lieu où il commencera ses opérations.

237. L'expert qui n'a pas les compétences requises ou qui manque gravement à ses devoirs dans l'accomplissement de sa mission peut, notamment lors d'une conférence de gestion, à l'initiative du tribunal ou sur demande de l'une ou l'autre des parties, être remplacé ou désavoué.

238. Le rapport de tout expert doit être bref mais suffisamment détaillé et motivé pour que le tribunal soit lui-même en mesure d'apprécier les faits qu'il expose et le raisonnement qui en justifie les conclusions; il y est fait mention de la méthode d'analyse retenue.

Si l'expert recueille des témoignages en cours d'expertise, ils sont joints au rapport et ils font partie de la preuve.

Les conclusions de l'expert ne lient pas le tribunal non plus que les parties, à moins que celles-ci ne déclarent les accepter.

239. L'expert, s'il est commun aux parties ou commis par le tribunal, remet le rapport de ses opérations et de ses conclusions aux parties et en dépose un exemplaire au greffe avant l'expiration du délai qui lui est imparti.

L'expert d'une partie remet son rapport à celle-ci, laquelle doit, si elle entend s'en prévaloir, le communiquer aux autres parties et le verser au dossier du tribunal dans les délais prescrits pour la communication de la preuve.

240. Après le dépôt du rapport et avant l'instruction, l'expert commis par le tribunal ou l'expert commun doit, à la demande du tribunal ou des parties, fournir des précisions sur certains aspects du rapport et rencontrer les parties afin de discuter de ses opinions en vue de l'instruction.

Si des rapports d'expertise sont contradictoires, les parties peuvent réunir leurs experts afin de concilier leurs opinions, de déterminer les points qui les opposent et, le cas échéant, de faire un rapport additionnel sur ces points. Le tribunal peut, à tout moment de l'instance, même d'office, ordonner une telle réunion et le dépôt d'un rapport additionnel dans le délai qu'il fixe.

293. Le rapport de l'expert tient lieu de son témoignage. Pour être recevable, il doit avoir été communiqué aux parties et versé au dossier dans les délais prescrits pour la communication et la production de la preuve. Autrement, il ne peut être reçu que s'il a été mis à la disposition des parties par un autre moyen en temps opportun pour permettre à celles-ci de réagir et de vérifier si la présence du témoin serait utile. Il peut toutefois être reçu hors ces délais avec la permission du tribunal.

> **294.** Chacune des parties peut interroger l'expert qu'elle a nommé, celui qui leur est commun ou celui commis par le tribunal pour obtenir des précisions sur des points qui font l'objet du rapport ou son avis sur des éléments de preuve nouveaux présentés au moment de l'instruction; elles le peuvent également, pour d'autres fins, avec l'autorisation du tribunal. Une partie ayant des intérêts opposés peut, pour sa part, contre-interroger l'expert nommé par une autre partie. »

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 ou au sein des différentes instances du 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 médicolégale 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 en santé publique et de l'expertise médicolégale.

Dès le début de leur formation, l'étudiant en médecine et le résident en médecine 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 de l'évolution des connaissances médicales et des nouveaux besoins de la société.

4. Un acquis social à préserver

Bien que les liens des médecins avec le système de santé soient très évidents pour ceux 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.

Section 2 – LES ASPECTS DÉONTOLOGIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

5. Un aperçu

La déontologie médicale réfère à l'ensemble des obligations et des devoirs liés à l'exercice de la profession médicale.

Les devoirs qui permettent aux médecins 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. On leur permet de s'autoréguler afin que leur exercice soit libre de toute influence qui pourrait aller à l'encontre de cette fonction sociale.

Il est incontestable que la déontologie médicale occupe une place importante au Québec. Depuis la création du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, en 1847, tous les médecins québécois sont tenus d'être inscrits au tableau de cet ordre professionnel. Au fil des ans, en application des lois et des règlements, le Collège a instauré plusieurs mécanismes qui permettent d'assurer la compétence de ses membres et de surveiller de plus en plus efficacement l'exercice de leurs activités professionnelles.

Le *Code de déontologie des médecins* n'est pas étranger au succès de ces interventions. De fait, y sont incluses les obligations qui répondent aux attentes que la population a maintenant envers tous les professionnels : ils doivent être compétents, servir les autres et se discipliner. Cette section 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 dispositions ont été ajoutées, afin d'aider les médecins à faire face à des situations nouvelles.

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 motifs d'insatisfaction les concernant; mener des enquêtes et déposer des plaintes devant le conseil de discipline. 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 demeure le principal garant de la qualité des soins dispensés par les médecins.

La dernière section explique pourquoi les médecins ont dû créer d'autres regroupements pour pouvoir défendre leurs intérêts. Quant au Collège, il veille à ce que les médecins respectent les obligations qui leur permettent de poursuivre leur mission sociale : pratiquer une médecine de qualité au service du public.

6. Le contexte légal

6.1 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 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. Pour ce faire, le *Code* prévoit notamment qu'un comité d'inspection professionnelle, un syndic ou un expert qu'un syndic s'adjoint, un conseil de discipline ainsi que le secrétaire ou le directeur général de l'ordre ne peuvent être poursuivis en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

De surcroît, une personne ne peut être poursuivie en justice pour avoir, de bonne foi, transmis à un syndic une information selon laquelle un professionnel a commis une infraction ou collaboré à une enquête menée par un syndic, quelles que soient les conclusions de l'enquête du syndic. En outre, lorsque la personne qui a transmis au syndic une information selon laquelle un professionnel a commis une infraction est un professionnel ayant lui-même participé à l'infraction, un syndic peut, s'il estime que les circonstances le justifient, lui accorder une immunité contre toute plainte devant le conseil de discipline à l'égard des faits en lien avec la perpétration de l'infraction.

Le *Code des professions* comporte des dispositions communes à tous les ordres relativement à la délivrance des permis et à la reconnaissance de la formation ou des diplômes requis. Un ordre ne peut « 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 » (art. 43). Il prescrit l'inscription au tableau et en définit les motifs de radiation temporaire ou permanente. Il détermine également les cas où le Conseil d'administration 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.

Le *Code* détermine aussi la structure organisationnelle des ordres professionnels.

En ce qui concerne l'admission à l'exercice, des modifications législatives apportées par la *Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel* (Loi 11) de 2017 ont mené à la création du Commissaire à l'admission aux professions en remplacement du Commissaire aux plaintes concernant les mécanismes de reconnaissance des compétences professionnelles. Ce nouveau Commissaire est chargé :

1° de recevoir et d'examiner toute plainte d'une personne relative à l'admission à une profession;

2° de vérifier le fonctionnement de tout processus ou activité relatif à l'admission à une profession;

3° de suivre l'évolution des activités du Pôle de coordination pour l'accès à la formation et, le cas échéant, de lui faire les recommandations qu'il juge appropriées concernant, notamment, les délais de l'offre de formations.

Le Commissaire peut :

1° donner à tout ordre professionnel, ministère, organisme, établissement d'enseignement ou autre personne des avis ou lui faire des recommandations sur toute question relative à l'admission à une profession;

2° solliciter ou recevoir les avis et les suggestions des ordres professionnels ou de groupes intéressés ainsi que du public en général, sur toute question relative à l'admission à une profession;

3° effectuer ou faire effectuer les études et les recherches qu'il juge utiles ou nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

Notons que le Commissaire peut rejeter, sur examen sommaire, toute plainte qu'il juge abusive, frivole ou mal fondée. Il peut aussi refuser ou cesser d'examiner une plainte notamment s'il a des motifs raisonnables de croire que son intervention n'est manifestement pas utile ou si le plaignant refuse ou néglige de fournir les renseignements ou les documents qu'il lui demande de fournir.

Les modifications apportées par la Loi 11 de 2017 ont créé une nouvelle structure, il s'agit du Pôle de coordination pour l'accès à la formation. Il a pour fonction de dresser un état de situation de cet accès, de déterminer les problèmes et les enjeux liés à la formation, d'identifier les besoins en collecte de données à des fins statistiques, d'assurer la collaboration entre les ordres professionnels, les établissements d'enseignement et les ministères concernés et de proposer des solutions aux problèmes identifiés.

Le Pôle de coordination est présidé par le président de l'Office des professions et il se compose des autres membres désignés, après consultation de l'Office, par le gouvernement.

Finalement, pour encadrer et coordonner les activités des ordres professionnels, actuellement plus d'une cinquantaine, dont la moitié dans le domaine de la santé, le *Code* a prévu deux instances : l'Office des professions du Québec et le Conseil interprofessionnel du Québec.

L'Office des professions du Québec (OPQ)

L'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, il doit voir, notamment, à ce que chaque ordre :

- adopte un code de déontologie;
- possède un comité d'inspection professionnelle fonctionnel;
- établisse 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 Conseil d'administration, à la présidence, etc.;
- détermine les normes d'équivalence des diplômes délivrés par des établissements d'enseignement non québécois;
- définisse les actes qui peuvent être accomplis par d'autres professionnels;
- possède un conseil de discipline.

L'OPQ peut également, s'il l'estime nécessaire pour assurer la protection du public, requérir d'un ordre qu'il apporte des mesures correctrices, effectue les suivis adéquats et se soumette à toute autre mesure qu'il détermine dont des mesures de surveillance et d'accompagnement.

De plus, l'OPQ a récemment adopté des normes d'éthique et de déontologie applicables aux administrateurs du Conseil d'administration d'un ordre professionnel.

Ce règlement, entre autres :

1° détermine les devoirs et les obligations des administrateurs, y compris ceux qu'ils sont tenus de respecter après l'expiration de leur mandat ainsi que la durée de ces devoirs et obligations;

2° régit ou interdit des pratiques liées à la rémunération des administrateurs;

3° oblige le Conseil d'administration à établir un code d'éthique et de déontologie applicable à ses membres qui tient compte de la mission de l'ordre professionnel, des valeurs qui sous-tendent son action et de ses principes généraux de gestion;

4° détermine dans quels cas et suivant quelles modalités un administrateur peut être relevé provisoirement de ses fonctions.

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

Le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

Le CIQ 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.

Chacun des ordres doit verser annuellement au CIQ la contribution exigée par ce dernier pour la bonne administration de ses affaires.

6.2. 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;
- précise la structure organisationnelle du Collège des médecins du Québec.

Définition de l'exercice de la médecine
En vertu de l'article 31 de la *Loi médicale*, l'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes. Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes :
1° diagnostiquer les maladies;
2° prescrire les examens diagnostiques;
3° utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
4° déterminer le traitement médical;
5° prescrire les médicaments et les autres substances;
6° prescrire les traitements;
7° utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques;
8° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques;
9° effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements;

Définition de l'exercice de la médecine (suite)
10° décider de l'utilisation des mesures de contention;
11° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);
12° administrer le médicament ou la substance permettant à une personne en fin de vie d'obtenir l'aide médicale à mourir dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001).

Avec la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (projet de loi nº 90), le législateur a confirmé l'exercice exclusif des médecins quant au diagnostic et au plan de traitement médical. Cependant, certaines activités sont dorénavant partagées avec d'autres professionnels.

Notons que le « protocole » et la « surveillance médicale », établis auparavant comme conditions permettant à des personnes qui ne sont pas médecins de poser les actes autorisés, ont été évacués du système professionnel. Les conditions d'exercice – plus souples que sous l'ancien régime – comprennent maintenant : l'ordonnance (individuelle ou collective), l'attestation de formation ou l'application d'une loi.

Le législateur a également prévu une zone commune d'activités réservées aux onze professions de la santé visées par la réforme. Par exemple, chaque professionnel peut, dans le respect de son champ d'exercice, participer à des activités d'information, de promotion de la santé, physique et mentale, ainsi que de prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux.

6.3 Le permis d'exercice

En vertu du *Code des professions* et de la *Loi médicale*, le droit d'exercer la médecine est réservé uniquement aux personnes qui ont obtenu un permis d'exercice au Québec. Le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialistes du Collège des médecins du Québec* (c. M-9, r. 20.1) fixe les conditions de délivrance du permis ainsi que les règles d'accès à la profession médicale.

Le permis « régulier »

Afin d'effectuer une demande de permis « régulier », le prérequis suivant est nécessaire :

- Détenir un diplôme de docteur en médecine délivré au Québec ou un diplôme de docteur en médecine reconnu équivalent par le Collège.

Les conditions requises à la délivrance d'un permis d'exercice sont les suivantes :

- Avoir achevé une formation postdoctorale en médecine de famille ou une formation postdoctorale dans l'une des autres spécialités dans un programme de formation reconnu par le Collège ou avoir obtenu une reconnaissance d'équivalence de formation (d'autres dispositions sont prévues si la formation n'est pas équivalente en durée et en contenu à celle du Québec).
- Avoir réussi les examens de spécialité du CMFC ou du Collège royal.
- Avoir fourni la preuve du statut de Licencié du Conseil médical du Canada (LCMC).
- Avoir participé à l'activité de formation ALDO-Québec.
- Avoir fourni la preuve de la connaissance du français ou avoir réussi l'examen de l'Office québécois de la langue française (OQLF).

Le permis restrictif

Diplômés internationaux en médecine

Le permis restrictif, selon l'article 35 de la *Loi médicale*, est délivré par le Collège des médecins du Québec selon des balises établies.

Le permis restrictif comporte trois catégories :

1. Professeur sélectionné;
2. Clinicien;
3. Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) selon l'Entente entre le Québec et la France.

Les exigences respectives de chaque catégorie sont détaillées sur le site web du Collège.

Le permis restrictif est assorti de certaines restrictions portant sur trois aspects :

1° les actes professionnels autorisés;

2° la durée (1 an, renouvelable annuellement);

3° le lieu de pratique (le titulaire doit exercer uniquement en établissement).

Il ne permet pas la pratique « libérale » ou en cabinet privé.

Les médecins qui sont titulaires d'un permis restrictif peuvent convertir, sous certaines conditions, leur permis restrictif en permis régulier après un an, avec examen de certification ou après 5 ans, sans examen.

6.4 L'immatriculation

À l'instar du permis d'exercice pour le médecin, l'immatriculation autorise l'étudiant en médecine, le résident ou le moniteur à poser, sous la supervision d'un médecin et dans un milieu de formation agréé par le Collège, les activités professionnelles nécessaires à sa formation. Le titulaire d'une immatriculation doit respecter en tout temps les mêmes règles que celles qui s'appliquent aux médecins, notamment celles relatives au secret professionnel, à la déontologie, à la délivrance d'une ordonnance ainsi qu'à la tenue des dossiers.

6.5 La carte de stages

Les résidents immatriculés au Collège des médecins qui sont inscrits dans un programme de formation postdoctorale d'une faculté de médecine du Québec doivent détenir une carte de stages. Cette carte leur permet alors d'accomplir des activités médicales sous supervision médicale et d'assumer progressivement des responsabilités, selon leur niveau de compétence et dans les milieux déterminés par le Collège. Elle est également obligatoire pour les moniteurs qui viennent effectuer des stages de perfectionnement au Québec (*fellowship*). Les moniteurs sont assujettis aux mêmes règles que les résidents. La carte de stages ne leur donne pas le droit d'exercer certaines activités. Par exemple, ils ne peuvent demander des honoraires ni rédiger des certificats médicaux autres qu'une confirmation de visite. Durant leur formation, le résident et le moniteur doivent toujours être sous la supervision directe ou indirecte de personnes compétentes.

