

La collaboration interprofessionnelle : une pratique complexe dans un environnement juridique tout aussi complexe

Marie-Andrée Girard

Candidate au doctorat en droit, Faculté de droit de l'Université de Montréal, professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Catherine Régis

Professeure titulaire, Faculté de droit de l'Université de Montréal, Chaire de recherche du Canada en droit et politiques de la santé

efficience clinique⁴ ou financière⁵.

Il semble clair que ce n'est pas par manque d'intérêt ou de formation que la CI stagne : la CI fait déjà parties intégrantes de la formation des professionnels de la santé depuis une dizaine d'années au Canada⁶. En fait, plusieurs auteurs attribuent les barrières afférentes à cette implantation de la CI à des facteurs organisationnels ou juridiques⁷. De fait, ces difficultés doivent être analysées sous un angle multidisciplinaire. C'est ce que nous nous proposons de faire dans cet article avec une approche sociojuridique des déterminants de la CI en milieux de soins, illustrée par deux exemples québécois d'impact des éléments juridiques sur les professionnels de la santé participant à la CI. Cette approche permettra de définir l'ensemble des éléments et concepts reliés au cadre normatif et juridique structurant la pratique collaborative, comme les règles de soins, les activités réservées et la responsabilité civile des professionnels de la santé, tout en mettant en relief la complexité des relations entre ces éléments et les professionnels qui les appliquent.

L'angle multidisciplinaire est essentiel ici car le droit et la pratique des professionnels de la santé sont deux composantes étroitement liées. Les lois et règlements modélisent la pratique des professionnels soignants en dictant les balises qui encadrent le soin. Que ce soient les règlements professionnels, les règles administratives ou la responsabilité civile, l'ensemble de la complexité de l'environnement juridico-administratif influe sur les soins et services de santé⁸. Mais ultimement, cette influence dépend

Un impératif de tout système de soins de santé à financement public est de maximiser la balance coût / qualité des soins¹. Dans un tel contexte, les nouvelles pratiques visant à accroître l'efficacité des soins, comme la collaboration interprofessionnelle (CI), sont souhaitables, voire essentielles, devant la complexification des maladies chroniques². Pourtant, elles tardent à pleinement s'implanter dans la majorité des sites de pratiques cliniques³. Cette difficile implantation est problématique car la CI améliore le système de santé sur différents plans, qu'il s'agisse de son

1 - Sarah Thomson, Thomas Foubister et Elias Mossialos, *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*, coll. Observatory studies series, no. 17, Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

2 - Scott Reeves, Ferruccio Pelone, Reema Harrison, Joanne Goldman et Merrick Zwarenstein, « Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017.6.

3 - William Lahey et Robert Currie, « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice », (2005) 19-sup1 *Journal of Interprofessional Care* 197-223, doi : 10.1080/13561820500083188; Vernon Curran, « Environmental scan report: Interprofessional education and accreditation processes in pre-licensure health professional education », *Canadian Interprofessional Health Collaborative*. URL: <http://www.cihc.ca/files/aiphe/resources/AIPHE%20Environmental%20Scan%20Report.pdf> 2008, en ligne : <<http://www.cihc.ca/files/resources/public/English/AIPHE%20Environmental%20Scan%20Report.pdf>> (consulté le 21 mars 2016); Sioban Nelson, Jeffrey Turnbull, Lesley Bainbridge, Timothy Caulfield, Gilles Hudon, Dennis Kendel, David Mowat, Louise Nasmith, Brian Postl et Judith Shamian, *Optimizing scopes of practice: New models of care for a new health care system*, Canadian Academy of Health Sciences Ottawa, 2014; Danielle D'Amour, Marcela Ferrada-Videla, Leticia San Martin Rodriguez et Marie-Dominique Beaulieu, « The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks », (2005) 19-sup1 *Journal of interprofessional care* 116-131.

4 - S. Reeves, F. Pelone, R. Harrison, J. Goldman et M. Zwarenstein, préc., note 2.

5 - Anupam B. Jena et Tomas J. Philipson, « Cost-effectiveness analysis and innovation », (2008) 27-5 *Journal of Health Economics* 1224-1236, doi : 10.1016/j.jhealeco.2008.05.010.

6 - V. Curran, préc., note 3; John HV Gilbert, Jean Yan et Steven J. Hoffman, « A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice », (2010) 39-3 *Journal of Allied Health* 196-197.

