

Université de Montréal

La collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé au Québec : une approche en
managérialisation du droit

Par

Marie-Andrée Girard

Faculté de Droit

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur
en Droit

Novembre 2021

© Marie-Andrée Girard, 2021

Université de Montréal

Faculté de Droit

Cette thèse intitulée

La collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé au Québec : une approche en managérialisation du droit

Présentée par

Marie-Andrée Girard

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Pre France Houle
Président-rapporteur

Catherine Régis
Directeur de recherche

Pr Ma'n H. Zawati
Membre du jury

Pr Jean-Louis Denis
Représentant de la FESP

Pre Marie-Ève Couture-Ménard
Examineur externe

Remerciements

On dit que la thèse est un effort solitaire. Je dirais plus qu'une thèse est un effort solidaire. Comme le marathonien qui a son entraîneur, son kinésologue, son médecin, ses supporteurs... On écrit bien seule, mais tous ceux qui nous entourent sont des facilitateurs, des supports, des miroirs, des éléments essentiels que l'on passe malheureusement trop souvent sous silence.

À tous ceux qui ont fait partie de ce projet formidable, votre contribution est plus grande que vous ne pouvez l'imaginer!

À Catherine Régis, pour son aide, ses nombreux conseils et son support indéfectible.

À mes amis, tout particulièrement Cécile, Audrey, Laure et Manon, qui ont écouté mes incessantes interrogations, remise en question, et relu mes premiers écrits.

À mes collègues, tout particulièrement Dr Pierre Beaulieu, qui ont cru en mon projet un peu fou. Leurs encouragements ont compensé tant de sourcils levés, tant de « pourquoi un doctorat en droit? », tant d'incrédulité pour permettre à cette petite flamme de ne jamais s'éteindre.

Finalement, à ma famille, Catherine, Chantale et Jacques, sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour.

Résumé

Introduction

La collaboration interprofessionnelle (CI) est essentielle à l'efficacité des soins de santé au Canada. Cette pratique est modélisée par un ensemble de lois, règlements et politiques, mais la littérature quant à leur impact sur la CI est rare. Utilisant la théorie de la managérialisation du droit, cette étude vise à illustrer l'écart entre le cadre juridique propre à la CI et la connaissance de celui-ci par les cliniciens.

Méthode

Un sondage anonyme en ligne a été lancé en avril 2019 et envoyé aux infirmières et aux médecins du Québec, Canada. Les questions portaient sur le cadre juridique de la CI, les sources de connaissances juridiques et les perceptions ou croyances en regard de la CI. L'objectif principal était de déterminer l'écart entre le cadre juridique et la compréhension de celui-ci. L'objectif secondaire était d'identifier les sources de connaissances juridiques pour les cliniciens du Québec.

Résultats

Au total, 267 participants ont répondu au sondage, soit un taux de réponse de 35 %. 184 sondages ont été remplis par des infirmières et des médecins de toutes les régions du Québec. Pour l'acquisition de connaissances, 40 % des médecins se sont tournés vers les assureurs alors que 43 % des infirmières se sont tournées vers leur ordre professionnel. Seulement 30% des médecins ont correctement identifié quelle activité est réservée aux médecins uniquement tandis que 39% des infirmières ont correctement identifié leur

activité réservée. En ce qui concerne les perceptions juridiques, 28 % des médecins et 39 % des infirmières pensaient que la CI pourrait accroître leur responsabilité. Ces participants ont plus tendance à nommer les problèmes liés à la responsabilité comme des obstacles à la CI.

Interprétation

Il existe un écart important entre les connaissances des cliniciens des lois et les politiques et le contenu réel de ceux-ci. Cette lacune peut conduire à des interprétations erronées des textes normatifs par les cliniciens, à des changements de politiques inefficaces par les décideurs et peut perpétuer une mise en œuvre inefficace de la CI.

Mots clés : Droit de la santé, managérialisation du droit, pratique interprofessionnelle, professionnels de la santé

Abstract

Background

Interprofessional collaboration (IPC) is central to effective care in Canada. This practice is structured by an array of laws, regulations and policies but the literature on their impact on IPC is scarce. Using the managerialization of law theory, this study aims to illustrate the gap between the texts and clinicians' knowledge of the legal framework.

Method

An anonymous web-based survey was launched in April 2019 and sent to nurses and physicians in Quebec, Canada. The questions were about the IPC legal framework, legal knowledge sources and IPC perceptions or beliefs. The primary outcome was to determine the gap between the law and understanding of the law. The secondary outcome was to identify legal knowledge sources for clinicians in Quebec.

Results

A total of 267 participants filled in the survey, a response rate of 35%. 184 surveys were completed by nurses and physicians from all areas. For knowledge acquisition, 40% of physicians turned to insurers whereas 43% of nurses turned to their regulatory body. Only 30% of physicians correctly identified what activity is reserved for physicians while 39% of nurses correctly identified their reserved activity. Regarding legal perceptions, 28% of physicians and 39% of nurses thought IPC could increase their liability. These participants have a higher tendency to name liability-related issues as barriers to IPC.

Interpretation

There is an important discrepancy between clinicians' knowledge about law and policies, and the actual texts themselves. This gap can lead to misinterpretations of the law by clinicians, ineffective policy changes by policymakers and can perpetuate ineffective implementation of IPC.

Keywords: Health law, managerialization of law, interprofessional practice, healthcare professionals

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	I
RÉSUMÉ.....	II
ABSTRACT.....	IV
TABLE DES MATIÈRES.....	VI
TABLE DES FIGURES.....	XIII
TABLE DES TABLEAUX.....	XV
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	3
PARTIE 1 : LE CADRE CONCEPTUEL, THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	11
CHAPITRE 1 : LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET LE DROIT.....	12
SECTION 1 : LES STRUCTURES ET DÉFINITIONS DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	12
1.1 <i>La collaboration interprofessionnelle.....</i>	12
1.2 <i>L'impact sur la santé.....</i>	17
1.3 <i>Les facteurs influant sur la collaboration interprofessionnelle.....</i>	21
SECTION 2 : LA RELATION ENTRE LE DROIT ET LA PRATIQUE COLLABORATIVE, UN CADRE THÉORIQUE.....	27
2.1 <i>Le cadre théorique des approches Droit et Société : paramètres généraux.....</i>	27
2.2 <i>La recherche de sens par les organisations (organizational meaning-making) en Droit et Société.....</i>	30
2.3 <i>La notion de conscience du droit (Legal Consciousness) en Droit et Société.....</i>	32
2.4 <i>La notion de managérialisation du droit (organizational legalization) en Droit et Société.....</i>	37

SECTION 3 : LES ACTEURS DANS LA MANAGÉRIALISATION DU DROIT : LES MÉDECINS ET LES INFIRMIÈRES	46
3.1 <i>L'acquisition d'une connaissance : généralité</i>	47
3.2 <i>Les acteurs académiques : enseigner le droit, la norme et la règle aux professionnels de la santé</i>	49
3.3 <i>Les acteurs organisationnels : l'enseignement « terrain » du droit, de la norme et des règles aux professionnels de la santé</i>	58
3.4 <i>Les individus : la connaissance du droit chez les médecins et les infirmières</i>	64
CONCLUSION DU CHAPITRE 1	69
CHAPITRE 2 : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE	72
SECTION 1 : DÉTERMINER L'ÉTAT DU DROIT PAR MÉTHODE HERMÉNEUTIQUE JURIDIQUE	74
1.1 <i>Les législations et règlements étudiés</i>	75
1.2 <i>Les sources jurisprudentielles</i>	76
1.3 <i>Les sources doctrinales</i>	76
SECTION 2 : DÉTERMINER LA CONNAISSANCE PAR MÉTHODE QUANTITATIVE AVEC ANALYSE QUALITATIVE SUPPLÉMENTAIRE	77
2.1 <i>La méthode quantitative de type questionnaire</i>	77
2.2 <i>Le mode d'administration</i>	79
2.3 <i>Le contenu du questionnaire</i>	81
2.3.1 <i>Les données sur la vision de la collaboration interprofessionnelle</i>	81
2.3.2 <i>Les données sur l'acquisition des connaissances</i>	82
2.3.3 <i>Les données sur le contenu des connaissances</i>	83
2.3.4 <i>Les données démographiques</i>	84