Les documents suivants apportent des précisions additionnelles et peuvent être consultés sur le site Web du Collège :

- Fiche intitulée *Les activités professionnelles qui peuvent être exercées par les résidents et les moniteurs*
- Guide à l'intention des apprenants et de leurs superviseurs intitulé *Rôle et responsabilités de l'apprenant et du superviseur*

7. Les devoirs et les obligations des médecins

7.1 Le Code de déontologie des médecins

Le *Code de déontologie des médecins* est un ensemble de règles, de principes et d'usages que tout médecin, résident, étudiant en médecine et moniteur doit observer et dont la transgression peut être sanctionnée par des mesures disciplinaires.

Il régit l'exercice quotidien de la médecine tant dans le secteur privé que dans le secteur public. Loin de soustraire le médecin à l'introspection en utilisant son jugement professionnel, le *Code* vise plutôt à favoriser cette réflexion en précisant les responsabilités et les devoirs qui sont actuellement considérés comme essentiels à une bonne pratique de la médecine.

Le *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 santé publique*. Il fait également écho aux récents débats sur la bioéthique, entre autres dans le domaine de la recherche médicale. La dernière révision du *Code* tient en compte l'utilisation de plus en plus fréquente des technologies de l'information. 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.

Les premiers articles du *Code* établissent la portée universelle du document, et les autres énoncent les devoirs généraux du médecin ainsi que ses obligations professionnelles, qui sont groupées par thèmes.

Le *Code* est divisé en 4 chapitres. Les deux premiers comportent les dispositions générales et les devoirs généraux du médecin. Le troisième chapitre quant à lui est divisé en 11 sections et constitue le cœur du *Code de déontologie des médecins* : y sont énoncés les devoirs et obligations du médecin envers le patient, le public et la profession. Puis, le quatrième chapitre prévoit les dispositions finales.

7.1.1 Les obligations du médecin

De toutes les obligations 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 continue 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 d'affaires. 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. Il ne peut se soustraire indirectement à ses obligations en permettant qu'une autre personne, physique ou morale, pose en son nom un acte qui contreviendrait aux lois et règlements applicables.

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 disposition met en évidence le fait que le médecin a des obligations, non seulement envers les individus mais également envers la population (art. 3).

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 son exercice 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 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 3.1. :

« Le médecin doit collaborer avec les autres médecins 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, notamment 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). Le fait d'être porteur d'une infection transmissible par le sang peut obliger le médecin à faire réévaluer sa pratique, pour s'assurer qu'elle ne comporte aucun risque important pour les patients. À cet égard, le Collège est partenaire avec le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH) de l'INSPQ qui s'adresse aux professionnels et étudiants de la santé du Québec qui sont porteurs d'une infection transmissible par le sang et qui posent des actes à risque de transmission. Le service leur permet d'obtenir une évaluation du risque de transmission de leur infection à des patients dans le cadre de leur pratique ou de leur stage.

7.1.2 La qualité de la relation professionnelle

Le chapitre III du *Code de déontologie des médecins* est divisé en 11 sections qui concernent de façon plus précise et spécifique les devoirs et les obligations du médecin envers le patient, le public et la profession. Nous les aborderons dans les pages qui suivent puisqu'ils guident les médecins de façon quotidienne dans leurs façons d'être et d'agir.

Le *Code* insiste sur l'importance du respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Une de ses manifestations les plus importantes est le secret professionnel, dont la protection est un élément important de l'exercice médical, et ce, en raison du droit fondamental du patient au respect de sa vie privée. 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. 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 l'y autorise ou lorsque la loi l'y autorise ou l'ordonne, ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage » (*Code de déontologie*, art. 20 par. 5). Par ailleurs, la section du *Code de déontologie* relative à la qualité de la relation professionnelle a été actualisée pour tenir compte notamment des obligations déontologiques concernant la préservation du secret professionnel

lorsque les médecins utilisent les réseaux sociaux et Internet (voir également à ce sujet 11.3.4 L'obligation d'assurer la confidentialité).

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* (art. 22) et par le *Code des professions* (art. 59.1). De plus, à des fins préventives et dans le but de mieux défendre le public en cas d'inconduite sexuelle chez les médecins, le *Code de déontologie* établit des critères d'analyse pour mieux définir la durée de la relation professionnelle (art. 22 al. 3).

Le médecin doit exercer sans discrimination. Il ne peut « refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons reliées, entre autres, à la nature d'une déficience ou d'une maladie ou au contexte dans lequel cette déficience ou cette maladie présentée par ce patient est apparue, 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 » (art. 23). Le médecin doit également informer son patient de ses convictions personnelles, de nature morale ou religieuse, 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. Il doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin (art. 24).

7.1.3 L'obtention du consentement aux soins[17]

Le médecin doit déterminer le soin le plus approprié à prodiguer à un patient : celui qui répond à ses besoins spécifiques et qui s'avère conforme aux normes de la profession médicale. Le raisonnement clinique constitue le fondement de la pratique médicale. Sa rigueur permet de justifier les décisions du médecin quant aux investigations et aux traitements qu'il juge médicalement nécessaires et qu'il propose au patient en vue d'une prise de décision commune sur les meilleurs soins à lui prodiguer. Les soins sont d'autant plus appropriés à un patient singulier, à une étape particulière de sa maladie et de son cheminement personnel, qu'ils sont le fruit d'un processus décisionnel bien mené. Tout l'encadrement légal des soins tourne autour de ce processus décisionnel et du consentement. Il affirme les droits du patient et les obligations du médecin à cet égard.

La société québécoise reconnaît le principe éthique de l'autonomie, au sens d'autodétermination de la personne comme base de la relation entre les individus. Mais le fondement juridique de l'application de ce principe dans le domaine des soins repose sur les notions d'inviolabilité de la personne et de son droit à

[17] Voir le document de référence intitulé *Le médecin et le consentement aux soins*, publié par le Collège et le Barreau du Québec en septembre 2018.

l'intégrité[18]. L'autonomie décisionnelle du patient s'exerce ainsi essentiellement dans son droit d'accepter ou de refuser les soins médicalement pertinents proposés par le médecin.

Tout soin nécessite un consentement[19]. Cependant, les obligations en matière de consentement diffèrent selon que les soins sont requis ou non par l'état de santé de la personne. Le consentement est donné par la personne elle-même ou bien par autrui dans les cas et aux conditions prévus par la loi. Il doit être libre et éclairé : dans le cadre d'un processus décisionnel bien mené, le patient doit être entièrement libre de s'exprimer et de décider d'accepter ou de refuser un soin suggéré par le médecin. Pour prendre cette décision et exercer son droit de le faire en toute liberté, le patient apte, ou son substitut s'il est inapte, doit être bien informé des tenants et aboutissants des différentes options qui lui sont proposées. À ce droit du patient correspond le devoir du médecin de donner les renseignements nécessaires et suffisants à l'expression de son consentement[20]. Le patient peut retirer son consentement en tout temps, sur simple avis verbal[21]. Confirmer régulièrement son accord à poursuivre un soin peut donc être nécessaire.

La loi et les normes de pratique professionnelle[22] qui découlent de la règle du consentement prévoient en outre des exceptions à l'obtention du consentement dans des situations précises que le médecin doit connaître (ex. : urgence, maladie à traitement obligatoire, évaluation psychiatrique et garde en établissement, etc.).

7.1.4 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, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place (art. 32 à 40). 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 en médecine, 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

---

18 C.c.Q., art. 3 et 10.
19 C.c.Q., art. 11; *Code de déontologie des médecins*, art. 28.
20 *Code de déontologie des médecins*, art. 29.
21 C.c.Q., art. 11 et 24; LCSFV, art. 5 al. 3, 28 et 54.
22 *Code de déontologie des médecins*, art. 28.

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 assurer la garde, la conservation et le suivi des demandes d'accès au dossier ainsi que des résultats des tests de laboratoire de cette clientèle. Ainsi, à court terme, ses collègues doivent assurer le suivi des examens qu'il a prescrits. C'est une obligation déontologique mais aussi morale d'aider un collègue. L'article 3.1 du *Code de déontologie* prévoit d'ailleurs que les médecins doivent collaborer entre eux au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux[23].

7.1.5 La qualité de l'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. 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. En établissement, le médecin doit suivre les règles établies par le conseil d'administration à ce propos (LSSSS, art. 235.1).

---

[23] Voir à ce sujet *Départ d'un médecin d'une clinique – Qui est responsable du suivi des patients?*, Direction des enquêtes, dernière mise à jour avril 2018.

7.1.6 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. Ainsi, le médecin ne peut se placer en situation de conflit d'intérêts, réel ou apparent.

Le médecin devra donc toujours, lorsque différents intérêts sont en présence, privilégier les intérêts de son patient par rapport aux siens. Cette obligation d'indépendance professionnelle se décline sous plusieurs aspects dans la pratique du médecin. Notons, entre autres, l'obligation pour le médecin de s'assurer que la priorité d'accès à des soins médicaux soit donnée à un patient strictement en fonction de critères de nécessité médicale.

Il est également à noter que le médecin doit respecter le libre choix du patient en lui indiquant, sur demande, les endroits où il peut recevoir les services thérapeutiques ou diagnostiques au moment de lui remettre une ordonnance ou une requête à cette fin.

La vente par le médecin de médicaments, d'appareils et d'autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé n'est pas permise, sauf pour les appareils qu'il installe ou pour les médicaments et produits qu'il administre directement. Aussi, il est clairement interdit au médecin de recevoir un avantage financier autre que ses honoraires lorsqu'il prescrit des appareils, des examens ou des médicaments. Cette interdiction s'applique en tout temps, que le médecin reçoive cet avantage financier directement, indirectement ou par une entreprise qu'il contrôle[24]. Ce principe s'applique également lorsque le médecin délivre une ordonnance collective au bénéfice d'un groupe de personnes ou d'une population. De même, le médecin qui facture des honoraires disproportionnés par rapport aux circonstances et à la nature des services rendus s'expose potentiellement à une situation de conflit d'intérêts.

Finalement, le médecin expert doit également s'assurer de n'agir que comme expert. Ainsi, le médecin traitant ne peut agir comme expert dans une cause qui concerne son patient[25].

Il est bien entendu impossible d'énumérer ici toutes les situations de conflits d'intérêts réels ou potentiels. Le médecin doit ainsi adopter une réflexion éthique lorsque des questions concrètes se posent dans le cadre de son exercice. Il ne doit pas permettre que son titre soit utilisé à des fins commerciales. Il doit ignorer

---

[24] Il y a une seule exception : le médecin qui a participé au développement du produit qu'il prescrit, auquel cas il en informe son patient (*Code de déontologie des médecins*, art. 73, dernier alinéa).

[25] *Code de déontologie des médecins*, art. 66.

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. Évidemment, il ne peut permettre qu'une autre personne physique ou morale ne pose en son nom des actes qui feraient en sorte qu'il contrevienne à la législation professionnelle.

7.1.7 La publicité et les déclarations publiques[26]

Plusieurs questions concernant la publicité et les déclarations publiques faites par les médecins ayant été soulevées au cours des dernières années, le *Code de déontologie des médecins* a été modifié pour contenir une section spécifique traitant de ces sujets. La pierre angulaire de ces nouvelles règles est l'honnêteté du message. Le médecin doit éviter toute publicité fausse, trompeuse, incomplète ou susceptible d'induire en erreur. Selon les nouvelles dispositions, certaines pratiques comme l'usage des termes comparatifs ou superlatifs ou encore l'usage des témoignages d'appui ne sont plus prohibés, à moins qu'ils ne contribuent à biaiser l'information. Le médecin doit de plus indiquer clairement son nom et un titre de spécialiste (en médecine de famille ou dans toute autre spécialité), et ce, dans toute publicité ou tout autre outil d'identification visant à offrir ses services professionnels (art. 92).

7.1.8 Les dossiers et les honoraires

En ce qui a trait à l'accessibilité et à la rectification des dossiers, qui sont traitées 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 ne réclame que des honoraires justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus (art. 104). Dans les cas où le patient assume des honoraires, le médecin doit l'informer préalablement du coût approximatif et prévisible de ses services. Il doit fournir à son patient une facture détaillée de ses services, des fournitures médicales et des appareils, médicaments et produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé dont il réclame le coût. Le *Code* précise que le prix des services, fournitures et frais accessoires à un service non assuré, de même que

[26] Voir à ce sujet les règles concernant la publicité et les déclarations publiques présentées dans ce document, ainsi que le guide *Le médecin, la publicité et les déclarations publiques*.

celui des services médicaux non assurés ou considérés comme tels, doit être affiché à la vue du public dans l'aire d'attente du lieu où il exerce (art. 105)[27].

Il doit lui fournir les explications nécessaires pour qu'il comprenne bien le compte d'honoraires, et ce, préalablement à la dispensation des soins. 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 concernant le montant d'un compte pour des services professionnels, celui-ci peut être soumis à l'attention du syndic, conformément au *Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des médecins*.

7.1.9 Les relations entre professionnels et les relations avec le Collège

La continuité et la qualité des soins à offrir au patient comportent des exigences sur le plan des relations entre médecins et avec les autres professionnels. Le dénigrement ou le harcèlement, entre autres, n'est acceptable 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 disponible lorsque sa présence 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, il est important de les observer scrupuleusement, tant pour assurer la protection du public que dans l'intérêt des membres de l'ordre professionnel. Tout médecin ayant une question à soumettre concernant ses obligations déontologiques peut joindre le Centre d'information du Collège qui s'assurera d'y donner suite.

---

[27] Voir à ce sujet *Indépendance professionnelle et frais réclamés aux patients*, Direction des enquêtes, mise à jour janvier 2019.

7.2 Les obligations des médecins en vertu d'autres règlements

Outre le *Code de déontologie des médecins*, d'autres règlements importants découlant de la *Loi médicale* et du *Code des professions* encadrent la pratique médicale, dont :

- le règlement concernant les dossiers;
- le règlement relatif aux stages et aux cours de perfectionnement;
- le règlement concernant l'assurance responsabilité professionnelle;
- le règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin;
- le règlement sur l'inspection professionnelle;
- le règlement sur la formation continue obligatoire.

7.2.1 Le règlement concernant les dossiers

En vigueur depuis 2012, le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* comprend plusieurs normes que le médecin doit respecter dans l'exercice de sa profession en ce qui a trait, entre autres, au bureau ou au cabinet, aux dossiers et aux registres.

Par ailleurs, il est utile de mentionner que ce règlement est actuellement en révision afin, principalement, d'ajouter des normes quant au dossier médical électronique.

Le dossier médical

Le médecin doit constituer et maintenir un seul dossier médical par patient par lieu d'exercice pour toute personne qui le consulte, qu'elle s'adresse directement à lui, lui soit dirigée ou soit rejointe par lui, peu importe l'endroit de la consultation.