7 - S. Nelson et al., préc., note 3; W. Lahey et R. Currie, préc., note 3; Nola M. Ries, « Innovation in Healthcare, Innovation in Law: Does the Law Support Interprofessional Collaboration in Canadian Health Systems? », (2016) 54-1 *Osgoode Hall Law Journal* 97-124; D. D'Amour, M. Ferrada-Videla, L. San Martin Rodriguez et M.-D. Beaulieu, préc., note 3; Gillian Mulvale, Mark Embrett et Shaghayegh Donya Razavi, « 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework », (2016) 17-1 *BMC Family Practice*, doi : 10.1186/s12875-016-0492-1; Ivy Lynn Bourgeault et Gillian Mulvale, « Collaborative health care teams in Canada and the USA: Confronting the structural embeddedness of medical dominance », (2006) 15-5 *Health Sociology Review* 481-495, doi : 10.5172/hesr.2006.15.5.481; Marco Laverdière et Catherine Régis, « Comprendre les conflits interdisciplinaires pour mieux y faire face: un défi pour le système professionnel québécois », dans Robert P. Kouri, Catherine Régis et Lara Khoury (dir.), *Les grands conflits en droit de la santé: les rencontres en droit de la santé - volume 1*, 1, 2016, p. 193-234.

8 - N. M. Ries, préc., note 7; W. Lahey et R. Currie, préc., note 3.

de l'application en pratique de ce cadre normatif par les acteurs du système de santé. Ces textes doivent en effet être interprétés et mis en œuvre par des acteurs externes au système juridique, soit les institutions et les professionnels de la santé : leur interprétation se fera en fonction des systèmes de valeurs et des perceptions du soin de ces acteurs⁹.

Ultimement, la démarche consistant à mettre en relief la globalité des déterminants de la mise en œuvre des éléments normatifs pertinents à la CI informera les juristes et décideurs dans le choix des meilleures solutions juridiques pour favoriser la CI. Une compréhension plus raffinée des interactions entre les soignants et l'encadrement normatif de leur pratique contribuera ultimement à une meilleure efficacité dans le déploiement de la CI.

Définition de la collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle (CI), aussi appelée pratique collaborative ou pratique interprofessionnelle, existe dans le domaine de la santé depuis maintenant plusieurs années. Elle est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une pratique exemplaire tant pour la qualité des soins qui en résultent que pour son efficacité pour les systèmes de santé¹⁰. Elle se définit dans l'action lorsque « plusieurs soignants venant de différentes professions dispensent un soin global en travaillant avec le patient, sa famille, les autres soignants et la communauté dans l'objectif commun d'offrir la meilleure qualité de soins. »¹¹ Comme tout travail d'équipe regroupant des acteurs de différents horizons disciplinaires, la CI est une pratique complexe en raison des défis de communication et de compréhension, des conflits de valeurs ou de la remise en question des relations hiérarchiques traditionnelles qu'elle pose dans l'action¹².

Pourquoi parler de complexité juridique ?

Venant s'ajouter à la difficulté de la collaboration entre plusieurs professionnels, le contexte de l'action collaborative en santé revêt en lui-même une certaine complexité juridique. Les écrits actuels ne permettent qu'une définition sommaire de ces relations complexes entre l'encadrement juridique et la CI, principalement en raison de leur rareté¹³.

9 - Robin Stryker, *Mechanisms of Legal Effect: Perspectives from the Law & Society Tradition*, SSRN Scholarly Paper, ID 2041527, Rochester, NY, Social Science Research Network, 2012, en ligne : <<https://papers.ssrn.com/abstract=2041527>> (consulté le 19 mars 2019).

10 - J. H. Gilbert, J. Yan et S. J. Hoffman, préc., note 6; « WHO | Framework for action on interprofessional education and collaborative practice », WHO, en ligne : <http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/> (consulté le 14 janvier 2020); S. Reeves, F. Pelone, R. Harrison, J. Goldman et M. Zwarenstein, préc., note 2.

11 - Traduction libre de J. H. Gilbert, J. Yan et S. J. Hoffman, préc., note 6.

12 - D. D'Amour, M. Ferrada-Videla, L. San Martin Rodriguez et M.-D. Beaulieu, préc., note 3.

13 - Nicholas Léger-Riopel et Lorian Hardcastle, *Responsabilité de l'établissement de santé en droit canadien et québécois*, 2018 para 70 et 71.

La multiplication des lois et règlements régissant la pratique du soin forme une mosaïque qui peut être relativement confuse pour les professionnels de la santé notamment en ce qui concerne leurs responsabilités et obligations en matière de CI. Dans cette mosaïque, du point de vue du clinicien, trois grands groupes normatifs émergent et sont des sources potentielles de confusion pour ces soignants aux connaissances normatives et juridiques minimales¹⁴. Ils doivent être décrits séparément, malgré leur relation parfois indissociable.