2.4 <i>Le pilote</i>	87
2.5 <i>L'échantillonnage et le recrutement</i>	87
2.6 <i>Le consentement</i>	92
2.7 <i>L'analyse des données quantitatives et qualitatives</i>	94
2.8 <i>La conservation des données et des résultats</i>	96
CONCLUSION DE LA PARTIE 1	97
PARTIE 2 : LES RÉSULTATS	99
CHAPITRE 3 : L'ANALYSE DE L'ENCADREMENT NORMATIF DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	102
SECTION 1 : LA RELATION ENTRE LES GROUPES PROFESSIONNELS ET LEUR RELATION DANS LEUR ACTIVITÉ ET LEURS RÔLES.....	106
<i>Section 1.1 Le champ de pratique, clé de voûte de la relation entre les groupes professionnels</i>	107
<i>Section 1.2 Le partage d'activité et le certificat de spécialité comme outils de flexibilité</i>	114
Section 1.2.1 Le partage d'activité comme outils de porosité entre les professions	115
Section 1.2.2 Le certificat de spécialité comme pont potentiel entre les professions	123
<i>Section 1.3 La gestion des conflits interprofessionnels par les ordres professionnels, les comités interordres et le Conseil interprofessionnel : communiquer pour mieux collaborer</i>	127
<i>Section 1.4 Les directions et conseils de professionnels dans les hôpitaux comme regroupement administratif des professionnels</i>	133
SECTION 2 : LES RELATIONS DE POUVOIR OU DE CONTRÔLE ENTRE LES PROFESSIONNELS : LE CONTRÔLE DANS LE PARTAGE D'ACTIVITÉ ET DANS L'ORGANISATION DU TRAVAIL	137
<i>Section 2.1 L'origine et l'impact de la notion de contrôle dans le partage d'activités</i>	138
<i>Section 2.2 La notion de contrôle dans le processus de partage des activités</i>	141
<i>Section 2.3 Le contrôle sur l'exécution de l'activité elle-même</i>	144

<i>Section 2.4 Le contrôle de l'organisation du travail des professionnels par l'employeur : la description des tâches des employés et les politiques internes de l'établissement</i>	153
Section 2.4.1 La détermination de l'activité par la description de tâche.....	153
Section 2.4.2 Le professionnel, le salarié et le respect des politiques internes des établissements.....	157
SECTION 3 : LES RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLE ET CIVILE PARTAGÉES ENTRE LES PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE	162
<i>Section 3.1 La collaboration interprofessionnelle comme une obligation déontologique : unî dans une même obligation</i>	162
Section 3.1.1 L'impact sur la détermination de la faute disciplinaire.....	168
Section 3.1.2 L'impact sur l'administration de la discipline.....	173
Section 3.1.3. La contribution du recours disciplinaire dans les recours de responsabilité civile.....	176
<i>Section 3.2 Les responsabilités civiles partagées entre les professionnels de l'équipe : isolé dans la responsabilité</i>	179
Section 3.2.1 La caractérisation des régimes de responsabilité	184
Section 3.2.2 La caractérisation de la faute	188
Section 3.2.3 Le lien de causalité	192
Section 3.2.4 La relation commettant-préposé.....	196
SECTION 4 : L'ÉPISODE DE SOINS ET LE LEADERSHIP ADAPTÉ AUX BESOINS DU SOIGNÉ.....	204
<i>Section 4.1 L'admission et le congé : signature du médecin requise</i>	211
<i>Section 4.2 La prescription ou la consultation médicale pour l'accès aux services spécialisés et aux outils d'assistance</i>	213
<i>Section 4.3 Le difficile leadership non médical en première ligne : le statut du professionnel face à la pratique privée facturée à l'État</i>	217
CONCLUSION CHAPITRE 3.....	224

CHAPITRE 4 : LES CONNAISSANCES JURIDIQUES DES INFIRMIÈRES ET MÉDECINS DU QUÉBEC.....	227
SECTION 1 : LES DONNÉES DESCRIPTIVES GÉNÉRALES DE L'ÉCHANTILLON.....	228
SECTION 2 : LES DONNÉES SUR LA VISION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DE L'ÉCHANTILLON.....	235
2.1 <i>La perception de la collaboration interprofessionnelle</i>	235
2.2 <i>La perception des freins et des facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle</i>	238
2.2.1 Les facilitateurs.....	238
2.2.2. Les freins	240
2.3 <i>La perception de l'impact du droit sur la collaboration interprofessionnelle</i>	245
SECTION 3 : LES CONNAISSANCES EXPLICITES SUR LES ÉLÉMENTS JURIDIQUES	247
SECTION 4 : LA POSITION PAR RAPPORT AU DROIT	258
SECTION 5 : LES SOURCES D'INFORMATION JURIDIQUE DE L'ÉCHANTILLON	266
5.1 <i>L'apprentissage des notions juridiques</i>	267
5.1.1 La formation formelle universitaire	267
5.1.2 Les sources d'apprentissage initial des connaissances.....	268
5.2 <i>Les sources pédagogiques expérientielles sur les éléments juridiques</i>	275
5.2.1 L'expérience avec le système juridique	276
5.2.2 Les sources de réponse aux questions médico-légales.....	280
SECTION 6 : LIMITES.....	284
CONCLUSION DU CHAPITRE 4 : L'IMPACT GLOBAL	286
CONCLUSION DE LA PARTIE 2	288

PARTIE 3: FAVORISER LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE PAR L'ANGLE JURIDIQUE..... 291

CHAPITRE 5 : MODIFIER LE DROIT POUR FACILITER LA CI..... 296

SECTION 1 UNE VISION INTERPROFESSIONNELLE DES ORDRES ET DES OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES : UN SEUL ORGANE DISCIPLINAIRE POUR MIEUX ENCADRER LA CI..... 297

1.1 Rationaliser le système professionnel en santé : un Office des professions unique à la santé ou un regroupement des ordres?..... 298

1.2 Une table disciplinaire en santé sous l'égide du Conseil Interprofessionnel ou de l'Office des professions 307

SECTION 2 L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE COMME PERSONNE MORALE OU COMMENT FAVORISER LA CI PAR LA STRUCTURE DE PRATIQUE ET DE RESPONSABILITÉ..... 311

SECTION 3 UNE OBLIGATION INDIVIDUELLE POUR UN FAIT COLLECTIF : LA COMMUNICATION ET LA GESTION DE CONFLIT DANS LES ÉQUIPES..... 314

SECTION 4 FACILITER LA CI EN HARMONISANT LES STATUTS DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 316

CONCLUSION DU CHAPITRE 5..... 321

CHAPITRE 6 : AMÉLIORER LA CONNAISSANCE POUR AMÉLIORER L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DANS LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE..... 323

SECTION 1 : LES CONDITIONS DE FORMATION..... 324

1.1 Enseigner les aspects juridiques de la pratique interprofessionnelle : un aspect de l'enseignement interprofessionnel..... 328

1.2 Les modèles pédagogiques potentiels..... 331

SECTION 2 : LE CONTENU PÉDAGOGIQUE 334

2.1 Les bases de la réglementation et du droit en santé..... 337

2.2 Le droit se rapportant au contrôle externe de la pratique des professions..... 338

2.3	<i>Le droit se rapportant au contrôle interne de la pratique et la déontologie.....</i>	340
	CONCLUSION DE LA PARTIE 3	343
	CONCLUSION	347
	BIBLIOGRAPHIE.....	352
	ANNEXE 1 : CERTIFICAT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE	378
	ANNEXE 2 : TABLE CONCEPTUELLE	380
	ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE	383
	ANNEXE 4 : LIVRE DE CODAGE (CODEBOOK) - QUALITATIF	391

Table des figures

FIGURE 1: MODÈLE CONCEPTUEL DES FACTEURS FAVORISANT ET LIMITANT LA PRATIQUE COLLABORATIVE INTERPROFESSIONNELLE (INSPIRÉ DE BOURGEAULT ET MULVALE)	24
FIGURE 2: MODÈLE CONCEPTUEL DE LA MANAGÉRIALISATION DE LA LOI EN SANTÉ.....	44
FIGURE 3: MODÈLE MODIFIÉ APPLIQUÉ À LA PROBLÉMATIQUE DE L'IMPACT DU DROIT SUR LA CI.....	45
FIGURE 4: PRÉSENTATION SCHÉMATISÉE DE LA MÉTHODOLOGIE, DANS LE CADRE D'UNE MÉTHODE MIXTE JURIDIQUE QUANTITATIVE.....	86
FIGURE 5: PROCESSUS D'ANALYSE D'UNE DEMANDE DE PARTAGE D'ACTIVITÉ.....	143
FIGURE 6: IMPACT DU DROIT SUR LA CI SELON LES MÉDECINS ET LES INFIRMIÈRES (0 = NÉGATIF, 50 = NEUTRE, 100 = POSITIF).....	246
FIGURE 7: STANDARD DE PRATIQUE APPLICABLE POUR UNE ACTIVITÉ FAISANT PARTIE DE PLUSIEURS CHAMPS DE PRATIQUE (MÉDECINS ET INFIRMIÈRES).....	252
FIGURE 8: INFLUENCE DE L'EXPÉRIENCE JURIDIQUE SUR LE CHOIX DU STANDARD DE PRATIQUE	253
FIGURE 9 : RESPONSABILITÉS DES MÉDECINS/INFIRMIÈRES DANS L'ÉQUIPE (ATTRIBUABLES À LA PROFESSION PROPRE)	260
FIGURE 10: PRIORISATION DES DÉTERMINANTS DE L'ACTION CLINIQUE.....	262
FIGURE 11 : INFLUENCE DU TITRE PROFESSIONNEL DANS LA DÉTERMINATION DE L'ACTIVITÉ	264
FIGURE 12: INFLUENCE DE LA NOTION DE COMPÉTENCE DANS LA DÉTERMINATION DE L'ACTIVITÉ	265
FIGURE 13: SOURCE D'ACQUISITION DES CONNAISSANCES JURIDIQUES PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE CHEZ LES MÉDECINS	271
FIGURE 14: SOURCE D'ACQUISITION DES CONNAISSANCES JURIDIQUES PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE POUR LES INFIRMIÈRES.....	272
FIGURE 15: IMPACT DE L'EXPÉRIENCE AVEC LE SYSTÈME JURIDIQUE SUR LA PERCEPTION DE LA RESPONSABILITÉ	278