Un dossier doit aussi être constitué et maintenu :

1° pour toute personne qui participe à un projet de recherche à titre de sujet de recherche;

2° pour toute population ou partie de celle-ci lors d'une intervention en santé publique.

Par ailleurs, les médecins qui exercent en groupe peuvent constituer un seul dossier médical par patient.

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, aux autres professionnels qui interviennent auprès du patient, à d'autres établissements de santé ou à tout autre organisme ou personne concernée.

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

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 il 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.

Le règlement établit 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 modifications au 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.

La conservation des dossiers

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.

Dans le cas d'un dossier actif, tout document datant de moins de cinq ans doit être conservé, alors que la partie datant de plus de cinq ans depuis la dernière inscription ou insertion peut être détruite à l'exception :

1° des rapports d'anatomopathologie;

2° des rapports d'endoscopie;

3° des comptes rendus opératoires et d'anesthésie de chirurgies majeures.

Ces trois types de documents doivent être conservés aussi longtemps que le dossier est actif. Ils peuvent donc uniquement être détruits lorsque le dossier devient inactif, soit cinq ans après la dernière insertion ou inscription.

Les tests génétiques, quant à eux, doivent être conservés pendant une période supplémentaire de dix ans, à moins qu'ils n'aient été remis à la personne concernée ou qu'il en existe un autre exemplaire.

Il est à noter que lorsque le médecin exerce dans un centre exploité par un établissement, les règles de conservation et de destruction sont celles applicables au dossier de l'usager. Le dossier de l'usager fait référence ici au dossier appartenant à l'établissement.

Finalement, dans tous les cas, le médecin doit s'assurer que les mesures de sécurité propres à assurer la confidentialité des renseignements personnels d'un patient sont respectées lors de la destruction d'un dossier médical. Par exemple, un dossier ne peut être laissé non déchiqueté dans un bac de recyclage à l'extérieur d'une clinique ou simplement abandonné sur les lieux lors de la fermeture d'une clinique.

La cession des dossiers

1. Cessation d'exercice

Lorsqu'un médecin cesse d'exercer sa profession et qu'il exerçait ailleurs que dans un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, il doit soumettre pour information le nom d'un cessionnaire ou d'un gardien provisoire au secrétaire de l'ordre, et ce, dans les 30 jours de la prise d'effet de la décision. Toutefois, lorsque la cessation d'exercice consiste en une radiation de moins d'une année, le médecin doit conserver la garde des dossiers de ses patients s'il ne les a pas déjà cédés à un cessionnaire ou à un gardien provisoire et que le Collège ne considère pas une telle cession comme nécessaire pour la protection du public. Il est important de noter que le membre qui n'a pas pu trouver de cessionnaire pour ses dossiers et qui ne peut en assurer la conservation devra les céder au secrétaire du Collège.

Le terme « cessionnaire » désigne un médecin ou un groupe de médecins à qui sont cédés les effets d'un médecin lors d'une cessation définitive d'exercice, tandis que le terme « gardien provisoire » désigne un médecin, un groupe de médecins ou un ayant cause d'un médecin décédé, à qui sont confiés les effets d'un médecin avant qu'un cessionnaire soit désigné ou lors d'une cessation temporaire d'exercice.

Le médecin qui cesse d'exercer sa profession mais qui demeure inscrit au tableau de l'ordre en tant que membre inactif doit conserver la garde de ses dossiers, à moins que le Collège ne considère qu'une cession est nécessaire pour la protection du public. Outre son obligation de répondre aux demandes d'accès, le membre inactif qui a la garde de ses dossiers devra, sur demande de ses patients, transférer leur dossier à un collègue ou en faire une copie. Dans certains cas, il

recevra les résultats d'examens de ses anciens patients. N'étant toutefois plus détenteur d'une assurance responsabilité professionnelle, il ne pourra assurer leur suivi. Il devra alors prendre les mesures conservatoires requises pour qu'un collègue assure le suivi des résultats auprès de ses anciens patients. Il peut, s'il le désire, transmettre l'original du dossier médical de son patient à un collègue. Lorsqu'il procède de cette façon, il doit conserver un registre dans lequel il indique le nom du patient, le nom du médecin à qui le dossier a été transmis, de même que la date de transmission.

Il est utile de mentionner que, quel que soit le support utilisé (papier ou autres), le médecin doit s'assurer que le dossier médical d'un patient est complet et qu'il contient en un seul lieu l'ensemble des renseignements et documents pertinents au suivi médical du patient. Dans tous les cas, le médecin qui cesse d'exercer doit :

- aviser le secrétaire du Collège de la date prévue pour la cessation d'exercice, au plus tard 30 jours avant cette date;
- prendre immédiatement les mesures nécessaires pour que ses dossiers et ses registres soient conservés ou détruits dans le respect de leur caractère confidentiel et en conformité avec les règles prévues à cette fin;
- prendre les mesures nécessaires au plus tôt mais au plus tard dans les 30 jours suivant la cessation d'exercice, pour que les personnes qui l'ont consulté puissent le joindre afin de faire transférer une copie ou l'original de leur dossier médical à un autre médecin, le cas échéant, et en informer ses patients dans un délai raisonnable et par un moyen approprié;
- dresser et maintenir une liste des dossiers transférés, pendant au moins 5 ans à compter du jour de sa cessation d'exercice;
- se défaire, dans les 30 jours suivant la cessation d'exercice et de façon sécuritaire, des médicaments, des vaccins, des produits et des tissus biologiques ainsi que des produits et des substances inflammables, toxiques ou volatils;
- s'assurer de pouvoir répondre dans un délai raisonnable à toute demande d'accès aux dossiers et prévoir un mécanisme de suivi en cas d'absence prolongée;
- prendre les mesures nécessaires afin de sauvegarder les intérêts des patients.

2. Convention de cession

Toute convention concernant une cession ou une garde provisoire doit être constatée par écrit et une copie doit être expédiée au secrétaire de l'ordre dans les 30 jours de sa prise d'effet. Un modèle de convention est accessible sur le site Web du Collège.

La convention peut intervenir à titre gratuit ou à titre onéreux; dans ce dernier cas, elle peut prévoir une rémunération du cessionnaire ou du gardien provisoire par le médecin ou ses ayants cause. Cependant, dans tous les cas où le Collège prend possession des dossiers médicaux d'un médecin, une facture est transmise à ce dernier ou aux ayants cause. En effet, tous les honoraires et les frais assumés par le Collège lors d'une cession doivent être remboursés. Ces sommes comprennent notamment les frais d'administration, de conservation, de gestion, de garde et de destruction.

3. Changement de lieu d'exercice

Lorsqu'un médecin qui assure le suivi clinique d'un patient estime que son changement de lieu d'exercice peut compromettre ce suivi, il doit lui communiquer, par le moyen qu'il considère comme le plus approprié, l'adresse de son nouveau lieu d'exercice ainsi que son numéro de téléphone.

4. Pratique de groupe

Les médecins qui exercent en groupe et qui ne constituent qu'un seul dossier médical par patient ou par population doivent s'assurer que les documents et renseignements qu'il contient sont accessibles en tout temps à l'ensemble des médecins du groupe. Lorsque l'un des médecins qui exercent en groupe quitte le groupe, les autres médecins doivent, selon le cas :

1° continuer d'assumer la responsabilité de la tenue, de la détention et du maintien du dossier médical;

2° à la demande de la personne à qui appartient le dossier médical, s'assurer, dans l'année de départ du médecin, que le dossier ou une copie de celui-ci soit remis à ce dernier;

3° à la demande de la personne à qui appartient le dossier médical, faire le nécessaire pour que le dossier ou une copie de celui-ci soit remis à un autre médecin. Si le patient donne le nom d'un médecin, alors le dossier devra être transféré à ce dernier, mais si le patient ne donne pas le nom d'un médecin, les autres médecins du groupe devront transférer le dossier au médecin de leur choix.

En l'absence d'une demande à cet effet par la personne à qui appartient le dossier, lorsque les médecins du groupe reconnaissent que celui qui quitte est le médecin

qui a assuré la prise en charge et le suivi d'une personne, le groupe doit remettre à ce médecin, à sa demande, le dossier original ou la partie pertinente du dossier. Dans un tel cas, à moins d'une entente préalable, la totalité des frais est payée par le médecin qui quitte le groupe. Les autres médecins conservent pendant cinq ans la liste des dossiers remis au médecin qui quitte ou la liste des parties de dossiers qui lui sont remises.

5. Questions / Réponses

5.1 Est-ce qu'un médecin peut faire entreposer ses dossiers papier dans une juridiction hors du Québec?

Un médecin ne peut faire entreposer ses dossiers papier dans une juridiction hors du Québec. Toutefois, il peut les faire entreposer chez une entreprise externe qui les conservera dans un lieu assurant le respect de la confidentialité, effectuera les photocopies et dressera la facturation, conformément à ses instructions. Cette entreprise doit obligatoirement être située au Québec.

Toutefois, un médecin ne peut pas céder les dossiers à l'entreprise externe, telle une firme de gestion ou d'archivage. Compte tenu de la nature des responsabilités que seul le médecin doit assumer, ni le patient concerné, ni toute autre personne, ne peut s'adresser directement à une telle entreprise externe pour toute demande inhérente à l'accès au dossier médical.

5.2 Quel est le rôle du médecin qui prend sous sa responsabilité les dossiers médicaux d'un autre médecin?

Le médecin responsable des dossiers médicaux d'un collègue doit, principalement :

a) assurer l'accessibilité aux dossiers;

b) conserver une liste des dossiers et des registres qui lui ont été transférés;

c) prendre les mesures nécessaires pour que les dossiers et les registres soient conservés et détruits, notamment dans le respect de leur caractère confidentiel;

d) disposer de façon sécuritaire des médicaments, des vaccins, des produits et des tissus biologiques, ainsi que des produits et des substances inflammables, toxiques ou volatiles.

5.3 Les règles en matière de cession de dossiers médicaux sont-elles les mêmes pour les dossiers électroniques et pour les dossiers papier?

Quel que soit le support utilisé, le médecin doit s'assurer que le dossier médical d'un patient est complet et qu'il contient en un seul lieu l'ensemble des renseignements et documents pertinents au suivi médical du patient. Dans tous les

cas, le médecin qui cesse d'exercer doit s'assurer de poser les actions appropriées (voir le point 1, *Cessation d'exercice*).

Les registres

Le médecin doit, pour tout lieu où il exerce, constituer et maintenir divers registres :

1° un registre dans lequel sont identifiées toutes les personnes qui l'ont consulté, incluant celles qu'il a évaluées à domicile ou au sans rendez-vous, et dans lequel est inscrite la procédure chirurgicale ou l'intervention effractive pratiquée lors de cette consultation, en excluant les injections et les infiltrations de médicaments, ainsi que le type d'anesthésie administrée. À noter que lorsque ces renseignements sont contenus dans le cahier de rendez-vous ou au registre de facturation à la RAMQ, ces derniers peuvent tenir lieu de ce registre;

2° un registre dans lequel sont identifiées toutes les personnes soumises à une procédure chirurgicale ou à une intervention effractive pour lesquelles il y a eu envoi d'un prélèvement d'une partie d'un corps humain ou d'un objet;

3° un registre dans lequel sont identifiés les incidents et accidents survenus durant ou en lien avec une intervention médicale effractive requérant une anesthésie, une sédation ou analgésie ainsi que les mesures prises pour les prévenir;

4° 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;

5° un registre des benzodiazépines d'usage parentéral, des drogues contrôlées et des stupéfiants, au sens de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (S.C. 1996, c. 19), dans lequel sont inscrites la nature et la quantité de ces substances qu'il a en sa possession, l'identité de toutes les personnes 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 disposition.

Guides d'exercice et ateliers de formation

Les règles relatives à la tenue de dossiers peuvent varier selon que le médecin exerce en cabinet privé ou en établissement. Le Collège a aussi produit un guide traitant plus spécifiquement de la rédaction et de la tenue des dossiers en cabinet de consultation et en CLSC, un guide sur la tenue des dossiers par les médecins en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ainsi qu'un guide sur l'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier médical constitué par le

médecin exerçant en cabinet. Le Collège organise également des ateliers sur la tenue des dossiers.

7.2.2 Le règlement relatif aux stages et aux cours de perfectionnement

Tout membre inscrit au tableau de l'ordre et se retrouvant dans l'une des situations énumérées ci-après peut être obligé de suivre avec succès un stage ou un cours de perfectionnement, ou les deux à la fois, à la suite d'une recommandation du comité d'inspection professionnelle ou du conseil de discipline :

- le médecin a repris son droit d'exercer la médecine 2 ans ou plus après que ce droit a été limité ou suspendu;
- le médecin a cessé l'exercice de la médecine auprès de patients pendant une période de 3 ans ou plus, à moins d'avoir exercé la médecine pendant une période équivalant à plus de 12 mois au cours des 5 dernières années;
- le médecin a commencé à exercer la médecine dans un domaine où il n'a jamais exercé ou après avoir exercé dans un autre domaine pendant 3 ans ou plus;
- le médecin a exercé la médecine pendant une période équivalant à moins de 12 mois au cours des 5 dernières années;
- le médecin a échoué à un stage volontaire supervisé par un médecin visant à perfectionner son exercice professionnel ou à mettre à jour ses compétences.

Mentionnons qu'en vertu du *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins*, le médecin doit informer le secrétaire du Collège des médecins lorsqu'il change de domaine ou qu'il commence à exercer dans un nouveau domaine.

Un médecin qui accumule les échecs ou les manquements par rapport au(x) stage(s) ou au(x) cours de perfectionnement lui étant imposé(s) pourrait être radié du tableau de l'ordre ou alors voir son droit d'exercer la médecine limité définitivement.

En outre, un médecin qui se trouve dans l'une des situations suivantes peut devoir effectuer un stage ou un cours de perfectionnement à la suite d'une décision du comité exécutif :

- le médecin demande la délivrance d'un permis alors qu'il a cessé d'exercer pour une période de 3 ans et plus;
- le médecin détient un permis sans être inscrit au tableau de l'ordre depuis 3 ans;

- le médecin détient un permis sans être inscrit au tableau de l'ordre depuis 2 ans et il a fait l'objet d'une radiation.

Une fois la compétence du médecin évaluée et sur la base des résultats de l'évaluation, le comité exécutif peut décider de refuser au médecin la délivrance du permis ou l'inscription au tableau. Il peut aussi l'inscrire au tableau de l'ordre mais limiter ou suspendre son droit d'exercer des activités professionnelles jusqu'à ce qu'il ait complété avec succès un stage ou un cours de perfectionnement, ou les deux à la fois.

7.2.3 Le règlement concernant l'assurance responsabilité professionnelle

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, l'article 2.01 du *Règlement sur l'assurance responsabilité professionnelle des médecins* énonce que 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 conditions imposées dans 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.

Mentionnons qu'un médecin est réputé s'être conformé aux dispositions du règlement s'il transmet au secrétaire de l'ordre, avec son inscription au tableau, une déclaration selon laquelle il est membre de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) ainsi que son numéro de membre.