Le premier groupe normatif majeur regroupe les concepts relevant du fait que la majorité des soignants sont des professionnels légalement reconnus. Ce dernier, dans le cadre de sa pratique clinique, est régulièrement interpellé par la CI. Il est interpellé comme un soignant mais surtout comme un « professionnel de la santé », reconnu par l'État et le système de santé. Ce dernier aspect est clairement issu de la sphère juridique. Les normes que le soignant utilisera dans sa pratique sont le résultat des actions des différentes organisations qui gèrent cette « profession », en l'occurrence au Québec, les ordres professionnels. En ce qui concerne la CI, ces organismes réglementaires émettent ou soutiennent une majorité des guides d'interprétation et des politiques portant sur la CI. Ces éléments influent sur les tâches associées aux champs de pratique ou d'exercice, les relations de pouvoir ou de contrôle entre différents groupes de soignants ainsi que l'aptitude de chaque professionnel à atteindre certains niveaux de compétences¹⁵. Les ordres, comme chef d'orchestre des règlements professionnels, déterminent les balises déontologiques que les professionnels se doivent de respecter en lien avec leur pratique professionnelle¹⁶, sous peine de sanctions disciplinaires.

Dans les écrits portant sur la CI issus des recherches en administration de la santé ou en sociologie des professions, les notions juridiques issues du droit professionnel sont souvent mises de l'avant comme un facteur limitant, du

14 - Voir entre autres à ce sujet les travaux de Lisa Fisher-Jeffes, Charlotte Barton et Fiona Finlay, « Clinicians' knowledge of informed consent », (2007) 33-3 *Journal of Medical Ethics* 181-184, doi : 10.1136/jme.2006.016758; Seetharaman Hariharan, Ramesh Jonnalagadda, Errol Walrond et Harley Moseley, « Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados », (2006) 7-1 *BMC Medical Ethics* 7, doi : 10.1186/1472-6939-7-7; Rajesh Kumar, Santosh Mehta et Raminder Kalra, « Knowledge of staff nurses regarding legal and ethical responsibilities in the field of psychiatric nursing », (2011) 7-1 *Nursing and Midwifery Research* 1-11; Stephen Van McCrary, Jeffrey W. Swanson, Henry S. Perkins et William J. Winslade, « Treatment decisions for terminally ill patients: physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law », (1992) 20-4 *Law, Medicine and Health Care* 364-376; Stephen Van McCrary et Jeffrey W. Swanson, « Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law: comparing Denmark and the USA », (1999) 27-1 *Scandinavian Journal of Public Health* 18-21, doi : 10.1177/14034948990270011101.

15 - *Loi médicale*, LRQ c M-9, en ligne : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/M_9/M9.html> (consulté le 31 mai 2016); *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLQ c I-8, en ligne : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/I8.html> (consulté le 31 mai 2016).

16 - *Code des professions*, RLQ c C-26, en ligne : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.html> (consulté le 31 mai 2016).

fait qu'il considère les professions de manière isolée¹⁷ et définit des champs d'exercice descriptifs ou exclusifs à une profession¹⁸. Pourtant, les réglementations, notamment les codes de déontologie¹⁹, ainsi que les guides d'interprétation des règlements et les différents guides de pratique des ordres professionnels québécois, sont majoritairement favorables à la CI²⁰. À titre d'exemples, les articles 112.1 du *Code de déontologie des Médecins*²¹ et 46 du *Code de déontologie des Infirmières et infirmiers*²² précisent que ces professionnels ont l'obligation de collaborer avec les autres soignants. C'est une contradiction profonde entre les concepts juridico-administratifs et les perceptions des professionnels. Bien que ce soit une des premières contradictions que la littérature relève et qu'il s'agisse d'un pan majeur de l'encadrement des professionnels en santé, ce n'est pas le seul groupe normatif qui soit une source de confusion.

Le second groupe normatif que la littérature permet d'identifier comprend les éléments de la détermination de la responsabilité civile des soignants. Les divers éléments juridiques, qu'il s'agisse de la détermination de la faute, du lien de causalité ou de la relation de commettant-préposé entre les professions, ont fait l'objet de nombreux écrits doctrinaux et d'interprétation jurisprudentielle relativement unanimes : la CI n'influe pas sur la responsabilité individuelle des professionnels²³. Plus précisément, la structure de soin et la présence d'une équipe de soins sont évalués par les tribunaux au Québec comme des éléments de contexte : l'analyse de la faute basée sur le principe du « professionnel

diligent placé dans les mêmes circonstances »²⁴ n'est pas affectée par l'existence de la CI. Cependant, la responsabilité civile, telle qu'elle est perçue ou comprise par les professionnels, restent souvent cités comme une « crainte » ou une « incertitude » par ceux-ci relativement à la CI²⁵. Les particularités de l'attribution des responsabilités peuvent être parmi les concepts centraux de cette contradiction.