FIGURE 16: ÉLÉMENT PRIORITAIRE IDENTIFIÉ EN FONCTION DE L'EXPÉRIENCE AVEC LE SYSTÈME JURIDIQUE	279
FIGURE 17: SOURCE D'ACQUISITION SECONDAIRE DE CONNAISSANCES JURIDIQUES (RECHERCHE ACTIVE SUITE À UN QUESTIONNEMENT) POUR LES MÉDECINS	281
FIGURE 18: SOURCE D'ACQUISITION DE CONNAISSANCES JURIDIQUES SECONDAIRE (RECHERCHE ACTIVE SUITE À UN QUESTIONNEMENT) POUR LES INFIRMIÈRES	282
FIGURE 19: LES CHANGEMENTS EN AUSTRALIE SUITE À L'IMPLANTATION DE LA STRUCTURE AHPRA	303
FIGURE 20: LA RELATION ENTRE AHPRA ET LES AUTRES INSTANCES DE GESTION DES PROFESSIONNELS EN AUSTRALIE	304

Table des tableaux

TABLEAU 1: RÉSUMÉ DES FACTEURS IDENTIFIÉS EXERÇANT UNE INFLUENCE SUR LA CI.....	22
TABLEAU 2: RÉSUMÉS DES TEXTES LÉGAUX ANALYSÉS DANS LE CADRE DE LA MÉTHODE JURIDIQUE	75
TABLEAU 3: ÉCHANTILLONNAGE POPULATION INFIRMIÈRE (BASÉ SUR LES DONNÉES DE 2016-2017)	90
TABLEAU 4: ÉCHANTILLONNAGE POPULATION MÉDICALE (BASÉ SUR LES DONNÉES DE 2016-2017)	91
TABLEAU 5: LES DATES DE CRÉATION AYANT UN IMPACT SUR LA PRATIQUE EN CI EN SANTÉ.....	105
TABLEAU 6: RÈGLEMENTS DE PARTAGE D'ACTIVITÉS DÉVELOPPÉS PAR LE CMQ.....	148
TABLEAU 7: RÈGLEMENTS DE PARTAGE D'ACTIVITÉS DÉVELOPPÉS PAR L'OIIQ.....	151
TABLEAU 8: DONNÉES DESCRIPTIVES.....	231
TABLEAU 9: ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE FORMELLE.....	233
TABLEAU 10: POSITIONNEMENT PAR RAPPORT À LA CI.....	236
TABLEAU 11: LES CONNAISSANCES JURIDIQUES EXPLICITES DES INFIRMIÈRES ET DES MÉDECINS	248
TABLEAU 12: IMPACT DE L'EXPÉRIENCE AVEC LE SYSTÈME JURIDIQUE SUR LES CONNAISSANCES EXPLICITES	277

Liste des abréviations

ACPM	Association canadienne de protection médicale
AHPRA	Australasian Health Practitioners Regulation Agency
ALDO	Aspects légaux, déontologiques et organisationnels
CcQ	Code civil du Québec
CDAMP	Comité des activités médicales partageables du CMQ
CI	Collaboration interprofessionnelle
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIQ	Conseil interprofessionnel du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et services sociaux
CM	Conseil multiprofessionnel
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des Médecins du Québec
CP	Code des professions
FIQ	Fédération interprofessionnelle du Québec
FMOQ	Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des Médecins Spécialistes du Québec

EIP	Éducation interprofessionnelle
IPS	Infirmières praticiennes spécialisées
LAH	Loi sur l'assurance-hospitalisation
LAM	Loi sur l'assurance-maladie
LCS	Loi canadienne sur la Santé
LII	Loi sur les infirmières et infirmiers
LMed	Loi médicale
LSS	Law and Society Studies
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OIIQ	Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPQ	Office des professions du Québec
PL90/L33	Projet de loi 90 / Loi 33
PL21/L28	Projet de loi 21 / Loi 28
RAMQ	Régie de l'Assurance-maladie du Québec
ROAE	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

INTRODUCTION

Depuis le 18 mars 2020, la pandémie causée par un coronavirus nous a appris beaucoup sur le système de santé québécois et les différents systèmes de santé à l'échelle mondiale. On a vu les failles, les ratés, les angles morts, mais on a vu aussi la débrouillardise, la capacité de résilience et d'adaptation d'un élément central de tous les systèmes : les ressources humaines soignantes. La pandémie nous aura confirmé ce que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît timidement depuis maintenant plus de dix ans ; l'avenir des systèmes de soins de santé passe par une force de travail diversifiée, capable de s'adapter aux grands défis appréhendés et ceux qu'on ne devine pas encore. L'avenir de la gestion des ressources soignantes passe par une collaboration interprofessionnelle robuste qui permet de maximiser l'agilité du groupe face à l'adversité.

Cette reconnaissance de l'importance de la collaboration interprofessionnelle (CI) n'est pas récente. En fait, la pratique existait bien avant cette déclaration de l'OMS¹ comme le démontre la recherche portant sur cette pratique clinique. Cependant, la multiplication des appellations qu'on donnait à la CI rendait difficile l'adoption d'une vision d'ensemble. L'OMS, dans sa publication phare de 2010, a donc permis de clairement statuer sur une définition globale de la CI, en se libérant de toute notion stricte organisationnelle pour se centrer sur l'essence même d'une équipe de soins dont le patient fait aussi partie :

¹ World Health Organization (WHO), *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*, Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2010.

Collaborative practice in healthcare occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings. Practice includes both clinical and non-clinical health-related work, such as diagnosis, * treatment, surveillance, health communications, management and sanitation engineering.²

Pourtant, malgré cet appui et une recherche substantielle sur l'efficacité d'une telle pratique pour la qualité des soins et la satisfaction des patients, la pratique collaborative s'implantait dans les milieux de soins avec lenteur, une lenteur qui interpella les chercheurs intéressés aux sciences sociales et à l'administration de la santé. Ces recherches mirent en évidence plusieurs défis dans l'implantation de la CI dont les fondements philosophiques d'égalité dans l'équipe pouvaient contrarier les pratiques usuelles en santé de hiérarchisation des professions. Plus que ces frictions philosophiques, des études en sciences sociales soulignent souvent des éléments d'encadrement juridique dans leur recherche, soit comme des éléments limitant la pratique en équipe, soit comme des sources potentielles de facilitation de l'implantation de la CI³. En parallèle, plusieurs chercheurs en droit se sont intéressés à la CI et publièrent des analyses sur ces mêmes éléments

² John HV Gilbert, Jean Yan & Steven J Hoffman, « A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice » (2010) 39:3 Journal of Allied Health 196-197 à la p 13.

³ Voir à ce sujet entre autres les études de Leticia San Martín-Rodríguez et al, « The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. » (2005) 19 Suppl 1 J Interprof Care 132-147; Danielle D'Amour et al, « The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks » (2005) 19:sup1 Journal of interprofessional care 116-131; Ivy Lynn Bourgeault & 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; Wen-Yin Chang et al, « Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals » (2009) 65:9 Journal of Advanced Nursing 1946-1955; Gillian Mulvale, Mark Embrett & Shaghayegh Donya Razavi, « 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework » (2016) 17:1 BMC Family Practice, en ligne: <<http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0492-1>>.

juridiques, soulignant l'importance de maximiser la flexibilité du système de régulation professionnel en s'appuyant sur cette littérature grise publiée par les sciences sociales⁴.

Un agenda politico-juridique fut le résultat de cette production scientifique, et les acteurs, comme les ordres professionnels et le législateur, se mobilisèrent en lien avec la régulation des professionnels. Dès les débuts des années 2000, et donc bien avant l'énoncé de l'OMS, le législateur normalisa l'augmentation naturelle, mais toujours illégale à l'époque des champs de pratique de certaines professions. Il inclut aussi, en accord avec des études de sciences sociales et des publications doctrinales, une meilleure porosité dans la régulation des professions en passant de champs exclusifs à des champs descriptifs. Cependant, malgré cette réponse du législateur en adéquation avec les barrières à la CI mises de l'avant par les connaissances de l'époque, les gains ne furent pas significatifs. Les études subséquentes continuèrent de rapporter que les participants notent des éléments juridiques, dont les champs de pratique, comme des barrières à la CI. Car malgré la robustesse des méthodes qualitatives qu'utilisent ces chercheurs, la recherche en parallèle des sciences sociales et du droit laisse une zone d'ombre dans le développement des connaissances entourant la CI. La question qui est toujours en suspens est celle-ci: est-ce les éléments juridiques eux-mêmes qui limitent l'implantation de la CI ou la connaissance que les praticiens ont de ces éléments juridiques ou une contribution des deux?