De plus, un médecin qui exerce sa profession uniquement pour le compte d'un organisme privé ou public sur une base salariale est réputé s'être conformé au règlement s'il transmet au secrétaire de l'ordre, avec son inscription au tableau, une déclaration selon laquelle 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.

Finalement, un médecin n'est pas tenu de détenir et de maintenir en vigueur un contrat d'assurance établissant une garantie contre sa responsabilité professionnelle :

1° s'il n'exerce en aucune circonstance l'une des activités mentionnées à l'article 31 de la *Loi médicale*;

2° s'il exerce sa profession exclusivement à l'extérieur du Québec.

7.2.4 Le règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin

En vertu de l'article 39.3 du *Code des professions*, le terme « ordonnance » est une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective.

Le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* distingue :

- l'ordonnance individuelle, donnée par un médecin à une personne habilitée et visant un patient;
- l'ordonnance collective, qui peut être donnée par un médecin ou un groupe de médecins, et vise un groupe de patients;
- le protocole médical externe, qui décrit les procédures, méthodes, limites ou normes applicables pour une condition particulière dans un établissement.

L'ordonnance individuelle

Lors de la rédaction d'une ordonnance individuelle, que ce soit notamment pour un médicament, un traitement, un examen ou une analyse de laboratoire, tous les éléments suivants doivent être présents[28] :

1° L'identification du prescripteur

Celle-ci doit comporter le nom du médecin, imprimé ou en lettres moulées, son numéro de permis d'exercice, le nom de l'établissement ou du milieu clinique, le numéro de téléphone et l'adresse de correspondance où il souhaite être joint relativement à cette ordonnance, afin que les professionnels puissent si nécessaire communiquer avec lui. L'identification du prescripteur doit également inclure obligatoirement sa signature. Toutefois, si l'ordonnance est rédigée à l'intention d'un patient séjournant dans un établissement, le médecin n'a pas à inscrire le nom de l'établissement ou du milieu clinique ainsi que le numéro de téléphone et l'adresse de correspondance où il souhaite être joint relativement à l'ordonnance rédigée.

2° L'identification du patient

L'ordonnance doit indiquer le nom du patient, sa date de naissance ou son numéro d'assurance maladie de la RAMQ. Pour éviter de confondre des personnes qui portent le même nom, on peut également y inscrire d'autres éléments d'identification, tels l'adresse ou le sexe.

3° La date de rédaction et la période de validité

La date de rédaction marque le point de départ de l'ordonnance. Sous réserve des exceptions prévues au règlement, la période de validité de l'ordonnance individuelle, sauf pour l'ordonnance de médicaments, n'est pas limitée dans le temps, à moins d'indication contraire du médecin. Par ailleurs, la période de validité de l'ordonnance n'est pas affectée par le décès, la radiation du tableau ou la démission du prescripteur. En effet, comme l'ordonnance a été rédigée par un médecin en exercice, elle demeure valide même lorsque l'un de ces événements survient, à l'exception d'un médecin faisant l'objet d'un avis de Santé Canada selon lequel il est interdit à un pharmacien, selon le cas, de délivrer, vendre ou fournir toute drogue contrôlée, toute benzodiazépine ou autre substance ciblée, ou tout stupéfiant prescrit par ce médecin[29].

---

[28] Voir le guide publié en 2016 par le Collège et intitulé *Les ordonnances individuelles faites par un médecin*.

[29] *Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées*, DORS/2000-217.

4° La documentation au dossier et autres renseignements

Le contenu de chaque ordonnance doit être consigné dans le dossier médical du patient, quel que soit le support utilisé. Pour éviter d'avoir à réécrire l'ordonnance, le médecin peut en conserver une copie, qui tient alors lieu d'ordonnance dans son dossier. La partie non utilisée de la feuille d'ordonnance doit être rayée d'un trait oblique. S'il le juge utile, le médecin pourra inscrire toute contre-indication ou tout autre renseignement requis par la condition clinique du patient.

5° La lisibilité

Toute ordonnance doit être facilement lisible pour éviter toute confusion ou erreur. Bien que le règlement n'en fasse pas mention, une ordonnance peut être rédigée en français ou en anglais. Toutefois, si l'établissement l'impose, l'ordonnance doit être rédigée en français. Que l'ordonnance soit rédigée en français ou en anglais, le médecin pourra la traduire dans une autre langue, sur un autre document, afin qu'elle soit comprise par le patient.

6° L'interdiction de faire la promotion de produits, de services ou de fournisseurs

Les ordonnances ne doivent pas comporter de nom ni de logo de produits, de services ou de fournisseurs de produits ou de services en particulier. Les mêmes règles s'appliquent au médecin qui utilise un outil technologique pour la rédaction d'une ordonnance, y compris les outils d'aide à la décision. Il est donc interdit d'utiliser des carnets d'ordonnances émanant de laboratoires ou d'autres fournisseurs de services et de produits, qu'il s'agisse par exemple de physiothérapie, d'audiologie, d'orthèses ou autres. Le médecin doit également s'assurer que les outils technologiques ne permettent la diffusion d'aucune forme de promotion de produits, de services ou de fournisseurs de produits ou de services en particulier.

Par ailleurs, certains types d'ordonnances ont des spécifications. Par exemple, l'ordonnance individuelle qui vise un médicament doit aussi contenir les éléments suivants :

1° le nom intégral du médicament;

2° la posologie;

3° la voie d'administration;

4° la durée du traitement ou la quantité prescrite.

L'ordonnance collective

Elle doit être délivrée par écrit et contenir les renseignements énumérés ci-dessous[30] :

1° la date d'entrée en vigueur;

2° le nom de l'ordonnance collective et son objet;

3° les professionnels ou les personnes habilitées qui peuvent exécuter l'ordonnance et les exigences professionnelles requises, le cas échéant;

4° les circonstances telles que le groupe de personnes visé ou la situation clinique visée;

5° l'activité professionnelle visée par l'ordonnance;

6° les indications donnant ouverture à l'utilisation de l'ordonnance;

7° l'intention ou la cible thérapeutique, lorsque l'activité consiste à ajuster un médicament, une substance ou un traitement;

8° le protocole médical ou la référence à un protocole médical externe;

9° les contre-indications, le cas échéant;

10° les limites ou les situations pour lesquelles le patient doit être dirigé vers un médecin;

11° le nom du médecin répondant ou un mécanisme permettant d'identifier un répondant au moment où l'ordonnance est individualisée, de même que les responsabilités du médecin répondant;

12° les outils de référence, le cas échéant;

13° les sources;

14° la dernière date de révision de l'ordonnance;

15° le nom, imprimé ou en lettres moulées, le numéro de téléphone et le numéro de permis d'exercice de tous les médecins prescripteurs;

16° le mode de communication et les renseignements qui doivent être transmis pour assurer le suivi médical avec le médecin traitant;

17° la signature des médecins prescripteurs et du médecin répondant si ce dernier n'est pas un prescripteur ou, en établissement, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

L'ordonnance visant à initier des mesures diagnostiques ou thérapeutiques, ou un traitement médicamenteux doit également préciser la condition pour initier ainsi

[30] Se référer au guide publié en 2017 par le Collège et intitulé *Les ordonnances collectives*; voir également dans le site Web du Collège la section Questions-réponses sur les ordonnances faites par un médecin ainsi que la section du site Web de l'INESSS consacrée aux protocoles médicaux.

que les indications et contre-indications possibles. Et pour ce qui est de l'ordonnance visant à ajuster des traitements, elle doit inclure l'intention thérapeutique ainsi que les indications et contre-indications possibles.

Le contenu de l'ordonnance collective doit être révisé au plus tard aux 36 mois.

7.2.5 Le règlement sur l'inspection professionnelle

Le *Règlement sur l'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec* prévoit les normes applicables quant au processus d'inspection professionnelle. Il précise les pouvoirs des différents acteurs impliqués dans ce processus et encadre la constitution du dossier d'inspection professionnelle, de même que les différentes étapes d'une inspection professionnelle.

Le responsable de l'inspection professionnelle et le comité d'inspection professionnelle

Le Conseil d'administration nomme une personne responsable de l'inspection professionnelle, de même que les inspecteurs qui l'assistent. Le Conseil d'administration nomme également les onze personnes qui agissent à titre de membres du comité d'inspection professionnelle (CIP) et le secrétaire du comité, qui en coordonne les activités. Le CIP est formé d'un administrateur élu ne siégeant pas au comité exécutif, qui agit comme président du comité, d'un administrateur nommé par l'Office des professions du Québec ne siégeant pas au comité exécutif et de 9 médecins inscrits au tableau de l'ordre depuis au moins 10 ans. Le mandat des membres du CIP est de 2 ans et il est renouvelable. Un membre ne peut toutefois exercer plus de 4 mandats.

Le responsable de l'inspection professionnelle surveille l'exercice de la profession conformément au programme de surveillance générale déterminé par le CIP et approuvé par le Conseil d'administration. Il dresse périodiquement la liste des médecins qui feront l'objet d'une inspection, désigne l'inspecteur et nomme les experts qui peuvent l'assister, le cas échéant. En effet, le responsable peut juger opportun qu'un médecin expert d'une discipline apparentée à celle du médecin inspecté se joigne au médecin inspecteur durant la visite.

À la suite d'une inspection, le responsable de l'inspection reçoit le rapport et transmet ses commentaires ou demandes au membre visé pour l'amélioration ou le maintien de la qualité de son exercice professionnel. Toutefois, si le responsable de l'inspection envisage l'imposition d'un stage, d'un cours de perfectionnement, des deux à la fois ou d'une autre mesure prévue au règlement, il devra saisir le CIP de sa recommandation. En effet, seul le CIP peut imposer une telle mesure, sur recommandation du responsable. Le CIP peut également, sur recommandation du responsable, limiter ou suspendre le droit d'exercer des activités professionnelles d'un membre à qui il impose un stage, un cours de perfectionnement ou une autre mesure prévue au règlement, jusqu'à ce que le membre ait rencontré cette

obligation. De plus, en cas d'échec ou de manquement répété à une obligation imposée avec limitation ou suspension, le CIP peut, après avoir donné l'occasion au professionnel de faire valoir ses représentations, radier ou limiter définitivement son droit d'exercer.

Le dossier d'inspection professionnelle

Le responsable de l'inspection professionnelle constitue et tient à jour un dossier pour chaque médecin qui fait l'objet d'une inspection.

Un dossier est également constitué pour chaque lieu d'exercice où une inspection de l'exercice collectif est effectuée.

Le dossier contient tous les documents et renseignements relatifs à une inspection, notamment les questionnaires, les observations du médecin, les rapports d'inspection, les recommandations du responsable de l'inspection professionnelle, les rapports de stage et les décisions du comité, le cas échéant.

Le médecin a le droit de consulter son dossier d'inspection professionnelle et d'en obtenir copie moyennant des frais raisonnables. Préalablement à la consultation ou à la remise au médecin d'une copie de son dossier, toute information permettant d'identifier la personne qui a suscité l'inspection doit être masquée.

Inspection professionnelle

Les inspections effectuées par le Collège peuvent viser la compétence professionnelle d'un médecin ou l'exercice collectif en établissement.

Préalablement à l'inspection

À l'exception des visites visant l'exercice collectif en établissement, toute visite d'inspection débute par la notification au médecin, par l'inspecteur, d'un questionnaire, lequel doit être rempli et retourné à l'inspecteur avec les documents requis. De plus, au moins 15 jours avant la date fixée pour une inspection, l'inspecteur notifie au médecin un avis écrit, à moins qu'une telle notification puisse compromettre les fins poursuivies par l'inspection. Lorsque le médecin exerce en établissement, un avis est également notifié au directeur des services professionnels, dans le même délai. Pour ce qui est des inspections de l'exercice collectif, le délai d'avis est d'au moins 60 jours avant la date fixée pour l'inspection. L'avis doit alors être transmis également au président du CMDP, au directeur des services professionnels, au médecin-chef du service médical, au médecin responsable ou au directeur médical, selon le cas, aux fins d'information et d'affichage.

Obligations du médecin visé par l'inspection

Le médecin visé par l'inspection doit prévenir l'inspecteur de tout motif sérieux l'empêchant de recevoir un inspecteur ou un expert à la date prévue, et ce, dès la notification de l'avis, afin de convenir d'une nouvelle date. De plus, le médecin qui fait l'objet de l'inspection doit être présent sur les lieux de l'inspection, doit se rendre disponible lorsqu'un inspecteur ou un expert le requiert et doit lui assurer l'accès à ses dossiers et à son cabinet. 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. Lorsqu'un dossier, un registre, un médicament, une substance, un appareil ou un équipement visé par une inspection est détenu par un tiers, le médecin doit, sur demande du responsable de l'inspection professionnelle, d'un inspecteur ou d'un expert, autoriser celui-ci à y avoir accès et, le cas échéant, à en prendre copie sans frais.

Outils d'évaluation

L'inspecteur et l'expert qui l'accompagne, le cas échéant, peuvent, dans le cadre d'une inspection, procéder à la révision et à l'analyse de dossiers et d'autres documents détenus par le médecin, 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.

Ils peuvent également avoir recours à des questionnaires adressés au directeur médical, au directeur des services professionnels ou au chef de département du lieu d'exercice professionnel du médecin.

À la suite de l'inspection, l'inspecteur rédige un rapport qu'il transmet au responsable d'inspection professionnelle. Ce rapport inclut notamment la liste des dossiers examinés ainsi que ses constats et conclusions.

Recommandations du responsable de l'inspection professionnelle et décision du comité d'inspection professionnelle

Lorsque le responsable de l'inspection, après étude du rapport d'inspection, estime qu'il n'y a pas lieu de recommander au CIP un stage, un cours de perfectionnement, ou une autre mesure prévue au règlement, il en notifie le membre visé dans les plus brefs délais. Le responsable peut également transmettre au membre des commentaires pour l'amélioration ou le maintien de la qualité de son exercice professionnel, de même que des demandes de correctifs, de participation à des activités de formation ou de visite de contrôle.

Comme mentionné plus haut, c'est le CIP qui a compétence quant à l'imposition d'un stage, d'un cours de perfectionnement, des deux à la fois ou d'une des mesures suivantes, sur recommandation du responsable de l'inspection

professionnelle : réussir un tutorat, avec ou sans observation directe, participer à des ateliers organisés par l'ordre, faire des lectures dirigées ou participer à un programme de suivi administratif. Le responsable de l'inspection professionnelle peut prendre en compte l'évaluation faisant état de l'échec d'un stage, d'un tutorat ou d'un cours de perfectionnement dans le cadre de l'élaboration de sa recommandation. Ainsi, lorsque le responsable entend recommander au CIP d'imposer une de ces mesures, il en avise le médecin, qui aura la possibilité de présenter ses observations au responsable avant que la recommandation ne soit formulée. Le responsable notifie ensuite ses recommandations motivées au CIP, qui permettra également au médecin de présenter ses observations avant de rendre sa décision.