En raison de l'absence de personnalité juridique pour l'équipe interprofessionnelle comme telle, du moins en droit québécois, l'analyse de la responsabilité civile en cas de dommage continue doit se faire sur une base individuelle²⁶. Ainsi, chaque comportement individuel sera évalué séparément dans la contribution au dommage et dans la détermination de la nature fautive du comportement. Certes, les juges reconnaissent désormais que le soin est une affaire d'équipe²⁷, tout en admettant les limites juridiques permettant de pleinement s'adapter à cette réalité. Pour autant, ces derniers n'ont pas d'autre choix que d'examiner chaque professionnel de façon isolée pour déterminer la nature fautive ou non de son comportement, ainsi que sa contribution au dommage.

Au Québec, une telle analyse juridique est rendue d'autant plus complexe que les professionnels travaillant dans le réseau de la santé ont un statut juridique varié. En effet, la majorité des professionnels des établissements ont le statut d'employé, détenant alors une relation préposé-commettant

17 - M. Laverdière et C. Régis, préc., note 7.

18 - N. M. Ries, préc., note 7; W. Lahey et R. Currie, préc., note 3; William Lahey, « Interprofessionalism and Collaborative self-regulation in Health professions: Two Variations on an Emerging Canadian Theme », dans Stephanie D. Short et Fiona McDonald (dir.), *Health Workforce Governance*, New York, NY, ROUTLEDGE, 2016, p. 276; Barbara J Safriet, « Closing the gap between can and may in health-care providers' scopes of practice: a primer for policymakers », (2002) 19 *Yale J. on Reg.* 301; Catherine Dower, Jean Moore et Margaret Langelier, « It Is Time To Restructure Health Professions Scope-Of-Practice Regulations To Remove Barriers To Care », (2013) 32-11 *Health Affairs* 1971-1976, doi : 10.1377/hlthaff.2013.0537; S. Nelson et al., préc., note 3.

19 - *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r. 17, en ligne : <<http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9.%20r.%2017>> (consulté le 27 juillet 2017) a.112.1; *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ c I-8, r. 9, en ligne : <<http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8.%20r.%209>> (consulté le 27 juillet 2017) a.46.

20 - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des Médecins du Québec et Ordre des Pharmaciens du Québec, *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015.

21 - *Code de déontologie des médecins*, préc., note 19 a. 112.1: « Le médecin doit collaborer avec les autres professionnels de la santé et les autres personnes habilitées dans la prestation de soins de santé à un patient. »

22 - *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, préc., note 19 a.46 « L'infirmière ou l'infirmier ne peut refuser de collaborer avec les professionnels du domaine de la santé qui donnent des soins, des traitements ou des services nécessaires au bien-être du client. »

23 - N. M. Ries, préc., note 7; Jean-François Leroux, *La responsabilité médicale dans le contexte de la médecine multidisciplinaire: d'une responsabilité individualisée vers une responsabilité collective*, Colloque Développement Récents en Droit Médico-Légal et Responsabilité des Chirurgiens (dir.), coll. Service de la Formation Continue du Barreau du Québec, Cowansville (Québec), Blais, Développement récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens, 2011; M. Laverdière et C. Régis, préc., note 7.

24 - Voir à sujet entre autres *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, [2015] QCCS 1923, en ligne : <<http://canlii.ca/t/ghgv>> (consulté le 14 janvier 2020); *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapelaine*, [2017] QCCS 1727, en ligne : <<http://canlii.ca/t/h3kjq>> (consulté le 14 janvier 2020); *Hébert c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec — Hôpital de l'Enfant-Jésus*, [2011] QCCA 1521, en ligne : <<http://canlii.ca/t/fmqz4>> (consulté le 25 novembre 2018); Voir aussi J.-F. Leroux, préc., note 23; Nola M. Ries, MYTHE : *Le travail en équipe interprofessionnelle accroît les risques liés à la responsabilité civile*, en ligne : <http://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=720:mythbusterworking-in-interprofessional-teams-increases-legal-liability-risks-for-physicians&catid=148:features-scopes-of-practice&Itemid=145&lang=fr> (consulté le 22 mars 2016).

25 - D. D'Amour, M. Ferrada-Videla, L. San Martin Rodriguez et M.-D. Beaulieu, préc., note 3; G. Mulvale, M. Embrett et S. D. Razavi, préc., note 7.

26 - Conference Board of Canada et Gabriela Prada, *Liability risks in interdisciplinary care: Thinking outside the box*, Conference Board of Canada, 2007, en ligne : <<http://www.nhlc-cnls.ca/assets/PDFs/Abstracts/Prada.pdf>> (consulté le 22 mars 2016); « CMPA - Collaborative care: A medical liability perspective », en ligne : <<https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2005/collaborative-care-a-medical-liability-perspective>> (consulté le 20 octobre 2019); « CMPA/CNPS joint statement on liability protection for nurse practitioners and physicians in collaborative practice », *RISK MANAGEMENT* 2013.4; J.-F. Leroux, préc., note 23; W. Lahey et R. Currie, préc., note 3; N. M. Ries, préc., note 7.