⁴ Laverdière, Marco & Régis, Catherine, « Comprendre les conflits interdisciplinaires pour mieux y faire face: un défi pour le système professionnel québécois » dans Robert P Kouri, Catherine Régis & Lara Khoury, dir, *Les grands conflits en droit de la santé: les rencontres en droit de la santé - volume 1*, 2016 193; 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.

Cette question est centrale dans le contexte des soins de santé. La CI est une pratique clinique, une pratique qui nécessite l'interaction de plusieurs professionnels dont les contextes juridiques ne sont pas homogènes. En fait, le droit, bien qu'il soit très présent dans le domaine des soins de santé, ne s'incarne dans la réalité du soin que par le biais des acteurs soignants et par les gestionnaires qui produisent régulièrement des guides de pratiques et des politiques. Les médecins, infirmières, chefs de département, chefs clinique et autres sont ceux qui vont "traduire" la règle juridique en l'appliquant à la situation concrète vécue par les soignants et leurs patients. Cet effort de traduction peut être couronné de succès et respecter à la lettre l'intention du législateur comme il peut être moins heureux. C'est cet effort de traduction que la managérialisation du droit tente de théoriser et permettre ainsi au juriste de mieux conceptualiser le processus d'appropriation du droit si essentiel à son application dans le cadre d'une pratique clinique. Tous ces concepts seront les pierres angulaires du premier chapitre.

La CI est donc la finalité, du moins en partie, de l'interaction d'un environnement juridique avec un environnement clinique. Alors même que la littérature actuelle nous permet de déterminer la perception des acteurs du système de santé à l'égard du juridique et de déterminer les règles juridiques applicables, pour compléter le portrait, il faut s'intéresser simultanément à l'encadrement dans lequel évolue les professionnels et comment ces mêmes professionnels le conçoivent et le connaissent. Deux approches méthodologiques sont donc nécessaires. Nous pouvons partir de la prémisse que les études sociales émettent : les éléments juridiques influencent les praticiens dans la pratique en collaboration. Cette prémisse implique l'évaluation et l'analyse de deux composantes différentes : la réalité juridique des éléments de l'encadrement, soit une détermination de leur influence et de leur contenu par une approche traditionnelle juridique, et la réalité des professionnels de la santé qui agissent en fonction des éléments juridiques, soit la détermination des éléments

effectifs que les professionnels de la santé utilisent et considèrent comme étant des éléments issus du juridique. C'est cette approche joignant deux méthodes, utilisées en séquence rapide sur une même population, qui seront décrites dans le second chapitre.

La partie suivante regroupera l'ensemble des résultats de ces deux approches. Le troisième chapitre sera entièrement consacré à exposer la première partie de l'équation : l'encadrement juridique touchant la CI tel qu'il existe actuellement au Québec pour les médecins et les infirmières. L'analyse des éléments juridiques sera présentée en fonction de quatre axes : l'encadrement influençant les relations entre les groupes et leurs activités respectives, l'encadrement influençant les relations de pouvoir entre les professions, la répartition des responsabilités civiles et professionnelles dans un contexte d'équipe collaborative et, finalement, l'encadrement influençant le continuum de soin et le leadership en CI. Nés pour la majorité depuis plus de vingt ans, ces lois, règlements et autres règles sont les balises actuelles de la CI. Quel est leur impact ? Sont-ils des facilitateurs ou des limites dans la croissance de la CI ? Chacun de ces éléments porte en lui le contexte dans lequel il est né et le monoprofessionnalisme médico-centriste est très présent dans l'encadrement juridique en général. Cependant, l'ensemble de l'encadrement a évolué avec la société et les professionnels qui la composent. Il serait donc trompeur de tenter de déterminer leur impact en les isolant les uns des autres. L'analyse de l'encadrement juridique est plus que l'analyse de tous les éléments juridiques ayant un impact sur la CI, c'est l'analyse de l'encadrement du point de vue de ceux qui travaillent de manière collaborative et qui « subissent » au même moment tous les aspects juridiques. Ainsi, nous verrons que l'interaction des différents aspects de l'encadrement juridique est aussi importante que les aspects eux-mêmes.

Puisque le point de vue des professionnels formant les équipes de CI est central dans l'analyse de l'encadrement juridique, le quatrième chapitre se focalisera sur ces professionnels en tant que tels. Ils sont la deuxième moitié de l'équation. Par le biais d'une méthode utilisant des éléments qualitatifs et quantitatifs sous la forme d'un questionnaire web anonyme, les professionnels sondés ont pu présenter leurs connaissances ou leurs perceptions de la collaboration et de l'encadrement juridique de la CI. Les professionnels discutaient dans ce questionnaire de leurs connaissances isolément, mais aussi de la priorisation qu'ils donnaient aux différents éléments juridiques et comment ils les mettaient en relation. Confrontés à l'analyse strictement juridique, ces connaissances et ces processus de priorisation des cliniciens illustre les défis de la managérialisation de l'encadrement juridique de la CI : la notion juridique initiale subit une traduction importante entre sa production par le législateur ou son représentant et son application en clinique. Cette comparaison permettra aussi de mettre en lumière les concepts pivots qui ont le meilleur potentiel d'impact sur l'implantation de la CI. Finalement, l'identification de ces connaissances et perceptions pivots ne saurait être complète sans s'intéresser aussi aux modes d'acquisition des connaissances qui sont les « ponts de traduction » dans cet apprentissage et cette concrétisation clinique de l'encadrement juridique. Ce processus de confrontation réflexive permettra donc de déterminer le contenu des connaissances qui sont essentielles, déterminer les parties prenantes du processus et aussi ce qui manque à la littérature actuelle pour pleinement comprendre le sujet.

Cette identification des chantiers et des avenues de recherche mènera à deux discussions différentes. La première sera l'objet du cinquième chapitre et regardera le droit en soi pour proposer des pistes de réflexion pour faciliter la CI. Bien que l'analyse du droit présenté dans le troisième chapitre démontrera que celui-ci est plutôt neutre en regard de la CI, la prémisse de la discussion sera ici de vouloir que l'encadrement juridique favorise

consciemment la CI. Ces propositions de modification à fort impact seront le reflet du regard combiné des chapitres précédents qui auront permis l'identification des pivots les plus importants. Sans que la thèse verse dans le droit comparé, un regard sur les réalisations à l'international inspirera ces quelques pages. Les propositions de modification seront nombreuses et non exclusives ; chacune ayant ses défis propres, le lecteur pourra avoir un aperçu des différents chemins sans que ceux-ci soient entièrement prédéfinis.

La seconde discussion et l'ultime chapitre de cette thèse se focalisera sur la notion même d'apprentissage en proposant au lecteur un curriculum pédagogique informé par les résultats du questionnaire et des analyses juridiques. Le premier chapitre de cette thèse aura présenté au lecteur les sources connues d'enseignement du droit pour les médecins et les infirmières du Québec : ils sont actuellement tous propres au milieu d'enseignement et spécifiques à chaque profession. Puisque les membres de l'équipe clinique viennent de milieux différents et de professions aux ontologies quelquefois contraires, il est peu étonnant que les professionnels de l'équipe aient dans le cadre actuel des notions juridiques différentes. Ils sont le reflet des modes d'acquisition des connaissances. Or, l'enseignement de l'encadrement juridique commun ne devrait pas être du ressort des professions ou des milieux : il devrait être le même pour tous, au moins quant aux concepts de base qui cimentent le travail de l'équipe. Un curriculum commun pour un environnement juridique commun.

Mais avant toute chose, il est important de présenter les fondations de ce projet et de permettre au lecteur de découvrir le monde complexe de l'encadrement juridique de la pratique interprofessionnelle des médecins et infirmières du Québec.

PARTIE 1 : LE CADRE CONCEPTUEL, THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Dans cette première partie, nous présentons les bases de ce projet interdisciplinaire. L'étude des pratiques de soins de santé avec l'utilisation du prisme des aspects juridiques nécessite une conceptualisation adéquate autant des éléments que des relations qui les unissent. Le premier chapitre s'attarde à cette tâche. Tout d'abord, le cadre conceptuel se concentre sur la définition de « collaboration interprofessionnelle » ou CI qui est utilisée dans l'ensemble de ce travail. L'introduction de ce concept clé nous amènera à discuter de la relation entre le droit et l'action sociale qu'est le soin de santé. Plus particulièrement, nous centrerons le cadre théorique en fin de premier chapitre sur une articulation entre la CI, les acteurs opérationnels que sont les professionnels de santé et l'environnement juridique dans lequel ils évoluent. Ces différents éclairages mettront en lumière les éléments manquant de la littérature actuelle et nous permettront de bâtir nos hypothèses de travail.