Dans le cadre d'une inspection générale de l'exercice collectif en établissement, le responsable pourra transmettre aux médecins visés et, selon le cas, au médecin-chef du service médical, au médecin responsable, au directeur médical, au directeur des services professionnels ou au chef de département des commentaires et suggestions appropriées pour l'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel des médecins. Il pourra également requérir des médecins visés qu'ils fassent un rapport écrit des correctifs apportés et effectuer une visite de contrôle afin de vérifier l'adéquation des correctifs identifiés.

Le Collège a publié, à l'intention des médecins, un dépliant portant sur l'inspection professionnelle.

7.2.6 Le règlement sur la formation continue obligatoire

Les médecins visés par le règlement

Tous les médecins inscrits au tableau du Collège et exerçant la médecine au sens de l'article 31 de la *Loi médicale* sont visés par le *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins*[31], en vigueur depuis le 1er janvier 2019, quel que soit le temps consacré à l'exercice de leur profession, leur champ d'activité ou leur lieu d'exercice.

L'article 31 de la *Loi médicale* définit l'exercice de la médecine et énumère la liste des activités réservées au médecin, dont le diagnostic des maladies, la prescription des examens diagnostiques, la détermination du traitement et la prescription de médicaments et autres substances.

Cependant, l'exercice de la médecine ne se résume pas seulement aux activités cliniques. Il comprend également des activités d'autres natures, qu'elles soient

[31] Voir également le guide publié par le Collège en 2019 : *Les obligations des médecins en matière de formation continue*.

médicoadministratives, médicolégales ou autres. À titre indicatif, voici des exemples concrets d'exercice de la profession médicale :

- le directeur de santé publique;
- le médecin spécialiste en santé du travail;
- le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive;
- le médecin dirigeant un département clinique d'un établissement
- le directeur des services professionnels d'un établissement;
- le médecin exploitant et dirigeant un centre de procréation assistée;
- le médecin exploitant un laboratoire d'imagerie médicale générale ou un centre médical spécialisé;
- le directeur régional des services préhospitaliers d'urgence;
- Le médecin coroner permanent ou à temps partiel;
- le médecin-conseil (ex. : BEM, SAAQ, Ministère, RAMQ, CNESST);
- le médecin examinateur;
- le médecin expert;
- le médecin syndic ou inspecteur au Collège des médecins du Québec.

Les activités de formation continue

Le règlement prévoit qu'à chaque année tous les médecins doivent produire une déclaration de leur participation à des activités de formation continue. Il définit trois catégories d'activités de formation continue :

- les activités de développement professionnel reconnues;
- les activités d'évaluation de l'exercice reconnues;
- les activités non « reconnues » mais admissibles à la déclaration périodique.

Le règlement définit aussi les exigences minimales par période de référence (5 ans), c'est-à-dire au moins 250 heures de formation continue, incluant :

- au moins 125 heures d'activités de développement professionnel reconnues;
- au moins 10 heures d'activités d'évaluation de l'exercice reconnues;
- au maximum 115 heures d'activités non « reconnues » mais admissibles à la déclaration.

Le règlement établit également une exigence annuelle de participation à des activités de formation continue :

- au moins 25 heures de participation à des activités de formation continue reconnues (activités de développement professionnel reconnues ou activités d'évaluation de l'exercice reconnues).

Ainsi, les médecins doivent participer à un nombre minimal d'heures de formation par année et par période de référence :

- la période de référence est la même pour tous les médecins, peu importe le moment, au cours de la période, à compter duquel ils deviennent membre actif ou cessent de l'être;
- la première période de référence débute le 1er janvier 2019 et se terminera le 31 décembre 2023.

Finalement, il y a lieu de mentionner que, dans certains cas particuliers, un médecin pourra obtenir une dispense s'il peut démontrer qu'il lui est impossible de participer à des activités de formation continue durant une période déterminée.

8. Le Collège des médecins du Québec et les autres regroupements de médecins

8.1 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 ordres qui constituent le système professionnel québécois, dont près de 30 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 conseil de discipline d'une grande efficacité. Il dispose maintenant de mécanismes très élaborés, d'un effectif de plus d'une centaine de personnes et d'un budget important, qui provient entièrement des cotisations de ses membres. Sa structure actuelle témoigne à la fois de son caractère collégial et des fonctions qu'il doit exercer en tant qu'ordre professionnel.

8.1.1 Les structures du Collège

La structure politique

Le Collège est avant tout un regroupement de plus de 20 000 médecins auxquels la loi confère le pouvoir de s'autoréguler.

Conseil d'administration

Le 8 juin 2017, la Loi 11[32] a modifié les dispositions du *Code des professions* établissant la composition du conseil d'administration (CA) d'un ordre professionnel. Ainsi, d'ici le 8 juin 2021, tous les ordres professionnels devront être administrés par un CA formé d'un maximum de 15 administrateurs. Ce nombre pourra être augmenté à 16 si, à la suite d'une élection, le CA ne comprend pas au moins un administrateur élu qui était âgé de 35 ans ou moins au moment de son élection. À terme, la composition du CA au Collège des médecins sera donc la suivante : 11 administrateurs élus et 4 représentants du public, nommés par l'Office

[32] *Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel*, L.Q. 2017, c. 11.

des professions. Notons que par voie de scrutin secret, les administrateurs élus désignent parmi eux un président dont le mandat est de quatre ans.

Le CA est chargé de la surveillance générale de l'ordre ainsi que de l'encadrement et de la supervision de la conduite des affaires de l'ordre. Il est responsable de l'application des décisions de l'ordre et de celles des membres réunis en assemblée générale et il en assure le suivi.

Le CA est également chargé de veiller à l'application des dispositions du *Code des professions*, de la *Loi médicale* et des règlements adoptés conformément à ce *Code* et à cette *Loi*. Il exerce tous les droits, pouvoirs et prérogatives de l'ordre, sauf ceux qui sont du ressort des membres réunis en assemblée générale. À moins de dispositions contraires, il exerce ses pouvoirs par résolution.

Par ailleurs, le CA voit à la création des comités statutaires dont chaque ordre professionnel doit se doter. Ces comités ont pour fonction de le conseiller sur les orientations à prendre dans leurs domaines respectifs.

Le CA, notamment:

1° veille à la poursuite de la mission de l'ordre;

2° fournit à l'ordre des orientations stratégiques;

3° statue sur les choix stratégiques de l'ordre;

4° adopte le budget de l'ordre;

5° se dote de politiques et de pratiques de gouvernance efficaces, efficientes et transparentes;

6° voit à l'intégrité des règles de contrôle interne, dont celles de gestion des risques, et assure la viabilité et la pérennité de l'ordre.

De plus, le CA, notamment :

1° nomme le secrétaire et le directeur général de l'ordre ;

2° impose à toute personne chargée par l'ordre d'élaborer ou d'appliquer des conditions de délivrance de permis et de certificat de spécialiste l'obligation de suivre une formation sur l'évaluation des qualifications professionnelles, sur l'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi qu'une formation en gestion de la diversité ethnoculturelle, et s'assure qu'elles leur soient offertes ;

3° s'assure que des activités, des cours ou des stages de formation continue, notamment en éthique et en déontologie, sont offerts aux membres de l'ordre et en fait état dans son rapport annuel ;

4° s'assure de l'équité, de l'objectivité, de l'impartialité, de la transparence, de l'efficacité et de la célérité des processus relatifs à l'admission adoptés par

l'ordre et s'assure que ces processus facilitent l'admission à une profession, notamment pour les personnes formées hors du Québec.

Secrétaire

Le secrétaire de l'ordre est nommé par le CA. Celui-ci peut également nommer un ou plusieurs secrétaires adjoints de l'ordre et déterminer leurs attributions.

Le secrétaire agit comme secrétaire de l'ordre, du CA et du comité exécutif. Il est aussi dépositaire des archives de l'ordre et responsable, entre autres, de :

- dresser et mettre à jour le tableau des membres;
- s'assurer du développement et de la mise à jour des règlements du Collège;
- sur le plan électoral, jouer un rôle essentiel notamment en surveillant le déroulement du vote;
- sur le plan de l'assemblée générale annuelle (AGA), poser les actions suivantes :

  1° Préalablement à l'AGA, transmettre aux membres de l'ordre l'information au sujet de la cotisation annuelle, accompagnée des documents suivants:

  - un projet de résolution modifiant la cotisation annuelle, le cas échéant;
  - des prévisions budgétaires, incluant une ventilation de la rémunération des administrateurs élus;
  - un projet de rapport annuel.

  2° À la suite de la transmission de cette information, mener une première consultation concernant le montant de la cotisation annuelle qui sera en vigueur pour l'exercice financier suivant.

  3° Pendant l'AGA, faire rapport aux membres des commentaires reçus au cours de la première consultation, et les membres présents sont ensuite consultés une seconde fois à ce sujet.

Directeur général

Le directeur général est chargé de l'administration générale et courante des affaires de l'ordre. Il assure aussi la conduite des affaires de l'ordre et le suivi des décisions du CA. Suivant de saines pratiques de gestion, il planifie, organise, dirige, contrôle et coordonne les ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles de l'ordre. Par ailleurs, le directeur général du Collège ne peut cumuler d'autres fonctions attribuées en vertu du *Code des professions* ou de la *Loi médicale* que celle de secrétaire de l'ordre.

Président

Le président exerce un droit de surveillance générale sur les affaires du CA. Il veille auprès de la direction générale de l'ordre à la mise en œuvre des décisions du CA et requiert l'information qu'il juge pertinente pour tenir ce dernier informé de tout autre sujet portant sur la poursuite de la mission de l'ordre. Dans la mesure que détermine le CA, il agit à titre de porte-parole et de représentant de l'ordre. Le président assume en outre les autres responsabilités que lui confie le CA. Toutefois, aucune fonction de dirigeant ne lui est attribuée.

Le président :

1° préside les séances du CA ainsi que les délibérations à l'occasion des assemblées générales;

2° est responsable de l'administration des affaires du CA;

3° voit à la bonne performance du CA;

4° coordonne les travaux du CA et de l'assemblée générale;

5° veille au respect par les administrateurs du CA des normes d'éthique et de déontologie qui leur sont applicables.

Le président est un administrateur du CA et il a droit de vote. Il ne peut toutefois cumuler d'autres fonctions attribuées en vertu du *Code des professions* ou de la *Loi médicale*, dont celle de directeur général.

Assemblée générale

Le Collège tient une assemblée générale annuelle (AGA) à l'automne, au cours de laquelle un rapport des activités et un rapport des états financiers sont présentés.

Une période de consultation, d'une durée minimale de 30 jours, précède l'AGA. Les membres sont alors invités à émettre leurs commentaires sur le montant de la cotisation annuelle. Lors de l'AGA, les membres peuvent aussi formuler d'autres commentaires sur la recommandation du CA quant au montant de la cotisation annuelle, avant que ce dernier, lors d'une séance ordinaire ultérieure, ne fixe par résolution le montant définitif de la cotisation.

Au cours de l'AGA, les membres approuvent la rémunération des administrateurs élus en plus de nommer les auditeurs chargés de vérifier les livres et les comptes.

La structure administrative

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

Une direction a été créée pour chacune des fonctions principales du Collège. Elle est composée de médecins employés 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.

La Direction générale coordonne les activités des directions ainsi que les diverses activités des communications et des ressources humaines. En outre, lors de l'élaboration de projets de loi, elle participe régulièrement aux commissions parlementaires et dépose des mémoires qui témoignent des orientations souhaitées par le Collège.

8.1.2 Les fonctions du Collège

Direction des études médicales (DEM)

Le mandat de la Direction des études médicales est de s'assurer que les candidats à l'exercice de la médecine acquièrent la compétence requise pour exercer la médecine de façon autonome et de veiller à l'application des normes de formation professionnelle dans chacun des programmes de médecine de famille et de spécialités. Le champ d'action de la DEM s'étend des études prédoctorales aux études postdoctorales ainsi qu'à la formation médicale continue.

Plus spécifiquement, la DEM a la responsabilité :

- d'élaborer et de mettre à jour les normes et orientations générales et spécifiques du Collège des médecins du Québec en matière de formation des médecins;
- de veiller à l'application des règlements concernant l'agrément des programmes de formation et l'agrément des unités de formation médicale continue des quatre facultés de médecine du Québec et des organismes médicaux offrant des activités de développement professionnel continu aux médecins du Québec;
- de délivrer des permis d'exercice et des certificats de spécialistes et, à cette fin, d'étudier les candidatures soumises;
- 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;
- 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 (CAE)

Ce comité étudie toute demande de délivrance du permis ou d'un certificat de spécialiste et formule une recommandation à l'intention du Conseil d'administration. Il étudie et statue sur toute demande de délivrance ou de renouvellement du permis restrictif de même que sur toute demande de reconnaissance d'équivalence de diplôme ou de formation postdoctorale en vue de l'obtention du permis d'exercice ou d'un certificat de spécialiste.

Le comité des études médicales et de l'agrément (CÉMA)

La fonction principale du comité des études médicales et de l'agrément (CÉMA) est de s'assurer que la formation prédoctorale et postdoctorale prépare adéquatement les candidats à l'exercice de la médecine et étudie toute question s'y rapportant. À cette fin, il collabore avec les instances concernées à l'élaboration des critères d'agrément et au suivi des agréments des programmes de formation postdoctorale, des milieux de formation et des unités universitaires de développement professionnel continu. Il est également responsable de tout le processus d'agrément des unités de DPC des organismes médicaux du Québec.

Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE)

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 et de remédiation;
- 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 d'exercice concernant des aspects réglementaires de l'exercice de la médecine et des sujets choisis par le comité exécutif pour leur intérêt pratique;

- assumer le secrétariat du Conseil de développement professionnel continu médical du Québec, qui est une table de concertation réunissant tous les intervenants impliqués.

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.

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 diffusées 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, s'il y a lieu, 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 au bon déroulement 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 conseil d'administration, 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 d'inspection professionnelle (CIP)

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.

Les membres du CIP et la personne responsable de l'inspection professionnelle sont nommés par le Conseil d'administration. Le responsable de l'inspection professionnelle assume ses fonctions conformément aux programmes d'inspection déterminés par le CIP et approuvés par le CA. Plus précisément, le responsable de l'inspection professionnelle dresse périodiquement la liste des médecins qui feront l'objet d'une inspection professionnelle. Il désigne l'inspecteur et nomme les experts qui peuvent l'assister.

Le responsable de l'inspection professionnelle ou un inspecteur et l'expert qui l'accompagne peuvent, dans le cadre d'une inspection, 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. Ils peuvent également avoir recours à des questionnaires adressés au directeur médical, au directeur des services professionnels ou au chef de département de l'établissement ou de clinique où exerce le médecin.

D'autre part, le responsable de l'inspection professionnelle peut recommander au CIP d'imposer l'une ou plusieurs des obligations suivantes :

1° réussir un tutorat, avec ou sans observation directe, avec ou sans limitation;

2° participer à des ateliers organisés par l'ordre;

3° faire des lectures dirigées;

4° apporter des correctifs afin de se conformer aux normes relatives à la tenue des cabinets ou bureaux des médecins ou fermer le lieu d'exercice jusqu'à ce que le médecin se conforme à ces normes;

5° participer à un programme de suivi administratif.