27 - *Crawford c. Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (C.H.U.S.)*, [1980] J.E. 80-967; *Caron c. Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) (Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL))*, [2006] QCCS 3293, en ligne : <<http://canlii.ca/t/1nm2l>> (consulté le 25 novembre 2018); *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapelaine*, préc., note 24; *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, préc., note +24.

avec leur employeur²⁸. Les médecins ont quant à eux un statut de travailleur autonome, peu importe leur lieu de pratique, et n'ont donc pas de relation présumée de type commettant-préposé vis-à-vis de l'établissement. Cet état de fait, en plus de complexifier les procédures judiciaires, de par la multiplication des défendeurs, a un impact sur les arguments utilisés par les parties mises en cause lors d'un dommage. En effet, l'établissement, pour tenter de s'exonérer de sa responsabilité envers son préposé (tout professionnel employé comme une infirmière ou un ergothérapeute par exemple), peut utiliser l'argument du commettant momentanément en invoquant le fait que le professionnel mis en cause était sous les ordres du médecin et donc, sous la responsabilité de celui-ci²⁹. Cet argumentaire renforce la perception parmi des groupes de professionnels, médicaux selon laquelle les médecins sont toujours responsables des actions des autres professionnels dans une équipe³⁰. D'où la naissance de la deuxième confusion majeure entre ce qui est mis de l'avant comme des barrières juridiques par les cliniciens et ce qui est mis de l'avant comme des points litigieux par les juristes.

L'impact du statut juridique des travailleurs sur la CI ouvre la porte au troisième et dernier groupe normatif majeur de cette mosaïque normative: le professionnel existe et travaille dans la structure administrative du système de santé. Le soin, lorsqu'il est dispensé dans un établissement, est un acte encadré par une myriade de politiques internes qui sont produites grâce aux pouvoirs octroyés par différentes lois régissant le système de soins de santé³¹. C'est un ensemble de politiques et de règlements actuellement passés largement sous silence par la jurisprudence et la doctrine juridique québécoise. Pourtant, la contradiction réside dans l'importance conférée à ces politiques et règlements par les professionnels dans l'application de la CI. La majorité des barrières citées dans les différentes études sur la CI sont en fait de nature administrative ou structurelle³².

28 - En effet, le code civil du Québec statue à l'article 1463: « Le commettant est tenu de réparer le préjudice causé par la faute de ses préposés dans l'exécution de leurs fonctions; il conserve, néanmoins, ses recours contre eux. » *Code civil du Québec*, CQLR CCQ-1991, en ligne : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ_1991/CCQ1991.html> (consulté le 31 mai 2016) a.1463; N. Léger-Riopel et L. Hardcastle, préc., note 13 para.36 et 60.

29 - J.-F. Leroux, préc., note 23; *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*, préc., note 24.

30 - J.-F. Leroux, préc., note 23; *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, préc., note 24.

31 - *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C (1985) c.C-6; *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c.S-4.2, en ligne : <<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>> (consulté le 29 août 2017); architecture de gestion de l'information législative-legal information management system, *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*, RLRQ c E-12.0001, en ligne : <<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/E-12.0001>> (consulté le 22 juillet 2019); *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ S-5 r. 5.

32 - Leticia San Martín-Rodríguez, Marie-Dominique Beaulieu, Danielle D'Amour et Marcela Ferrada-Videla, « The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies », (2005) 19-sup1 *Journal of Interprofessional Care* 132-147, doi : 10.1080/13561820500082677; I. L. Bourgeault et G. Mulvale, préc., note 7; G. Mulvale, M. Embrett et S. D. Razavi, préc., note 7.

Ainsi il faut admettre que le soin, son auteur, ou encore les circonstances qui en permettent l'avènement, sont variables d'un établissement à un autre. Malgré l'homogénéité des règles professionnelles ou civiles sur le territoire québécois, la définition globale du rôle des acteurs dans une équipe de soins change dans chaque établissement. Sans jamais dépasser les balises fermes données par la réglementation professionnelle et les lois, les établissements ont une certaine latitude pour répartir les tâches entre les divers soignants³³. Les politiques internes des établissements restreignent donc l'application des champs d'exercice déterminés par l'ordre professionnel ou impose une hiérarchie basée sur la « prescription ou l'ordonnance médicale ». Par le biais de ses politiques internes, l'établissement peut en effet exiger de l'infirmière qu'elle obtienne une prescription médicale pour effectuer une activité qui n'en nécessiterait pas si on se basait strictement sur le champ d'exercice tel que décrit dans la loi - l'application des mesures de contention par exemple³⁴. Cette exigence, qui est issue de normes purement administratives, renforce la dominance médicale en plus de potentiellement influencer sur la perception des infirmières de leur pratique professionnelle. Dans les différentes études juridiques, sociologiques et managériales, il est impossible de savoir si l'on présume que chaque professionnel travaille au maximum de son champ d'exercice tel que déterminé par les règlements professionnels. Or, le professionnel qui dispensera le soin le fera autant en fonction des politiques internes de son établissement que de son statut de professionnel. Ainsi, la structure du soin, comme la CI, est autant influencée par les règles des établissements que par les règles de l'ordre professionnel ou celles issues de la responsabilité civile.