Générer ces hypothèses nous mènera à discuter du cadre méthodologique et de ses défis, une discussion qui se fera dans le deuxième chapitre de cette première partie. En absence de données comparables dans un champ alliant deux disciplines aux épistémologies différentes, les méthodes choisies pour vérifier nos hypothèses de travail devront être multiples et s'intégrer dans un continuum. C'est ce continuum, ses parties et les outils privilégiés qui seront présentés en détail dans le dernier chapitre de cette partie.

Chapitre 1 : La collaboration interprofessionnelle et le droit

Discuter de collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé et de droit est essentiel tant pour comprendre l'interaction entre ces deux disciplines que pour favoriser le développement d'une pratique collaborative saine et soutenue par un encadrement juridique approprié. Ce n'est donc pas sans fondement que nous amorcerons cette réflexion. Ce chapitre propose d'abord de déterminer les concepts et la définition des termes, un prérequis à toute discussion éclairée. Pour ce faire, nous explorerons tout d'abord le terrain de notre recherche : la collaboration interprofessionnelle, tant en la définissant qu'en regardant ses impacts sur la santé des populations et les facteurs déterminants de sa mise en œuvre. Ensuite, nous nous intéresserons plus particulièrement au cadre théorique qui supporte notre approche des aspects juridiques québécois de la collaboration interprofessionnelle. Cette union des concepts et de la théorie du droit nous a permis d'encadrer la problématique de recherche dont les observations et analyses se trouvent dans les chapitres suivants.

Section 1 : Les structures et définitions de la collaboration interprofessionnelle

1.1 La collaboration interprofessionnelle

Qu'est-ce que la collaboration interprofessionnelle ? La collaboration interprofessionnelle (ci-après CI) a de nombreuses appellations dans la littérature scientifique : pratique interprofessionnelle, pratique collaborative, IPC (*interprofessional collaboration*), IPP (*interprofessional practice*), équipe interprofessionnelle, etc. Cependant, si au fil des ans elle s'est vu attribuer différentes appellations, sa définition reste intrinsèquement la même quand on s'intéresse à la nature opérationnelle de la CI. La CI est une forme de pratique ou une organisation des soins de santé qui repose sur la communication, la concertation et la participation entre des professionnels de disciplines distinctes, afin de prodiguer les meilleurs soins au patient⁵. Cette organisation du soin, qui a fait l'objet de diverses études qualitatives et quantitatives⁶, est de plus en plus mise en application dans nos systèmes de soins de santé pour les raisons suivantes : l'amélioration de l'accès aux soins de première ligne et de la qualité des soins chroniques, la réduction des erreurs dans la pratique clinique et l'incitation du patient à participer à ses soins, etc.⁷

⁵ Danielle D'Amour et al, « A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations » (2008) 8:1 BMC Health Services Research, en ligne: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>>; D'Amour et al, « The conceptual basis for interprofessional collaboration », *supra* note 3; Jill Thistlethwaite, « Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. » (2012) 46:1 Med Educ 58-70; Jill Thistlethwaite, Ann Jackson & Monica Moran, « Interprofessional collaborative practice: A deconstruction » (2013) 27:1 Journal of Interprofessional Care 50-56.

⁶ Voir à ce sujet les revue de littérature type Cochrane Scott Reeves et al, « Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) » (2013) Cochrane Database of Systematic Reviews, en ligne: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002213.pub3>>; Scott Reeves et al, « Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes » (2017) 6 Cochrane Database of Systematic Reviews; Merrick Zwarenstein, Joanne Goldman & Scott Reeves, « Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes » dans The Cochrane Collaboration, dir, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd, 2009; M Zwarenstein et al, « Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes » (2000) Cochrane Database of Systematic Reviews, en ligne: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002213>>.

⁷ Voir à ce sujet Roy J Romanow & Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs l'avenir des soins de santé au Canada: rapport final*, [Saskatoon], Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002; Québec (Province), Commission d'étude sur les services de santé et les

Par ailleurs, de nombreux auteurs ont tenté de définir l'interprofessionnalisme. Que ce soit du point de vue de l'enseignant en sciences cliniques devant enseigner l'interprofessionnalisme ou du clinicien devant appliquer cette pratique, la notion même de la pratique interprofessionnelle fait malencontreusement face à des problèmes de définition, voire des abus de langage et d'utilisations inappropriées⁸. Sans toutefois présenter en détail les résultats de ces études, nous pouvons mettre en évidence les facteurs communs aux différentes conceptions de l'interprofessionnalisme que l'on retrouve dans la littérature scientifique :

- 1) Intégration synergique des activités professionnelles menant à la décision clinique ;
- 2) Interdépendance positive des acteurs ;
- 3) Responsabilités partagées ;
- 4) Tâches et objectifs clairs et cohérents ;
- 5) Leadership adapté aux besoins du soigné.

Cette définition axée sur les éléments fonctionnels de ce qu'est une équipe travaillant en collaboration interprofessionnelle nous permet de séparer des notions souvent amalgamées.

services sociaux & Michel Clair, *Les solutions émergentes: rapport et recommandations*, Québec, La Commission, 2000.

⁸ D'Amour et al, « The conceptual basis for interprofessional collaboration », *supra* note 3; Monique Formarier, « La place de l'interdisciplinarité dans les soins » (2004) 79 *Recherche en soins infirmiers* 12-18; Thistlethwaite, Jackson & Moran, « Interprofessional collaborative practice », *supra* note 5; Maurice Payette, « Interdisciplinarité: Clarification des concepts » (2001) 5:1 *Interactions* 17-33; J Archambault et al, « Interdisciplinarité et multidisciplinarité : clarification des concepts. » (2000) Groupe de recherche et d'intervention sur les pratiques interdisciplinaires de l'Université de Sherbrooke (document inédit); Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4.

En premier lieu, la CI est centrée sur l'importance de l'intégration des activités et des acteurs dans tous les aspects de la pratique professionnelle (interaction, responsabilités, actions/tâches). Cet élément permet de mettre en contraste la CI avec une vision plus multiprofessionnelle de l'équipe de soin qui correspond à la juxtaposition ou l'addition des compétences en maintenant un leadership fixe (un chef d'orchestre), sans inclure un partage des responsabilités (ou compétences). En fait, pour l'observateur externe, cette intégration est principalement visible au moment de la finalité de la décision, ce que nous appellerons « le leadership horizontalisé » : est-ce que la décision relève d'un seul professionnel qui recueille l'information, mais garde le pouvoir décisionnel ou est-elle le résultat d'un consensus entre plusieurs professionnels dans l'équipe et la décision finale est donc le résultat de ce consensus ?

En second lieu, la CI n'est pas nécessairement réalisée dans le cadre d'une équipe structurée et officielle. La définition présentée ci-haut ne fait pas référence à une notion d'équipe structurée en tant que telle : elle tient compte davantage de la réalité liée à la pratique médicale au quotidien sans s'inscrire dans un cadre juridique ou organisationnel précis et unique. Par conséquent, il nous semble important de conserver les éléments les plus souples qui caractérisent le mieux la pratique en CI, et ce, pour deux raisons. D'abord, nous souhaitons mettre en évidence les notions de souplesse et d'adaptabilité qui définissent le mieux l'ajustement constant qu'introduit la CI dans l'organisation des soins de santé. À l'opposé d'une organisation du travail hiérarchisée, exécutée de façon mécanique et fondée sur l'exercice strict de rapports d'autorité, la CI se veut égalitaire et favorise une contribution optimale de chaque intervenant. La seconde raison est, par conséquent, en lien direct avec la réalité du système de soins de santé québécois, qui est en constante adaptation eu égard aux réalités des ressources humaines, des exigences bureaucratiques et des besoins en santé. Ainsi, conserver la définition de la CI dans sa

version la plus souple permet de mieux mettre en lumière les différences dans les pratiques, de mieux les représenter et de respecter leur nature évolutive dans notre système de santé.

Enfin, pour terminer la discussion concernant la définition de la CI, il est important de mentionner la présence d'une zone que l'on peut qualifier de « grise » dans la littérature traitant de la CI soit, l'utilisation des termes « professions » ou « disciplines ». L'emploi de ces termes peut varier en fonction du pays d'origine ou de la discipline de l'auteur. En fait, dans la littérature, on utilise de manière interchangeable les termes « interprofessionnel » et « interdisciplinaire ». D'un point de vue sociologique, en se référant aux travaux d'Abbott⁹, les notions de profession et de discipline sont relativement proches. Abbott souligne que l'acte social de création d'une profession relève davantage de la situation sociale du groupe disciplinaire que de la complexité intellectuelle ou physique de la tâche¹⁰, tout en reconnaissant l'importance de l'abstraction et du jugement dans la professionnalisation¹¹. Ainsi, la discipline, soit le groupe d'individus exerçant, utilisant et produisant un savoir, des techniques et des processus d'apprentissage communs, ne devient profession que par la force de sa position dans la société¹². Si ce n'est pas que la position sociale qui détermine le statut, on peut donc dire que, du point de vue du contenu des tâches et de la présence dans l'équipe de soins, les deux notions, profession et discipline, se chevauchent grandement.