Le cas échéant, le responsable de l'inspection professionnelle assure le suivi des décisions du CIP auprès du médecin de la façon qu'il considère appropriée.

Le syndic et la Direction des enquêtes (DE)

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

Afin de mener à bien sa mission – promouvoir une médecine de qualité au service du public –, le Collège a adopté divers règlements, dont le *Code de déontologie des médecins*. Pour assurer leur application, le syndic, les syndics adjoints et les conseillères procèdent à des enquêtes. Conformément au *Code des professions*, le syndic est un médecin nommé par le Conseil d'administration du Collège. Sa fonction est de faire enquête à la suite d'une demande explicite ou lorsque sont portés à sa connaissance, ou 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 ce *Code* et de cette *Loi*, 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 l'infraction présumée, la preuve disponible et le dossier du médecin en cause, le syndic peut déposer ou non une plainte devant le conseil 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. La Direction des enquêtes répond aux questions et étudie les demandes qui sont adressées au Collège relativement à la conduite professionnelle 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.

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 par les médecins 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 au médecin visé de remarques ou de recommandations à caractère préventif;
- 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 ou à toute autre activité visant à améliorer sa compétence professionnelle;
- 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;
- le recours au Programme de suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale susceptibles de compromettre un exercice professionnel de la médecine;
- l'inscription volontaire du nom du médecin sur la liste restrictive d'ordonnances de médicaments gérée par Santé Canada;
- 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 afin d'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

Le demandeur d'enquête peut requérir l'avis du comité de révision lorsque, au terme de son enquête, le syndic décide de ne pas déposer de plainte disciplinaire. 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 Conseil d'administration ou des médecins nommés par le Conseil d'administration. Le comité de révision peut maintenir la décision du syndic de ne pas porter plainte devant le conseil 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 conseil de discipline

Le conseil de discipline est composé de trois membres : le président du conseil; un avocat nommé par le gouvernement, et deux médecins désignés par le Conseil d'administration. Il 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 médicale* ainsi qu'aux règlements adoptés en vertu de ces lois, dont les dispositions du *Code de déontologie des médecins*. Les audiences et les décisions du conseil de discipline sont publiques. Le médecin qui témoigne devant ce conseil – 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.

Les sanctions disciplinaires

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 pouvant varier de 2 500 $ à 62 500 $ pour chaque infraction;
- l'obligation de remettre à toute personne à qui elle revient une somme d'argent que le professionnel détient ou devrait détenir 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.

Le conseil de discipline peut également recommander au Conseil d'administration d'imposer la réussite d'un stage et/ou d'un cours de perfectionnement et de limiter ou de suspendre le droit du professionnel d'exercer ses activités professionnelles jusqu'à ce qu'il se soit acquitté de cette obligation (*Code des professions*, art. 160).

Concernant les cas d'inconduite sexuelle en particulier, le conseil de discipline impose au professionnel déclaré coupable les sanctions suivantes : une radiation d'au moins cinq ans, sauf s'il convainc le conseil qu'une radiation d'une durée moindre serait justifiée dans les circonstances, ainsi qu'une amende. Dans la détermination de ces sanctions, le conseil tient notamment compte :

- de la gravité des faits pour lesquels le professionnel a été déclaré coupable;
- de la conduite du professionnel pendant l'enquête du syndic et, le cas échéant, lors de l'instruction de la plainte;
- des mesures prises par le professionnel pour permettre sa réintégration à l'exercice de la profession;
- du lien entre l'infraction et ce qui caractérise l'exercice de la profession;
- de l'impact de l'infraction sur la confiance du public envers les membres de l'ordre et envers la profession elle-même.

Le conseil peut aussi recommander à un professionnel déclaré coupable d'inconduite sexuelle de suivre une formation, une psychothérapie ou un programme d'intervention afin de lui permettre d'améliorer son comportement et ses attitudes et de permettre sa réintégration à l'exercice de la profession (*Code des professions*, art. 160).

Le conseil de discipline doit, lorsqu'il décide d'imposer une radiation temporaire ou une limitation ou une suspension temporaire du droit d'exercer des activités professionnelles, déterminer si un avis de cette décision doit être publié dans un journal circulant dans le lieu où le professionnel a son domicile professionnel et

dans tout autre lieu où le professionnel a exercé ou pourrait exercer sa profession. L'avis doit comprendre le nom du professionnel déclaré coupable, le lieu de son domicile professionnel, le nom de l'ordre dont il est membre, sa spécialité le cas échéant, la date et la nature de l'infraction qu'il a commise ainsi que la date et un sommaire de la décision.

Si le conseil ordonne la publication d'un tel avis, il doit, de plus, décider du paiement des frais de publication, soit par le professionnel, soit par le Collège, ou ordonner que les frais soient partagés entre eux.

Notons que la décision du conseil 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 médecin 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 usurpation de titre ou exercice illégal de la médecine.

La procédure de conciliation de compte

Un client qui a un différend avec un médecin quant au montant d'un compte pour services professionnels peut requérir la conciliation du syndic. Les soins ou services pouvant faire l'objet d'une telle procédure sont les services non assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) tels que les soins à visée esthétique, les services non médicalement requis, la rédaction de formulaires ou les frais d'expertise médicale.

Le syndic ou la personne qui l'assiste informe ensuite le médecin de la demande du client. Son rôle est de tenter de trouver un terrain d'entente qui soit acceptable à la fois pour le client et pour le médecin. Les demandes de conciliation sont traitées en vertu du *Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des médecins*.

8.2 Les autres regroupements de médecins

Il existe depuis très longtemps des regroupements volontaires 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 à leurs membres ou promouvoir certaines causes.

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, tels Médecins francophones du Canada et l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ).

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 des 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 et internes du Québec (FMRIQ) devenue par la suite 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 influer 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 Médecins francophones du Canada, 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 résidents en médecine et de médecins 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.

SECTION 3 – LES ASPECTS LÉGAUX

9. Un aperçu

Cette section met en relief le rôle essentiel du droit dans l'encadrement du système de santé québécois et de la pratique médicale.

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 parce qu'elles s'appliquent à tous les citoyens. Cette section 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 en commun : assurer un cadre favorisant la prestation des meilleurs services de santé possible dans le respect de tous et chacun.

10. Le droit et la pratique médicale au Québec

10.1 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 inaptes 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, contractuelle ou 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 civil* 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. 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 selon les ressources disponibles.

Pour sa part, le *Code des professions*, adopté en 1973, est aussi une loi-cadre qui porte cette fois sur le système professionnel québécois. Il 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 comité

d'inspection professionnelle, d'un code de déontologie, d'un syndic ayant d'importants pouvoirs d'enquête et d'un conseil de discipline habilité à procéder à l'examen d'une plainte lorsqu'un membre a enfreint une disposition de son code de déontologie.

Pour ce qui est de la *Loi médicale*, elle définit l'exercice de la médecine, établit les exigences relatives à l'immatriculation et à l'obtention subséquente du permis d'exercice, et précise la structure organisationnelle du Collège des médecins du Québec.

Une source de droit particulièrement importante est aussi 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 ».

10.2 Le droit et la pratique médicale au Québec : les recours possibles

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, dans certaines circonstances, que l'exercice d'activités médicales 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 une personne sans abri, 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. 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 sentence 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'exercice de la médecine peut aussi être assujetti 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.

- Le comportement d'un médecin peut aussi contrevenir au *Code de déontologie des médecins* et entraîner la sanction d'un conseil de discipline composé en majorité de pairs. Le médecin peut être déclaré coupable d'une infraction déontologique même si la faute qu'il a commise 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 conseil 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 et libertés de la personne*, tel que le droit à l'intégrité physique, le tribunal peut lui imposer des dommages exemplaires.

- Le médecin peut également faire l'objet d'une plainte, conformément au régime d'examen des plaintes prévu dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS).

Ces recours, tant sur les plans civil, disciplinaire qu'administratif, peuvent être exercés par tout patient ou son représentant légal, consécutivement ou concurremment.

11. La responsabilité civile médicale

11.1 Mise en contexte

La relation qui s'établit entre le médecin et son patient est assujettie à des obligations. Un médecin qui manque à ses obligations sera susceptible de faire l'objet d'un recours en responsabilité civile, dont le fondement se trouve aux articles 1457 et 1458 du *Code civil* :

> « **1457.** 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.
>
> Elle est aussi tenue, en certains cas, de réparer le préjudice causé à autrui par le fait ou la faute d'une autre personne ou par le fait des biens qu'elle a sous sa garde.
>
> **1458.** Toute personne a le devoir d'honorer les engagements qu'elle a contractés.
>
> Elle est, lorsqu'elle manque à ce devoir, responsable du préjudice, corporel, moral ou matériel, qu'elle cause à son cocontractant et tenue de réparer ce préjudice; ni elle ni le cocontractant ne peuvent alors se soustraire à l'application des règles du régime contractuel de responsabilité pour opter en faveur de règles qui leur seraient plus profitables. »

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.

L'article 1457 du *Code civil* 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 à 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 dommage.

Ainsi, le patient devra prouver devant les tribunaux de droit civil que le médecin a commis une faute en faillant à une obligation médicale, que cette faute lui a causé un préjudice et qu'il y a un lien de causalité entre ces deux éléments. Si le patient obtient gain de cause, le médecin aura alors l'obligation de l'indemniser. Si, en plus d'avoir été trouvé fautif et d'avoir causé un tort, le médecin a porté atteinte de façon illicite et intentionnelle à un droit protégé par la *Charte québécoise*, tel que le droit à l'intégrité physique, le tribunal peut lui imposer des dommages exemplaires, appelés aussi dommages punitifs.

À noter la situation particulière de la personne qui agit en « bon samaritain ». L'article 1471 du *Code civil* prévoit que 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.

11.2 L'évolution de la notion de faute médicale

Aucune loi ni règlement ne définit de façon précise la notion de faute médicale. C'est donc vers la jurisprudence et la doctrine qu'il faut se tourner. Jusqu'au milieu du XX^{e} 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. »*

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. »

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. »

La responsabilité civile englobe deux catégories: la responsabilité contractuelle et la responsabilité extracontractuelle. La distinction entre ces deux catégories se résumant à la formation ou non d'un contrat entre les parties impliquées, la responsabilité médicale obéit au même principe. En bref, la formation du contrat dépendra de la présence d'un accord mutuel entre ces deux individus. C'est ainsi qu'une personne amenée de manière inconsciente à l'urgence et qui doit subir une opération sur-le-champ établit avec le chirurgien une relation extracontractuelle.

Au contraire, une personne qui se présente pour un suivi chez son ophtalmologiste a une relation contractuelle avec ce dernier.

Quoique la distinction entre ces deux régimes entraîne quelques particularités, notamment en matière de présomptions, le médecin et le patient sont tenus essentiellement aux mêmes droits et devoirs, que leur relation soit contractuelle ou extracontractuelle. D'un côté, le patient est tenu, notamment, de collaborer à l'investigation et au traitement. Quant au médecin, celui-ci est traditionnellement soumis à quatre obligations principales, qui forment l'ensemble de son obligation médicale. Établies par la Cour d'appel en 1965, ces obligations ont été antérieurement admises par la jurisprudence et la doctrine et se résument ainsi :

- obligation de renseigner le patient et d'obtenir son consentement;
- obligation de soigner;
- obligation de suivre;
- obligation d'assurer la confidentialité.

Ainsi, chaque fois qu'un patient poursuit son médecin en responsabilité professionnelle, il devra prouver que la faute du médecin a consisté à 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. On doit éviter de juger le médecin en utilisant le « rétrospectoscope », 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.

En terminant, il faut préciser que le médecin a généralement une obligation de moyens, et non de résultats. Cela signifie qu'il doit, envers un patient, prendre les moyens adéquats mis à sa disposition pour poser un diagnostic juste, traiter adéquatement la maladie et faire un suivi. Il doit donc déployer les meilleurs efforts en toute diligence pour soigner le patient. Il ne peut pas cependant garantir l'issue de son travail. C'est pourquoi il n'a qu'une obligation de moyens. *A contrario*, d'autres professionnels, comme les ingénieurs ou les architectes, ont, quant à eux, une obligation de résultats.

11.3 La portée des obligations liées au contrat médical

11.3.1 L'obligation d'obtenir le consentement du patient et de le renseigner[33]

L'obligation d'obtenir le consentement

L'obligation d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient est directement en lien avec la reconnaissance du droit à la liberté et à l'autodétermination des individus, un principe consacré dans plusieurs textes législatifs. L'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne* et l'article 7 de la *Charte canadienne* protègent le droit à la vie, à la liberté, à l'intégrité et à la sécurité de la personne. L'article 10 du *Code civil* affirme quant à lui que toute personne est inviolable et qu'elle a droit à son intégrité. De surcroît, l'article 4 du *Code de déontologie des médecins* prévoit que le médecin a le devoir d'exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne.

Cette obligation est donc de mise dans le contexte de l'administration de soins médicaux, comme le prévoit l'article 11 du *Code civil* :

> « **11.** Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujetti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.
>
> Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-

[33] Voir également 7.1.3 L'obtention du consentement aux soins.

32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer. »

Par ailleurs, repris à l'article 9 de la *Loi sur services de santé et les services sociaux,* l'obligation de respecter le consentement ou le refus à des soins, dès que cette décision est prise de manière libre et éclairée, est un devoir qui ne fait plus aucun doute en droit québécois et canadien. Ainsi, lorsqu'un patient prend une décision en toute connaissance de cause, même si elle peut entraîner sa mort, il n'est pas possible pour le médecin d'y passer outre, à moins qu'une disposition spécifique d'une loi ne l'y autorise (*Code civil*, art. 10).

La loi et les normes de pratique professionnelle qui en découlent prévoient des exceptions à l'obtention du consentement dans des situations précises, telles que la prise de décision en situation d'urgence, les maladies à traitement obligatoire, l'examen psychiatrique et la garde en établissement. De plus, il est possible de demander l'autorisation du tribunal en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui consent pour un mineur de moins de 14 ans ou pour un majeur inapte ou en cas de refus de soins par un mineur de plus de 14 ans.

L'obligation de renseigner

Évidemment, le consentement ne sera éclairé que 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 des médecins* 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)

Donner une information juste au patient n'est pas requis uniquement en vue d'obtenir son consentement aux soins proposés, mais également chaque fois que son état de santé ou son intégrité physique sont concernés.