Finalement, la complexité ne réside pas seulement dans la diversité des groupes normatifs qui s'appliquent à la CI, mais aussi dans la simultanéité de cette application. Ces trois groupes n'agissent pas sur le professionnel et son environnement de manière isolée; ils sont interconnectés; ils s'influencent, se renforcent et évoluent parfois en opposition. Pour reprendre le modèle de Mulvale *et al*³⁵, ils sont les roues dentelées d'un même mécanisme. Ainsi, pour conduire une analyse juridique précise de l'encadrement de la pratique interprofessionnelle, ce modèle d'influence constante et d'interdépendance peut guider notre compréhension des déterminants normatifs et juridiques de la CI.

33 - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des Médecins du Québec et Ordre des Pharmaciens du Québec, préc., note 20.

34 - *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, préc., note 15 a.36 14e stipule en effet que l'infirmière peut décider des mesures de contention sans qu'il soit mention d'une notion d'ordonnance.

35 - G. Mulvale, M. Embrett et S. D. Razavi, préc., note 7.

L'importance d'une approche sociojuridique dans l'analyse de l'impact du droit sur une pratique clinique

Comme mentionné, la pratique collaborative est une pratique ayant lieu dans un environnement complexe avec plusieurs contradictions. Toutefois, cette affirmation ne permet pas de déterminer comment le droit influe effectivement sur la CI. Pour avoir un impact sur la pratique des cliniciens, le droit doit être mobilisé par les établissements de soins et les cliniciens eux-mêmes doivent se l'approprier. Cette concrétisation de l'effet du droit dans la pratique professionnelle dépend de multiples facteurs, qui ont été analysés par plusieurs courants de pensée sociojuridiques d'origine nord-américaine. Parmi eux, le courant de la managérialisation du droit est celui qui s'est le plus intéressé au domaine de la santé et qui permet de mieux mettre en lumière les raisons de l'apparition des contradictions énoncées ci-haut.

La prémisse qui sous-tend le courant de la managérialisation du droit est que les organisations, tout comme les acteurs professionnels qui les composent, doivent effectuer une recherche de signification pour comprendre et implanter le droit³⁶. C'est la nature complexe et ambiguë du droit qui leur impose cette étape de recherche de sens³⁷. Peut-être est-ce là l'une des raisons qui explique la popularité de ce courant théorique dans les juridictions de *common law* comparée aux juridictions de droit civil : la nécessité d'interpréter la règle de droit en fonction de sa réalité ou de lui donner un sens est beaucoup plus présente en *common law* du fait de la participation active des tribunaux dans la création des règles³⁸. Dans la réalité civiliste québécoise, cette étape de recherche de sens dépend de plusieurs facteurs : les personnes présentes, les relations de pouvoir, l'expérience des professionnels à l'égard du droit, le regard des professionnels sur le droit et, finalement, la connaissance

effective du droit par ceux-ci³⁹. Deux exemples issus d'une recherche multidisciplinaire au Québec illustrent bien les défis naissant de ce processus.

Premier exemple : l'impact des politiques internes des établissements de soins sur les professionnels employés de l'institution

Le premier exemple explore la priorisation des éléments politiques et juridiques par les médecins et les infirmières quand il s'agit de la CI. Les règles sont nombreuses afin de déterminer l'acteur qui doit faire le geste de soin et le standard selon lequel ce geste sera évalué. La façon dont un professionnel interprète ces règles à l'occasion de son processus décisionnel est donc centrale pour comprendre leur application. Si deux règles se contredisent, en apparence ou en réalité, laquelle sera finalement priorisée par un professionnel ? Selon les résultats de nos recherches effectuées sur la base d'un questionnaire anonyme distribué à 367 professionnels de la santé québécois, cette priorisation varie entre les infirmières et les médecins⁴⁰. Plus particulièrement, les infirmières notent prioritairement que le standard de pratique applicable à un geste donné est celui de la profession qui réalise normalement ce geste dans l'établissement de soins. À l'opposé, les médecins estiment que le standard de pratique applicable est celui de la profession à laquelle le professionnel appartient. Cette différence dénote un positionnement différent de ces professionnels dans la sphère « administrative ». Les infirmières semblent se définir davantage comme les employées d'un établissement qui émet des politiques internes déterminant la règle de soin et les tâches attribuées à chaque soignant que comme des professionnelles autonomes. Les médecins, quant à eux, semblent se définir par rapport à leur profession ou à leur compétence seule, ce qui peut apparaître normal puisqu'ils ne sont pas employés des établissements. Cependant, du simple point de vue de l'acte de soins, le statut juridique d'employé ne devrait pas avoir d'effet : le standard que devrait appliquer le professionnel lorsqu'il réalise un acte faisant partie de son champ de pratique est celui de sa profession. Les données de priorisation des éléments chez les infirmières semblent démontrer le contraire.