⁹ Andrew Abbott, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, University of Chicago Press, 1988, Google-Books-ID: WWzRagAAQBAJ.

¹⁰ *Ibid* à la p 8.

¹¹ *Ibid*.

¹² *Ibid* aux pp 9-20.

Cela dit, il est important de considérer les spécificités liées à la réalité québécoise. Comme nous l’aborderons ultérieurement dans ce texte, la société québécoise s’est dotée d’un système juridique structurant pour réguler la pratique professionnelle de nombreuses disciplines en les « professionnalisant », c’est-à-dire, en incluant la définition et l’existence même des professions dans une loi-cadre¹³. Dans le contexte particulier de l’angle juridique de cette thèse, nous privilégierons la notion de profession¹⁴. Ainsi, dans le cadre de ce travail, nous considérerons le terme « profession » comme toute activité disciplinaire reconnue comme une profession au sens du Code de profession¹⁵, tout en reconnaissant l’utilisation des deux termes dans la revue de la littérature empirique issue des disciplines universitaires non juridiques.

1.2 L’impact sur la santé

Pourquoi s’intéresser à la CI ? Qualifiée souvent d’innovante, cette pratique a fait l’objet de nombreuses études cliniques interventionnelles, économiques et organisationnelles qui ont démontré son impact positif sur les soins administrés aux patients et la qualité de l’environnement de travail des soignants.

Dans la plupart des cas, ces études ont été réalisées par ou dans le contexte de divers types d’organisation de soins de santé: au sein des unités de soins chroniques dans les *Health*

¹³ *Code des professions*, RLRQ c C-26, art 25.

¹⁴ À noter, qu’il ne s’agit pas de porter un jugement sur la valeur des acteurs qui possèdent ou non un statut de professionnel, mais plutôt une volonté de conformité avec la définition légale en vigueur au Québec.

¹⁵ *Code des professions*, *supra* note 13, art 25.

Management Organisation (HMO), au sein des unités de gestion des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et même dans les salles d'opération et d'urgence gérant les polytraumatisés¹⁶. Elles se sont, en autres, intéressées à l'ensemble du continuum de la CI, en débutant par l'éducation interprofessionnelle (EIP ou *interprofessional education* [IPE] en anglais) jusqu'à la formation continue interprofessionnelle (FCIP ou *interprofessional learning* [IPL] en anglais). Trois publications d'intérêt méritent que nous les décrivions davantage.

La publication la plus complète concernant le lien entre CI et santé, tant du point de vue du patient que de celui du soignant, ne traite pas nécessairement de la CI, mais aborde plutôt le processus de formation menant un étudiant à pratiquer la CI, l'EIP. Le contenu de cette revue systématique Cochrane, publiée en 2013 par Reeves et ses collègues, démontre que l'EIP a prouvé son efficacité dans plusieurs secteurs de soins de santé : celui des soins administrés aux diabétiques et dans la gestion des polytraumatisés admis à l'urgence¹⁷. La publication Cochrane couvre également plusieurs autres points, dont la satisfaction des patients et des soignants ainsi que l'amélioration de la récupération post-AVC¹⁸. D'un point de vue scientifique, les articles étudiés dans cette méta-analyse ont une faible validité pour deux raisons différentes : soit ils n'ont pas de groupe contrôle permettant d'isoler l'effet de

¹⁶ Reeves et al, « Interprofessional education », *supra* note 6; Reeves et al, *supra* note 6; Zwarenstein, Goldman & Reeves, *supra* note 6; Alexandra Lapiere, Jérôme Gauvin-Lepage & Hélène Lefebvre, « La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences : une revue de la littérature » (2017) 129:2 Recherche en soins infirmiers 73; Dominique Tremblay et al, « Effects of interdisciplinary teamwork on patient-reported experience of cancer care » (2017) 17:1 BMC Health Services Research, en ligne: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2166-7>>.

¹⁷ Lapiere, Gauvin-Lepage & Lefebvre, « La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences », *supra* note 16.

¹⁸ Reeves et al, « Interprofessional education », *supra* note 6; Reeves et al, *supra* note 6.

l'EIP, soit ils se réfèrent à des objectifs primaires (*primary outcome*) que les auteurs qualifient de « faibles » comme la satisfaction ou les perceptions¹⁹. Dans ce contexte bien particulier, les auteurs ne peuvent donc pas statuer si les initiatives de formation portant sur EIP ont réellement un impact sur le soin. Bien que cette méta-analyse soit intéressante puisqu'elle nous montre le manque de preuve scientifique sur l'impact de l'éducation interprofessionnelle sur le soin interprofessionnel, cette revue systématique n'est pas nécessairement généralisable à tous les contextes ou plutôt, elle ne prouve pas l'absence d'impact, mais simplement le manque d'évidence de cet impact. Il est possible de nuancer, en ce sens que même si la CI ou l'EIP ne peut prouver avoir un impact sur la morbidité ou la mortalité des patients, comme les auteurs le soulignent dans leur revue Cochrane, ces pratiques innovantes ont démontré qu'elles avaient tout de même un effet positif. Il est important de considérer ces impacts positifs, surtout si l'on peut observer une réduction du stress chez le soignant²⁰ ou une amélioration du vécu des patients en cancérologie²¹. Il y a absence de preuve concernant les indicateurs de mortalité ou de morbidité, possiblement en raison d'un manque de puissance²² ou une trop grande variabilité dans les approches méthodologiques adoptées lors de ces études.

¹⁹ Les issues primaires de la majorité des recherches citées par Reeves et al sont en effet du type satisfaction, qualité perçue, contrairement à des issues primaires plus robustes d'un point de vue scientifique comme les degrés de morbidité résiduelle, la mortalité et le temps de séjour (*length of stay ou LOS*)

²⁰ Lapiere, Gauvin-Lepage & Lefebvre, « La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences », *supra* note 16; Chang et al, *supra* note 3.

²¹ Tremblay et al, *supra* note 16.

²² On détermine la puissance en fonction de l'erreur statistique et de la taille de l'échantillon. Ainsi, un manque de puissance est souvent lié à un échantillon trop petit pour prouver une différence entre deux groupes. Voir à ce sujet Stéphane Champely & Charlotte Verdot, « Que signifie la significativité statistique ? L'apport de la taille d'effet et de la puissance statistique » (2007) 77:3 *Staps* 49.

La seconde publication est celle des auteurs Lapierre, Gauvin-Lepage et Lefebvre, une revue de littérature sur la CI qui traite de la gestion des polytraumatisés aux urgences²³. Elle se démarque par la nature de son contenu, les auteurs se sont intéressés davantage aux soins critiques alors que la majorité des études que l'on retrouve dans des revues de littérature similaires portent sur les soins des pathologies chroniques. Ainsi, contrairement à l'idée selon laquelle l'acuité du soin implique l'application d'une chaîne de commandes prédéterminées et strictes, les auteurs notent dans leur étude que la CI engendre des effets bénéfiques même en situation de soins aigus, soit en traumatologie ou dans une la salle d'opération à la fois chez le patient (réduction des erreurs évitables) et les professionnels (réduction de l'épuisement professionnel, meilleure coordination des soins)²⁴.

Finale­ment, l'évaluation d'une pratique innovante est souvent accompagnée d'une évaluation économique. En effet, il est habituel pour une approche économique de la santé de vouloir modifier un système afin d'obtenir une plus grande efficacité financière par rapport à l'ancien que l'on cherche à remplacer²⁵. Cependant, il est complexe de mesurer l'effet financier d'une pratique comme la CI de manière globale. En fait, une seule étude, réalisée dans le système de santé états-unien, constate le potentiel économique d'une prise en charge collaborative d'une clientèle à haut risque de réadmission²⁶. Les auteurs, exerçant dans un système de santé qui préconise la rentabilité économique, ont démontré

²³ Lapierre, Gauvin-Lepage & Lefebvre, « La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences », *supra* note 16.

²⁴ *Ibid* à la p 80.

²⁵ Anupam B Jena & Tomas J Philipson, « Cost-effectiveness analysis and innovation » (2008) 27:5 Journal of Health Economics 1224-1236.

²⁶ Luran Hardin, Adam Kilian & Kristin Spykerman, « Competing health care systems and complex patients: An inter-professional collaboration to improve outcomes and reduce health care costs » (2017) 7 Journal of Interprofessional Education & Practice 5-10.

que la collaboration entre des professionnels et des organismes de soins, qui normalement sont en compétition, peut à la fois améliorer l'évolution des pathologies chroniques et diminuer les coûts directs et indirects de plus de cinquante pour cent (50 %)²⁷, somme plutôt bénéfique lorsque l'on évalue l'ensemble des frais de santé.