La jurisprudence reconnaît le principe selon lequel une bonne pratique implique la communication de l'information nécessaire, et ce, non seulement au début de la relation mais aussi tout au long du suivi. Le *Code de déontologie* renforce cette exigence en obligeant les médecins à faire preuve de transparence lorsqu'une complication ou un accident survient:

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

Le *Code de déontologie* reprend à son compte une obligation déjà reconnue par la jurisprudence, comme l'illustre le jugement *Kiley-Nikkel* c. *Danais*, rendu par la Cour supérieure en 1992. Dans cette affaire, une femme découvre une masse inhabituelle à son sein gauche et décide de consulter un chirurgien, qui suspecte alors la présence d'une tumeur maligne. Quelques jours plus tard, la patiente est admise à l'hôpital où elle consent à une biopsie et, si nécessaire, à une mastectomie. Alors que la patiente est sous anesthésie, le pathologiste qui reçoit la biopsie confirme la présence d'une tumeur maligne. Sur la base de ce rapport, le chirurgien procède alors immédiatement à la mastectomie. Deux jours plus tard, une analyse plus approfondie de la biopsie révèle qu'il s'agissait plutôt d'une mastite granulomateuse non maligne, et non d'une lésion cancéreuse. Or, le chirurgien cache cette information cruciale à sa patiente, qui ne finit par apprendre la vérité que six ans plus tard. Le Tribunal a dans cette affaire reconnu la faute autant du pathologiste dans son erreur médicale relativement à l'analyse de la biopsie que celle du chirurgien qui a laissé la patiente dans l'ignorance du deuxième diagnostic et dans la crainte d'une récidive de son cancer durant toutes ces années.

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

L'article 7 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* confirme le droit de toute personne de recevoir des soins adéquats :

> « Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins. »

Dans ce contexte, le médecin, ayant le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé des individus qu'il traite, a l'obligation de prodiguer des soins attentifs, prudents et diligents.

Tout comme les autres volets de l'obligation médicale, l'obligation de soigner 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. Qui plus est, la conduite du médecin ne doit pas être analysée sous l'éclairage de ce qui aurait été idéal. Comme il a déjà été mentionné, l'obligation du médecin est une obligation de moyens. Ainsi, on exigera du médecin qu'il utilise dans ses activités professionnelles des moyens aussi adéquats que ceux qu'aurait utilisés un médecin compétent et de même formation, placé dans les mêmes circonstances.

Le médecin peut également être tenu responsable 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.

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.

En outre, depuis l'entrée en vigueur en 2007 du *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*, le médecin au Québec peut exercer sa profession au sein d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) ou d'une société par actions (SPA). Le médecin qui exerce au sein d'une SENCRL ou d'une SPA n'est pas exposé solidairement à répondre 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, s'il n'a pas participé aux actes visés. Par contre, sa responsabilité professionnelle envers le patient demeure inchangée.

11.3.3 L'obligation de suivi

Le non-respect de l'obligation de suivi est parfois décrit 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 des médecins* :

> « 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 autre médecin, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place.
>
> Le médecin qui signe une ordonnance collective ou visant l'ajustement d'un médicament ou de la thérapie médicamenteuse doit s'assurer

qu'elle comporte des mesures visant la prise en charge ou le suivi médical, lorsque requis. » (art. 32)

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

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 risque, entre autres les cliniques sans rendez-vous ou les urgences, ou encore lorsqu'il interrompt certaines de ses activités (*Code de déontologie*, art. 35, 36 et 37).

Par ailleurs, l'article 13 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.

Pour ce qui est de la jurisprudence, la Cour supérieure, dans l'affaire *Steinberg* c. *Mitnick* (2016 QCCS 4749), précise que l'obligation de suivi du médecin comprend le devoir de renseignement et de traitement :

« Le médecin doit informer le patient des résultats de ses tests et lui proposer le traitement qui est indiqué pour améliorer son état de santé. Le simple fait de confier à son assistante le soin de communiquer avec un patient pour lui fixer un rendez-vous de suivi n'a pas pour effet de décharger le médecin de son obligation de suivi. Cependant, si le patient est informé qu'il doit avoir un suivi médical et qu'il omet ou néglige de prendre rendez-vous avec le médecin, il ne peut invoquer la conduite fautive du médecin parce que ce dernier se trouve dans l'impossibilité d'agir par son fait. »

11.3.4 L'obligation d'assurer la confidentialité

Le droit du patient au secret professionnel est un droit reconnu tant par la *Charte des droits et libertés de la personne* que par le *Code civil du Québec*, le *Code des professions* et la *Loi médicale*.

De plus, en vertu de l'article 20 du *Code de déontologie*, le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel :

- doit garder confidentiel ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession;
- doit s'abstenir de tenir ou de participer, incluant dans des réseaux sociaux, à des conversations indiscrètes au sujet d'un patient ou des services qui lui sont rendus ou de révéler qu'une personne a fait appel à ses services;

- doit prendre les moyens raisonnables à l'égard des personnes qui collaborent avec lui pour que soit préservé le secret professionnel;
- ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice d'un patient;
- ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient l'y autorise ou lorsque la loi l'y autorise ou l'ordonne, ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage;
- ne peut révéler à l'entourage du patient un pronostic grave ou fatal si celui-ci le lui interdit;
- doit, lorsqu'il exerce auprès d'un couple ou d'une famille, sauvegarder le droit au secret professionnel de chaque membre du couple ou de la famille;
- doit prendre les moyens raisonnables pour que soit préservé le secret professionnel lorsqu'il utilise ou que des personnes qui collaborent avec lui utilisent les technologies de l'information;
- doit documenter dans le dossier du patient toute communication faite à un tiers, avec ou sans le consentement du patient, d'un renseignement protégé par le secret professionnel.

Dès que la relation médecin-patient s'est établie, tout renseignement divulgué par ce dernier tombe sous la règle du secret professionnel. Et même lorsque la relation prend fin, le médecin doit continuer de respecter son obligation.

Toutefois, il existe certaines dérogations à cette règle. En vertu du *Code de déontologie*, le médecin peut communiquer à un tiers des renseignements sur un patient, soit lorsque ce dernier l'y autorise, lorsque la loi l'y autorise ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé du patient ou de son entourage.

En effet, certaines lois autorisent ou 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. L'article 60.4 du *Code des professions*, quant à lui, permet 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. Il 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.

L'article 21 du *Code de déontologie* précise les éléments qui doivent être consignés au dossier médical pour documenter et justifier une telle violation du secret professionnel. Dans la mesure où le médecin satisfait à ces exigences, on ne peut lui faire de reproches ni sur le 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 compétentes.

Il y a lieu d'apporter une nuance sur le plan de la confidentialité dans un contexte de litige. La jurisprudence a établi que le patient renonce au secret professionnel à l'égard des professionnels qui lui ont fourni des services reliés au litige lorsque celui-ci intente une poursuite contre son médecin. Ce dernier est alors libéré de l'obligation du secret professionnel. Dans la mesure où l'information confidentielle est pertinente, le médecin peut même l'utiliser pour sa défense.

Finalement, concernant le secret professionnel et les technologies de l'information, le médecin doit suivre les règles générales suivantes[34] :

- Le médecin doit faire la distinction entre sa vie professionnelle et sa vie privée dans l'utilisation des technologies de l'information.

- Le médecin doit toujours utiliser son jugement quant au contenu et à la qualité de l'information transmise au moyen des technologies de l'information.

- Le médecin porte la responsabilité de mesurer les avantages et les risques à échanger de l'information avec un patient ou un collègue en utilisant des moyens technologiques.

- Le médecin doit, par conséquent, connaître les enjeux soulevés par l'utilisation des technologies de l'information.

- Le médecin doit informer son patient des avantages, mais également des risques reliés à l'utilisation des technologies de l'information.

- Même avec une convention ou un consentement de son patient, le médecin demeure responsable d'assurer la protection du secret professionnel et la confidentialité des informations qu'il transmet. Ainsi, même si le patient a consenti à des communications par courriel, selon la nature des renseignements qu'il doit communiquer, il se pourrait que le médecin doive, à certaines occasions, adapter le mode de communication avec son patient aux circonstances du moment.

[34] Voir le guide publié par le Collège en 2015 : *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication*.

- Le patient est responsable du contenu de l'information qu'il transmet à son médecin.

- Le médecin doit utiliser le média approprié en fonction du mode de communication et de la nature de l'information qu'il communique à son patient.

- Le médecin doit convenir avec son patient des modes de communication et des moyens de protection qu'il utilisera selon l'information visée. Cette convention doit être documentée.

- Le médecin et le patient doivent toujours être conscients qu'en utilisant les médias sociaux, l'information transmise est publique (tous peuvent y avoir accès), permanente (dans le temps) et universelle (aucune limite géographique).

Le Collège considère qu'il n'est pas approprié d'échanger certains contenus sensibles par voie électronique (ni même au téléphone). On entend par « sujets sensibles » notamment les troubles de santé mentale, les problèmes en cancérologie, la toxicomanie et l'alcoolisme, les infections transmises sexuellement ou par le sang, la communication d'un nouveau diagnostic ou d'un nouveau traitement, ou d'un diagnostic ou d'un traitement ayant une forte charge émotive.

De plus, de façon générale, le médecin devrait toujours convenir à l'avance avec son patient du contenu à partager par voie électronique. Obtenir un consentement éclairé à l'échange de courriels et de textos est donc une étape incontournable avant la première communication avec le patient.

Pour ce qui est des échanges avec les collègues médecins ou autres professionnels de la santé, les règles varient selon qu'il s'agit d'une consultation à un collègue ou d'une demande informelle à un ou à des collègues par courriel ou au moyen d'une autre application non sécurisée. Lorsque le médecin répond à une demande de consultation d'un collègue, il devrait utiliser uniquement les courriels sécurisés, car généralement le nom et le numéro d'assurance maladie du patient doivent y figurer. Dans le cas d'une demande informelle, le médecin doit s'assurer de ne pas divulguer de renseignements ou de signes distinctifs permettant d'identifier le patient, de ne pas échanger de photographies comportant des signes distinctifs qui permettraient d'identifier le patient, de transmettre uniquement l'information requise, et finalement de demander au collègue de détruire les photos ou renseignements transmis aux fins de l'échange.

Par ailleurs, comme mentionné dans le guide publié par le Collège en 2015, les médias sociaux sont peut-être, parmi les outils technologiques utilisés, ceux qui soulèvent le plus d'enjeux pour les médecins, puisqu'il est pratiquement impossible que la confidentialité des échanges soit assurée. De manière générale,

les médias sociaux ne devraient pas être utilisés par le médecin pour offrir une opinion en dehors de son champ d'expertise et pour diffuser des propos ou des informations diffamatoires. Il va sans dire que le respect des règles de confidentialité s'applique dans tous les cas.

Quant aux sites Web, ils sont acceptables et utiles pour diffuser de l'information publique comme l'horaire de la clinique, les services offerts et les adresses et coordonnées. Mais il faut faire attention au respect du droit d'auteur et au risque de proposer des hyperliens vers des sites ou des informations scientifiquement non reconnues.

11.4 Les règles relatives à la preuve

11.4.1 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 et que de ce fait, il a commis une faute. 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. Cette prépondérance est atteinte lorsqu'on convainc le juge que l'existence d'un fait est plus probable que son inexistence. Concrètement, le juge doit être convaincu à 50 % + 1 de l'existence du fait. À noter que ce fardeau n'est pas du même ordre que celui de la preuve d'expertise scientifique.

11.4.2 Le renversement du fardeau de la preuve

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.

11.5 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 (*Code civil*, art. 2925). Si la victime, son représentant ou ses proches ne respectent pas ce délai, le droit revendiqué s'éteint.

Le délai de prescription commence à courir à partir du moment où le préjudice moral, corporel, ou matériel se manifeste pour la première fois (*Code civil*, art. 2926). Parfois, cette date sera concomitante à la commission de la faute. Par contre, il peut arriver que la manifestation du préjudice survienne à un moment postérieur à la faute.

De plus, l'article 2904 du *Code civil* prévoit que le délai de prescription peut être suspendu si la victime démontre qu'elle était « dans l'impossibilité en fait d'agir ». Par exemple, un demandeur pourrait invoquer l'impossibilité d'agir s'il démontre qu'il ignorait le geste fautif à la base de son préjudice, notamment dans un cas où un médecin le lui cacherait sciemment.

11.6 L'indemnisation

En responsabilité civile, 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 (*Code civil*, art. 1611). Cette somme, appelée dommages-intérêts, est exigible sous la forme d'un capital payable au comptant à la victime, à moins que les parties n'en conviennent autrement (*Code civil*, art. 1616). En responsabilité médicale, les dommages-intérêts sont versés pour compenser les pertes pécuniaires et les pertes non pécuniaires découlant du préjudice corporel. Une fois la responsabilité du médecin retenue, les dommages-intérêts pourront être accordés tant à la victime qu'aux victimes par ricochet, tant qu'il est prouvé que les pertes invoquées constituent une suite immédiate et directe de la faute du médecin. De plus, la victime par ricochet doit s'assurer de ne pas réclamer les mêmes montants qu'elle réclame à titre d'héritière, dans les cas du décès du patient.

Les pertes non pécuniaires comprennent les douleurs physiques, les souffrances morales et les inconvénients vécus par la victime, la perte de jouissance de la vie et la perte d'espérance de vie. Pour les victimes par ricochet, les pertes non pécuniaires représentent la perte de soutien moral ainsi que la souffrance causée par le décès ou l'incapacité grave d'un être cher. 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 est aujourd'hui beaucoup plus élevé.

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 la perte 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, 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 dans un délai maximal de 3 ans après le jugement (*Code civil*, art. 1615).

11.7 Les tribunaux civils

11.7.1 L'action en première instance

Une action en responsabilité civile peut être présentée devant trois tribunaux différents en première instance, dépendamment du montant réclamé par le demandeur (sans tenir compte des intérêts) :

- Cour des petites créances : montant maximal de 15 000 $. Dans un tel cas, les parties n'ont pas le droit d'être représentées par un avocat;
- Cour du Québec : montant supérieur à 15 000 $ mais inférieur à 85 000 $;
- Cour supérieure du Québec : montant de 85 000 $ ou plus.

Si une demande est présentée à la Cour du Québec et que l'une des parties fait une demande de modification affectant à la hausse le montant en litige ou si l'une d'entre elles réclame dans une demande reconventionnelle un montant plus élevé que le plafond de 85 000 $, la Cour supérieure devient alors la cour compétente afin d'entendre le litige. Cela dit, il est utile de noter que le nouveau *Code de procédure civile* prévoit désormais le rehaussement périodique du seuil de compétence de la Cour du Québec. Le seuil de 85 000 $ sera donc éventuellement appelé à augmenter.

11.7.2 L'appel

Le jugement rendu par la Cour des petites créances est définitif et sans appel. Cependant, celui-ci n'est pas éternel. Le droit qui résulte d'un jugement n'est plus valide s'il n'est pas exercé dans les 10 ans après la date de ce jugement.

Quant aux deux autres tribunaux, la Cour d'appel entend de plein droit l'appel d'un jugement en matière civile de la Cour supérieure ainsi que l'appel d'un jugement de la Cour du Québec si les sommes en jeu excèdent 60 000 $, 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.

11.8 L'assurance responsabilité professionnelle

En vertu du *Règlement sur l'assurance responsabilité professionnelle des médecins*, 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 *:*

> « **3.01.** Un médecin est réputé s'être conformé aux dispositions du présent règlement s'il transmet au secrétaire de l'ordre, avec son inscription au tableau, une déclaration selon laquelle il est membre de l'Association canadienne de protection médicale ainsi que son numéro de membre. »

Le médecin peut donc 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'ACPM 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.