36 - R. Stryker, préc., note 9.

37 - Lauren B. Edelman et Shauhin A. Talesh, « To comply or not to comply—That isn't the question: How organizations construct the meaning of compliance », dans Christine Parker et Vibeke Lehmann Nielsen (dir.), *Explaining compliance: Business responses to regulation*, Edward Elgar Press, 2011, p. 103-122 aux pages 105-106; Lauren B. Edelman, Sally Riggs Fuller et Iona Mara-Drita, « Diversity Rhetoric and the Managerialization of Law », (2001) 106-6 *American Journal of Sociology* 1589-1641, 1598, doi : 10.1086/321303; Susan S. Silbey, « After Legal Consciousness », (2005) 1-1 *Annual Review of Law and Social Science* 323-368, 360, doi : 10.1146/annurev.lawsocsci.1.041604.115938.

38 - La majorité des écrits en Law and Society viennent des écoles américaines. Voir entre autres Robin Stryker, « Law and Society Approaches », dans Alexander C. Wagenaar et Scott Burris (dir.), *Public Health Law Research: Theory and Methods*, Jossey-Bass, 2013, p. 87-108; Alexander C. Wagenaar et Scott Burris (dir.), *Public health law research: theory and methods*, First ed, San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2013; Patricia Ewick et Susan S. Silbey, « Conformity, contestation, and resistance: An account of legal consciousness », (1991) 26 *New Eng. L. Rev.* 731; S. S. Silbey, préc., note 37.

39 - Carol A. Heimer, « Competing Institutions: Law, Medicine, and Family in Neonatal Intensive Care », (1999) 33-1 *Law & Society Review* 17-66, doi : 10.2307/3115095; S. S. Silbey, préc., note 37; Katherine C. Kellogg, *Challenging Operations: Medical Reform and Resistance in Surgery*, University of Chicago Press, 2011; L. B. Edelman et S. A. Talesh, préc., note 37; R. Stryker, préc., note 9.

40 - Le questionnaire anonyme par web a été distribué entre avril et septembre 2019 aux infirmières et médecins du Québec. Il comprenait des questions de priorisation des éléments politico-juridiques (quels sont les éléments qui déterminent en ordre si vous pouvez faire un geste, quels standards de pratique s'appliquent lorsque vous faites un geste...), des questions de connaissance effective (quel est l'impact de la CI sur la responsabilité personnelle, quels sont les lois qui encadrent la pratique en CI...), des questions qualitatives de position par rapport au droit (quels est l'impact du droit, quels sont les facteurs favorisant et limitant la CI...). Un total de 54 infirmières et 130 médecins ont répondu à l'ensemble du questionnaire, représentant toutes les régions administratives du Québec.

Ainsi, en ce qui concerne la question centrale de la relation entre la CI et son encadrement juridique, deux constats en découlent. Premièrement, une modification des politiques internes visant à favoriser la CI dans un établissement donné pourrait avoir un impact plus important sur les infirmières que sur les médecins, de par la priorisation donnée par les infirmières aux règles internes de leur établissement. Deuxièmement, des politiques internes limitant la flexibilité de l'attribution des tâches en fonction des compétences peuvent nuire à la CI. En effet, ces politiques limiteraient l'action des infirmières et autres professionnels employés de l'établissement plus que celle des médecins, puisque ceux-ci priorisent déjà leur compétence propre avant celle que pourrait leur attribuer l'établissement.

Deuxième exemple : la méconnaissance des champs de pratique descriptifs professionnels et des activités réservées.

Le second exemple explore la notion centrale des champs d'exercice professionnel de manière plus globale. Il y a maintenant plus de 15 ans, le modèle de gestion des champs de pratique des professionnels de la santé québécois a subi un changement majeur. Alors qu'ils avaient des champs d'exercice exclusifs, les professionnels de la santé ont désormais des champs d'exercices descriptifs avec des activités réservées, activités qui peuvent être attribuées cependant à plusieurs professions simultanément⁴¹. Ce changement majeur est concordant avec la majorité des écrits sur la CI⁴² et devrait donc favoriser l'émergence d'équipes interprofessionnelles. Or, comme le système de santé québécois tarde à démontrer cette relation entre champ d'exercice descriptif ouvert et implantation efficace d'équipe de soins, plusieurs dirigeants demandent une ouverture accrue des champs de pratique, une augmentation du partage des activités réservées et plus de décloisonnement entre les professions⁴³. Est-ce que cette ouverture des activités réservées favorisera la pratique interprofessionnelle ?