L'intérêt de la CI est donc justifié dans le cadre global d'une analyse affectant le système de santé. Même si ces pratiques collaboratives manquent d'uniformité, elles ont somme toute un impact positif sur la santé et le système de soins. Malgré cet a priori positif, leur implantation ne se fera pas sans conséquence. Plusieurs auteurs, que nous présenterons dans la prochaine section, ont rapporté les facteurs favorables à cette implantation. En effet, il est important de se rappeler que ces pratiques s'inscrivent dans un système de soins complexe, régi par de nombreuses normes et qui, par conséquent, auront un impact direct sur la mise en œuvre de la CI.

1.3 Les facteurs influant sur la collaboration interprofessionnelle

Les facteurs influant sur la pratique collaborative sont nombreux. Dans un premier temps, nous présenterons une vue d'ensemble de la littérature qui couvre le sujet, pour ensuite concentrer notre attention sur les aspects juridiques.

²⁷ *Ibid* à la p 8.

Dans le domaine des sciences sociales et celui des sciences de l'éducation, plusieurs chercheurs se sont intéressés aux éléments qui agissent de façon positive et négative sur l'implantation de la pratique collaborative. L'objectif de ce travail n'est pas de présenter et d'analyser tous ces facteurs puisque notre intérêt porte principalement sur ceux de nature juridique ou qui ont une portée juridique : il est toutefois nécessaire de les étudier brièvement dans leur ensemble afin de mieux comprendre le contexte qui caractérise la CI.

La plupart du temps, ces facteurs sont regroupés par catégories : ceux qui traitent de l'individu, ceux qui sont créés ou résultent d'une organisation plus ou moins locale du travail ou encore ceux qui sont engendrés par la nature même du système de santé. On remarquera cette catégorisation surtout dans la littérature sur l'administration de la santé et dans les sciences sociales, ce qui aura tendance à segmenter la recherche sur la CI en fonction de ces catégories. À noter que peu d'auteurs ont brossé un portrait global des facteurs ayant un impact sur la CI²⁸. L'équipe de San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour et Ferrada-Videla²⁹ propose toutefois un excellent résumé de ces facteurs, reproduit dans le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1: Résumé des facteurs identifiés exerçant une influence sur la CI

Facteurs systémiques
Juridiction professionnelle
Modèle basé sur les ressources plutôt que sur les objectifs
Modèle de compensation professionnelle comme la rémunération à l'acte des médecins
L'absence de politiques claires encadrant les pratiques interprofessionnelles par les associations ou les organismes professionnels
Considérations médico-légales chez les professionnels

²⁸ Voir à ce sujet Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 aux pp 193-234.

²⁹ San Martín-Rodríguez et al, *supra* note 3.

Facteurs organisationnels
Leadership managérial et expertise
Gestion des ressources humaines
Formation des fournisseurs de services
Accès à des leviers structureaux clés comme le financement d'initiatives
Facteurs individuels
Développement collégial des protocoles de soins et des manuels par les professionnels concernés
Définition claire des rôles des membres de l'équipe pour minimiser la duplication et faciliter la délégation
Enseignement sur les principes de prise de décision collective et le travail d'équipe
Éducation conjointe des professionnels concernés durant la phase de restructuration et de mise en place des équipes de soins

Traduction libre de Leticia San Martín-Rodríguez, Marie-Dominique Beaulieu, Danielle D'Amour & Marcela Ferrada-Videla 2005³⁰

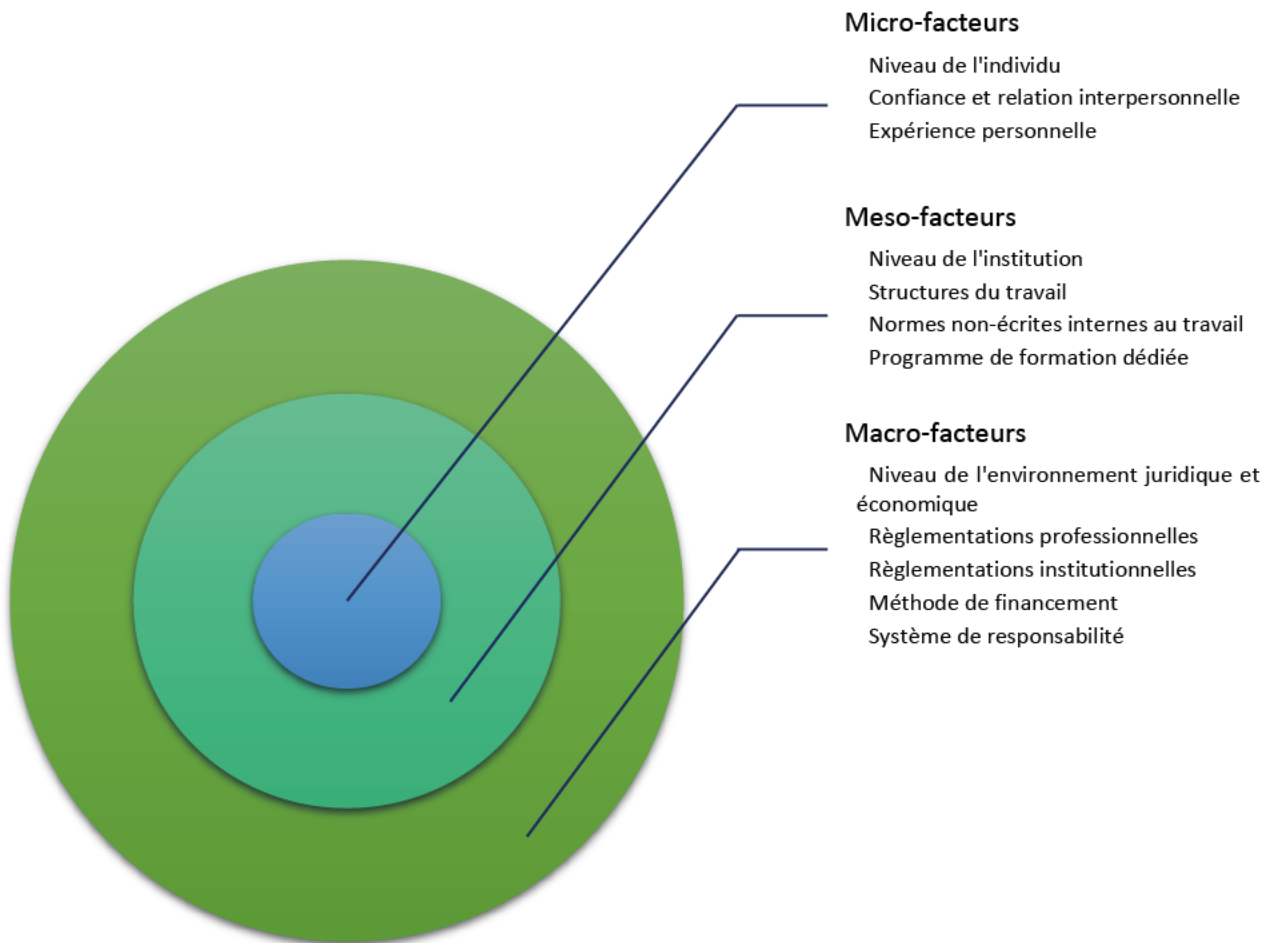
Ces auteurs ne sont pas les seuls à participer à la recherche sur la théorisation de l'implantation de la CI. Un autre groupe de chercheurs, Bourgeault et Mulvale, s'est attardé à la réalité nord-américaine et présente les résultats de leur recherche tels que schématisés à la figure 1³¹. Ce groupe a préféré présenter les facteurs en optant pour des concepts plus généraux qui reposent sur la gestion plutôt que sur les diverses catégories (individu/organisation/système). Ce choix théorique modifie la répartition des facteurs : par exemple, l'enseignement fait partie uniquement du niveau méso alors qu'il est aussi un élément associé à la fois à l'individu et à l'organisation. La présentation visuelle de Bourgeault et Mulvale permet au lecteur de mieux observer la relation hiérarchique entre

³⁰ San Martín-Rodríguez L et al, « The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies » (2005) 19: SUPPL. 1 J Interprof Care 132-147.

³¹ Bourgeault & Mulvale, « Collaborative health care teams in Canada and the USA », *supra* note 3; Voir aussi les derniers développements du modèle dans Mulvale, Embrett & Razavi, « 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care », *supra* note 3.

les facteurs et de constater à quel point la modification de certains facteurs individuels ou « micro » doit impérativement être accompagnée d’actions et de modifications à tous les niveaux pour logiquement avoir des répercussions significatives sur la pratique collaborative, concept qui se trouve au cœur de cette thèse.

Figure 1: Modèle conceptuel des facteurs favorisant et limitant la pratique collaborative interprofessionnelle (inspiré de Bourgeault et Mulvale)



Nous avons choisi d'adopter le modèle de Bourgeault et Mulvale³² dans notre conceptualisation des facteurs, car, à notre avis, il semble illustrer et expliquer le mieux le rôle de l'encadrement juridique dans la mise application de la CI.