En cas de poursuite, le médecin doit rechercher l'aide immédiate de son assureur. En effet, c'est à l'assureur à 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 dans les limites prévues au contrat d'assurance, s'il en est. 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.

Notons que l'ACPM pourrait refuser de verser une indemnité à une victime lorsque la faute du médecin provient complètement d'un acte délibéré qui n'est pas du tout en lien avec une activité médicale. C'est ce que nous apprend la décision *Shannon* c. *Association canadienne de protection médicale*. Dans cette décision rendue en 2016, la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick effectue une longue analyse de l'ACPM et reconnaît le pouvoir de cette association de ne pas offrir sa protection dans les cas d'inconduite sexuelle.

Par ailleurs, le contrat d'assurance doit prévoir que la garantie fournie par l'assureur puisse s'étendre à toute réclamation présentée contre le médecin pendant les cinq années suivantes, soit celle où il n'a plus l'obligation de maintenir une garantie contre sa responsabilité ou celles où il cesse d'être membre de l'ordre.

Exceptions

En vertu de l'article 3.03 du règlement, un médecin n'est pas tenu de détenir et maintenir en vigueur un contrat d'assurance établissant une garantie contre sa responsabilité professionnelle :

> 1° s'il n'exerce en aucune circonstance l'une des activités mentionnées à l'article 31 de la *Loi médicale*;
>
> 2° s'il exerce sa profession exclusivement à l'extérieur du Québec.

En vertu de l'article 31 de la *Loi médicale,* l'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes.

Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes:

> 1° diagnostiquer les maladies ;
>
> 2° prescrire les examens diagnostiques;
>
> 3° utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
>
> 4° déterminer le traitement médical;
>
> 5° prescrire les médicaments et les autres substances;
>
> 6° prescrire les traitements;

7° utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques;

8° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques;

9° effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements;

10° décider de l'utilisation des mesures de contention;

11° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*;

12° administrer le médicament ou la substance permettant à une personne en fin de vie d'obtenir l'aide médicale à mourir dans le cadre de l'application de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (chapitre S-32.0001).

11.9 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 en établissement. Ces dossiers sont non seulement essentiels pour les soins mais, en cas de litige, les meilleurs outils pour établir les faits. Dans un jugement rendu par la Cour d'appel dans l'affaire *Bérubé* (J.E. 2003-769, C.A.), 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 que ce qui n'a pas été noté, n'a pas en principe été fait. »

12. Les obligations des médecins en vertu de certaines lois

Comme il a été expliqué précédemment, le médecin pratique sa profession dans un environnement légal. Il est soumis, comme tout autre citoyen, aux règles (lois ou règlements) dont s'est dotée 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 d'outrepasser 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.

12.1 Le *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.

Les interventions chirurgicales, les soins médicaux, les expérimentations et la garde en établissement portent atteinte à ce droit. Cependant, 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*, 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'examens, de prélèvements, de traitements ou toute autre intervention 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 indue 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'inaptitude juridique d'une personne n'exclut pas nécessairement qu'elle puisse refuser ou consentir à des soins. En effet, l'inaptitude 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 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.

Le consentement est habituellement exprimé verbalement. Toutefois, l'article 24 du *Code civil* 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 civil* 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*.

Précisons que 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.

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

Les mesures de protection édictées dans la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (LPPÉM)[35] complètent les dispositions plus générales du *Code civil* quant à l'examen psychiatrique et la garde forcée. Toutes ces dispositions législatives visent à assurer la protection de tous, notamment en permettant l'évaluation psychiatrique ou la garde contre le gré de la personne qui présente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental.

La loi prévoit trois types de garde forcée : la garde préventive, la garde provisoire et la garde en établissement.

Puisqu'il s'agit de mesures privatives de liberté et qu'elles permettent une exception au principe de l'inviolabilité de la personne, elles doivent être appliquées de façon stricte et prudente. Seule la garde préventive, mesure d'urgence motivée par le caractère grave et imminent du danger, peut avoir lieu

[35] CcQ, art. 26 et 27.

en l'absence du consentement de la personne ou de son substitut, ou de l'autorisation du tribunal[36]. L'article 7 de la LPPÉM 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).

Notons que la garde préventive n'autorise ni une évaluation psychiatrique ni un traitement contre le gré de la personne. En cas de refus, une ordonnance du tribunal sera nécessaire pour soumettre la personne à un traitement.

Dès la prise en charge de la personne par l'établissement, ou dès que la personne semble être en mesure de comprendre ces renseignements, l'établissement doit l'informer en particulier du lieu où elle est gardée, du motif de cette garde et du droit qu'elle a de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat (LPPÉM, art. 15). Il doit aussi lui remettre, en garde autorisée, un document conforme à l'annexe de la loi concernant ses droits et recours. Par ailleurs, lorsque la garde prend fin, l'établissement doit immédiatement en informer la personne qui était gardée (LPPÉM, art. 18).

Lorsqu'une garde de plus de 21 jours a été autorisée par le tribunal[37], la personne sous garde doit être soumise à des examens périodiques, afin de vérifier si la garde est toujours nécessaire. L'établissement auprès duquel une personne est sous garde doit informer sans délai le tribunal des conclusions de chaque rapport d'examen psychiatrique et de la fin de la garde (art. 20).

12.3 La *Loi sur la santé publique*

Cette loi 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

[36] CcQ, art. 27 al. 2, 28 et 31; LPPÉM, art. 2 et 3.
[37] CcQ, art. 28 à 31; LPPÉM, art. 10.

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 sont régulièrement mises à jour. Il n'existe plus qu'un seul formulaire de déclaration : le AS-770. Ce formulaire inclut aussi la déclaration des infections transmissibles sexuellement, qui est maintenant nominative. Pour favoriser le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dans les populations vulnérables, il existe toutefois des services intégrés offrant le dépistage sur une base anonyme.

Le médecin doit acheminer les déclarations à la Direction de santé publique de son territoire dans les 48 heures suivant la consultation. Dans le cas des maladies à surveillance extrême, elles 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.

12.4 Le *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 de l'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 peut 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 relatif à la santé des conducteurs* établit les normes utilisées 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 à conduire un véhicule, le médecin devrait recommander que celui-ci se soumette à une évaluation exhaustive de cette capacité.

Le Collège a produit à cet égard un guide intitulé *L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile* (mars 2007).

12.5 La *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 par négligence, 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, des Aînés et de la Condition féminine 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.

12.6 La *Loi sur l'assurance automobile*, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, la *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 à une 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.

12.7 Communication de renseignements aux autorités policières

Le Collège a publié un aide-mémoire qui permet aux médecins et aux policiers de retracer rapidement, parmi les différentes lois québécoises, celles qui sont applicables à la situation et de connaître les obligations réciproques qui en découlent en matière de communication de renseignements personnels et de secret professionnel.

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 assujetti à la législation fédérale, notamment le droit criminel, et à diverses lois du Québec, dont le *Code des professions*, la *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. Enfin, le Québec et le gouvernement fédéral ont tous deux adopté une charte des droits qui garantit certains droits fondamentaux au citoyen et assujettit 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 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 pénale 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 assurant 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.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACMDPQ	Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec
ACPM	Association canadienne de protection médicale
AMC	Association médicale canadienne
AMP	activités médicales particulières
CA	Conseil d'administration
CAE	comité d'admission à l'exercice
CEMA	comité des études médicales et de l'agrément
CH	centre hospitalier
CHSLD	centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIP	comité d'inspection professionnelle
CISSS	centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CLSC	centre local de services communautaires
CMA	clinique médicale associée
CMDP	conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMS	centre médical spécialisé
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMS	centres médicaux spécialisés
Collège	Collège des médecins du Québec
CPEJ	centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CQMF	Collège québécois des médecins de famille
CR	centre de réadaptation
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
CSSS	centre de santé et de services sociaux
DAE	Direction de l'amélioration de l'exercice
DE	Direction des enquêtes
DEM	Direction des études médicales
DRMG	département régional de médecine générale
DSP	directeur des services professionnels
DSQ	Dossier Santé Québec
FMEQ	Fédération médicale étudiante du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

FMRIQ	Fédération des médecins résidents et internes du Québec
FMRQ	Fédération des médecins résidents du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	groupe de médecine de famille
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	infirmière praticienne spécialisée
ITSS	infection transmissible sexuellement et par le sang
LAM	*Loi sur l'assurance maladie*
LMRSSS	*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*
LPPÉM	*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*
LSSSS	*Loi sur les services de santé et les services sociaux*
MADO	maladies à déclaration obligatoire
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
OPQ	Office des professions du Québec
OQLF	Office québécois de la langue française
PAMQ	Programme d'aide aux médecins du Québec
PEM	plans d'effectifs médicaux en médecine de famille et en spécialité
PREM	plans régionaux d'effectifs médicaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
ROAE	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements
RUIS	réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SENCRL	société en nom collectif à responsabilité limitée
SERTIH	Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes
SPA	société par actions

RÉFÉRENCES

Lois et règlements

ASSEMBLÉE NATIONALE. *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, LQ 2017, c. 21.

ASSEMBLÉE NATIONALE. *Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel*, LQ 2017, c. 11.

ASSEMBLÉE NATIONALE. *Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à encadrer les pratiques commerciales en matière de médicaments ainsi qu'à protéger l'accès aux services d'interruption volontaire de grossesse*, LQ 2016, c. 28.

CANADA. « Charte canadienne des droits et libertés », *Loi constitutionnelle de 1982 : Annexe B de la Loi sur le Canada (R-U)*, c. 11.

QUÉBEC. *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12.

QUÉBEC. *Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991.

QUÉBEC. *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, c. S-32.0001.

QUÉBEC. Loi médicale, RLRQ, c. M-9.

QUÉBEC. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, c. O-7.2.

QUÉBEC. *Loi sur l'assurance automobile*, RLRQ, c. A-25.

QUÉBEC. *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29.

QUÉBEC. *Loi sur l'assurance médicaments*, RLRQ, c. A-29.01.

QUÉBEC. *Loi sur la protection de la jeunesse*, RLRQ, c. P-34.1.

QUÉBEC. *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ, c. P-38.001.

QUÉBEC. *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, RLRQ, c. R-0.2.

QUÉBEC. *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, RLRQ, c. S-2.1.

QUÉBEC. *Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2.

QUÉBEC. *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, RLRQ, c. A-3.001.

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2.

QUÉBEC. *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17.

QUÉBEC. *Code de la sécurité routière*, RLRQ, c. C-24.2.

QUÉBEC. *Code des professions*, RLRQ, c. C-26.

CANADA. *Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées*, DORS/2000-217.

QUÉBEC. *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques*, RLRQ, c. A-29, r. 7-1.

QUÉBEC. *Règlement sur l'assurance responsabilité professionnelle des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 15.

QUÉBEC. *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*, RLRQ, c. M-9, r. 21.

QUÉBEC. *Règlement sur l'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec*, RLRQ, c. M-9, r. 23.2.

QUÉBEC. *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 22.1.

QUÉBEC. *Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 26.

QUÉBEC. *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec*, RLRQ, c. M-9, r. 20.1.

QUÉBEC. *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, RLRQ, c. M-9, r. 20.3.

QUÉBEC. *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, RLRQ, c. M-9, r. 25.1.

QUÉBEC. *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins*, RLRQ, c. M-9, r, 27.1.

QUÉBEC. *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, RLRQ, c. S-4.2, r. 25.

Publications

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (2014). *Les médecins et la recherche : Comprendre ses obligations légales, déontologiques et professionnelles*.

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (2013). *Les activités de recherche clinique*, révision 2013.

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE (2013), *Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*, 5 p.

BARREAU DU QUÉBEC. SERVICE DE LA FORMATION PERMANENTE (1998). *Développements récents en droit de la santé mentale*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 299 p.

BAUDOUIN, J.L., et P. DESLAURIERS (2003). *La responsabilité civile*, 6e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2000 p.

BÉLAND, F., et collab. (2008). *Le privé dans la santé : les discours et les faits*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 475 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2007). *L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile : guide d'exercice*, 21 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2019). *Le médecin, la publicité et les déclarations publiques : guide d'exercice*, 21 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2019). *Les obligations des médecins en matière de formation continue : guide explicatif*, 40 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2018). *Le médecin et le consentement aux soins : document de référence*, 79 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2017). *Les ordonnances collectives : guide d'exercice*, 29 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2016). *Étapes pour s'incorporer*.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2016). *Les activités professionnelles qui peuvent être exercées par les résidents et les moniteurs*, 2 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2016). *Les ordonnances individuelles faites par un médecin : guide d'exercice*, 41 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2016). *Rôle et responsabilités de l'apprenant et du superviseur : guide*, 37 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2015). *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication : guide d'exercice*, 42 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2015). *Points de réflexion à l'usage des médecins avant la signature d'un bail*, 4 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2007). *Le médecin et la recherche clinique : guide d'exercice*, 38 p. [en cours de révision]

CONSEIL DE RECHERCHE EN SCIENCES HUMAINES DU CANADA, CONSEIL DE RECHERCHE EN SCIENCES NATURELLES ET EN GÉNIE ET INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA (2014). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Gouvernement du Canada, 242 p.

DESROSIERS, M. (2008). « Entre disponibilité et rentabilité : gestion des rendez-vous en cabinet », *Le Médecin du Québec*, vol. 43, nº 3, p. 111-114.

DIRECTION DES ENQUÊTES DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2019). *Indépendance professionnelle et frais réclamés aux patients*, 3 p.

DIRECTION DES ENQUÊTES DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2018). *Départ d'un médecin d'une clinique : Qui est responsable du suivi des patients?*, 2 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS DE SANTÉ CANADA (2016). *Ligne directrice : Bonnes pratiques cliniques : addenda intégré de l'E6(R1)ICH thème E6(R2)*, 83 p.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (2017). *Les activités médicales particulières*, 28 p. [Présentation PowerPoint]

FONDS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC (2008). *Standards du FRSQ sur l'éthique de la recherche en santé humaine et l'intégrité scientifique*, Gouvernement du Québec, 52 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2015). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015 : rapport*, 28 p.

LEBLOND, S. (1970). « La médecine dans la province de Québec avant 1847 », *Les Cahiers des dix*, nº 35, p. 69-95.

PHILIPS-NOOTENS, S., R. P. KOURI et LESAGE-JARJOURA (2016). *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien des médecins*, 4e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 662 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (2015). *Infolettre #115 : Remplacement de l'entente particulière sur les activités médicales particulières*, 31 août.

Sites Web

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2019). *Accueil*.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (2019). *Accueil*.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2019). *Dossier santé Québec*.

LISTE DES COLLABORATEURS

Auteurs et collaborateurs

Me Élisabeth Allard

M. Jean-Louis Denis

Dr Mario Deschênes

Mme Céline Marcotte

Dre Isabelle Mondou

Mme Francine Morin

Dr Ernest Prégent

Mme Catherine Régis

Dr Yves Robert

Dre Isabelle Tardif