Selon les résultats de notre questionnaire distribué aux professionnels de la santé québécois, la modification des champs de pratique n'aurait que peu d'impact sur la CI dans la réalité. En effet, dans les réponses des sondés, un fait est

saillant : les professionnels ne connaissent pas leur champ de pratique actuel. Devant choisir dans une liste d'activités celles réservées exclusivement au champ de pratique de la médecine, les médecins et les infirmières ont tous démontré une connaissance erronée, bien que différente, du droit. Les médecins se sont donné beaucoup plus d'activités exclusives que ne leur autorisait le droit, tandis que les infirmières ont limité leur champ de pratique en octroyant aux médecins des activités qui faisaient aussi partie de leurs activités réservées. Ces résultats indiquent, certes, un manque de connaissance des champs de pratique chez les professionnels sondés mais peut être aussi le résultat d'internalisation des politiques internes des établissements. Par exemple, si la politique interne de l'établissement mentionne que certains gestes doivent se faire sous ordonnance expresse du médecin, l'effet d'une telle politique pourrait être, tant chez le médecin que chez l'infirmière, que ces derniers assument que les gestes en question sont exclusifs au médecin. La connaissance adéquate des lois et règlements professionnels leur aurait appris que ces gestes font partie en bonne et due forme de chacune de leur profession et n'exigent pas de telle ordonnance. Est-ce la méconnaissance ou la priorisation des règles et politiques qui influence le plus l'infirmière et le médecin dans leur erreur commune? Il est actuellement difficile d'y répondre mais une chose semble claire : les professionnels non-médecins ne semblent pas pratiquer au maximum de leur champs d'exercice juridiquement déterminé.

Donc, les champs de pratique actuels, tels qu'ils sont déterminés par le droit, permettent aux professionnels non médicaux d'exercer beaucoup plus d'actes que ceux-ci se pensent autorisés à faire. Devrions-nous ainsi élargir les champs de pratique des professionnels pour favoriser la CI, ou simplement nous assurer que les professionnels maximisent l'utilisation de leurs champs de pratique actuels? Les données actuelles ne permettent pas de répondre d'emblée à cette question. Une analyse plus poussée de la relation entre le droit et la CI est nécessaire car tout changement de législation ou de règlement pourrait avoir des effets imprévisibles sur la pratique collaborative.

Conclusion

En conclusion, il est clair que les lois, règlements et les politiques internes qui en découlent doivent faire l'objet de plus d'attention dans la recherche sur les facteurs favorisant la CI dans le domaine de la santé. Dans cet environnement complexe, les chercheurs intéressés par une analyse juridique se doivent d'appréhender l'ensemble des concepts politiques et juridiques tels que les règles des champs d'exercices professionnels, le fonctionnement et les politiques internes des établissements de soins et la responsabilité civile : ils déterminent tous la CI selon divers mécanismes. De plus, seule une vision globale de l'environnement juridique permettra aux experts en CI de recommander des modifications pertinentes aux lois et règlements actuels. Toutefois, une analyse d'une telle

41 - Jean-Bernard Trudeau, Sylvie de Grandmont, Lise Lafrance et Line Poitras, « la «loi 90»: la force de l'interdisciplinarité. Des connaissances et des compétences à partager », dans *Le système socio-sanitaire au Québec: Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, QC, Gaëtan Morin Editeur, 2007, p. 263-272; *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002 c.33, en ligne : <<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C33F.PDF>>.

42 - S. Nelson et al., préc., note 3; C. Dower, J. Moore et M. Langelier, préc., note 18.

43 - « Dépôt du projet de loi n° 43 : les IPS pourront diagnostiquer certaines maladies selon leur spécialité », *OIIQ*, en ligne : <<https://www.oiiq.org/en/depot-du-projet-de-loi-no-43-les-ips-pourront-diagnostiquer-certaines-maladies-selon-leur-specialite?inheritRedirect=true&redirect=%2Fen%2Fmedias>> (consulté le 20 octobre 2019).

ampleur ne s'avérera utile que si ces experts s'intéressent aussi à la relation entre le droit qui structure la CI et les professionnels qui la mettent en œuvre. En effet, la position de ces professionnels face aux nombreux éléments du droit, ainsi que leur connaissance ou leur méconnaissance de ce dernier, modifieront de façon importante l'effet des adaptations juridiques proposées pour favoriser la CI.

Marie-Andrée Girard & Catherine Régis