Plusieurs ouvrages présentent les niveaux « micro » (les individus) et « meso » (l'organisation locale), surtout en ce qui concerne la formation avant l'entrée en pratique et les facteurs psychologiques et sociologiques des équipes déjà en place, qu'elles soient rodées ou non³³. L'objectif de ce travail n'est pas d'en faire l'analyse ou d'en faire un résumé, mais plutôt de combler certaines lacunes en lien avec les recherches sur le « contenant » de la CI, caractérisés par les macro-facteurs et certains des mésosfacteurs, ou plus spécifiquement la réglementation déjà en place eu égard à l'ensemble du système. Même si tous les auteurs reconnaissent l'importance et l'impact de la norme juridique sur la CI, il est pourtant étonnant de constater qu'aucun d'entre eux n'a approfondi sa réflexion quant aux conséquences directes des facteurs réglementaires sur le comportement des professionnels. Comme le souligne William Lahey :

³² Bourgeault & Mulvale, « Collaborative health care teams in Canada and the USA », *supra* note 3; travaux qui ont inspiré les développements dans Mulvale, Embrett & Razavi, « 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care », *supra* note 3.

³³ Voir à ce sujet l'abondante littérature sur l'éducation interprofessionnelle et la collaboration interprofessionnelle dont D'Amour et al, « The conceptual basis for interprofessional collaboration », *supra* note 3; D'Amour et al, *supra* note 5; San Martin-Rodriguez L. et al, *supra* note 30; Archambault et al, *supra* note 8; Formarier, *supra* note 8; Thistlethwaite, Jackson & Moran, « Interprofessional collaborative practice », *supra* note 5; Jill E Thistlethwaite, « Practice-based Learning Across and Between the Health professions: A Conceptual Exploration of Definitions and Diversity and their Impact on Interprofessional Education » (2013) 1:1 International Journal of Practice-based Learning in Health and Social Care 15-28; Bourgeault & Mulvale, « Collaborative health care teams in Canada and the USA », *supra* note 3; Mulvale, Embrett & Razavi, « 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care », *supra* note 3; Cependant, certains auteurs soulignent quand même que la littérature actuelle manque encore pour avoir une base théorique forte sur les modèles de CI, particulièrement en première ligne. Voir à ce sujet Susan M McNaughton et al, « Existing models of interprofessional collaborative practice in primary healthcare: a scoping review » (2021) Journal of Interprofessional Care 1-13.

Given the confidence that is placed in interprofessional collaboration to overcome the other kinds of barriers that it faces, it is perhaps surprising that more attention has not been given to the role that it might play in better aligning health professions regulation with interprofessional collaborative care.³⁴

Il s'agit ici du thème principal de cette thèse.

³⁴ William Lahey, « Interprofessionnalism and Collaborative self-regulation in Heath professions: Two Variations on an Emerging Canadian Theme » dans Stephanie D Short & Fiona McDonald, dir, *Health Workforce Governance*, New York, NY, ROUTLEDGE, 2016 113 à la p 114.

Section 2 : La relation entre le droit et la pratique collaborative, un cadre théorique

Comme nous avons pu le constater, les recherches actuelles mettent l'accent sur la réglementation, qui relève principalement du domaine juridique, comme l'un des facteurs ayant une influence sur la pratique collaborative au niveau « macro » ou systémique, sans détailler davantage. Dans cette section, nous explorerons de façon plus approfondie la relation qui unit le droit et la CI. Cette dernière n'a jamais, au meilleur de nos connaissances, fait l'objet d'une étude selon cette approche. Pour orienter nos recherches, nous nous appuierons sur un cadre théorique issu de la sociologie du droit. Les pages suivantes présenteront ce cadre et serviront également à montrer comment celui-ci éclaire notre question de recherche. Nous commencerons par l'explication des fondements de ce courant théorique pour ensuite exposer les concepts qui seront pertinents dans le cadre de cette thèse.

2.1 Le cadre théorique des approches Droit et Société : paramètres généraux

On a longtemps étudié la réaction des institutions à l'application des lois, règlements ou autres textes légaux et outils juridiques comme s'ils étaient extérieurs à l'organisation. Cette prémisse n'est pas totalement fautive en soi, le droit étant un écrit issu d'une entité souvent extérieure à l'organisation surtout lorsqu'il s'agit d'organisations donnant des soins de santé. Par contre, son existence même et sa mise en application ne semblent pas complètement détachées de l'institution. Le droit n'est pas un pouvoir externe, sans

ambiguïté, qui agit impérativement sur une organisation : il « prend forme », il se matérialise à même le contexte de l'organisation et dans les interactions entre les différents acteurs de l'organisation, le législateur et des individus responsables de l'application du droit³⁵. L'encadrement juridique est donc tant un fruit du milieu que le résultat d'un processus externe au milieu : les textes juridiques sont créés et rédigés par le législateur ou ses organismes mandataires indépendamment de leur contexte d'application. Isolés de l'articulation sur le terrain, ils sont surtout des mots et des intentions d'où l'affirmation que le « droit prend forme dans l'organisation ». C'est l'organisation même et ses membres qui lui confèrent une existence sociale. Cette notion est centrale dans le sujet qui nous intéresse, car elle nous aide à entreprendre une réflexion sur la place du droit au sein de la pratique collaborative chez les soignants. Pour justifier cet énoncé, il suffit de revenir sur les données issues des études sociales en CI. Plusieurs concepts identifiés par les chercheurs dans les discours des individus étudiés possèdent des connotations juridiques telles : « juridiction professionnelle », « mode de remboursement », « considérations médico-légales » ... Ainsi, il nous semble clair que le droit est bel et bien présent dans la réalité des organisations professionnelles et des pratiques journalières dans les établissements de santé.

Pour tenter d'expliquer ce phénomène d'appropriation des éléments juridiques par les organisations et les individus qui les composent, un groupe de recherche s'est formé sous l'appellation « Droit et Société » (*Law and Society Studies* ou *Socio-Legal studies*)³⁶. Ces

³⁵ Katherine C Kellogg, *Challenging Operations: Medical Reform and Resistance in Surgery*, University of Chicago Press, 2011 à la p 5 , Google-Books-ID: CF4UG76xMTQC.

³⁶ Robin Stryker, « Law and Society Approaches » dans Alexander C Wagenaar & Scott Burris, dir, *Public Health Law Research: Theory and Methods*, Jossey-Bass, 2013 87; *Mechanisms of Legal Effect: Perspectives from the Law & Society Tradition*, SSRN Scholarly Paper, by Robin Stryker, papers.ssrn.com, SSRN Scholarly Paper ID 2041527, Rochester, NY, Social Science Research Network, 2012.

universitaires ont concentré leurs efforts à la recherche de sens (ou le *meaning-making*) institutionnel et individuel, une des notions fondatrices du courant théorique Droit et Société. Dans le cadre de notre thèse, cette approche nous permettra d'expliquer notre position épistémologique et de justifier notre approche méthodologique que nous présenterons ultérieurement. Pour ce faire, commençons par décrire l'approche théorique en elle-même.

Depuis le début des années 1960³⁷, ce groupe interdisciplinaire (sociologie du droit, droit, anthropologie, gestion...) appuie l'importance de l'étude du droit global et de son expression sociologique. Pour ce faire, ils favorisent l'intégration d'approches expérimentales différentes permettant de déterminer la réalité juridique dans la société en combinant plusieurs angles d'analyse³⁸. Ce courant s'est d'abord fait connaître en Amérique du Nord, contemporain aux développements des approches comportementales axées sur l'individu et les *Criticals Legal Studies*³⁹. Ces mouvements ont tous, en effet, un objectif commun : tenter de définir un cadre théorique expliquant les raisons pour lesquelles le « droit des livres » ou dit formel (*law in the books*) est différent du droit actif ou dit réel (*law in action*)⁴⁰. Contrairement aux approches qui se concentrent davantage sur l'individu comme une entité isolée, les tenants des *Law and Society Studies* (LSS) ont, dans leur démarche conceptuelle, privilégié une perspective socio-organisationnelle en

³⁷ Voir à ce sujet le site web de l'association Droit et Société au « Law and Society Association », en ligne: <<https://www.lawandsociety.org/history.html>>.

³⁸ Voir à ce sujet l'excellent chapitre de Bryant G Garth & Austin Sarat, « Studying how law matters: an introduction » dans Bryant G Garth & Austin Sarat, dir, *How does law matter?*, Northwestern University Press : American Bar Foundation 1.

³⁹ Susan S Silbey, « After Legal Consciousness » (2005) 1:1 Annual Review of Law and Social Science 323-368.

⁴⁰ Stryker, *supra* note 36 à la p 88.

élaborant initialement des concepts se rapportant à la réalité sociale et au fonctionnement des institutions, qu'elles relèvent ou non du domaine légal. En adoptant une telle posture, ils ont développé des concepts importants dans la recherche de sens par les organisations (*organizational meaning-making*) : l'importance de la conscience du droit comme élément de légitimité (*legal consciousness studies* et *law as legality*) et finalement, la managérialisation du droit (*managerialization of law*).

2.2 La recherche de sens par les organisations (*organizational meaning-making*) en Droit et Société

En premier lieu, il est important de préciser que l'élément permettant aux organisations d'effectuer la recherche de sens repose sur la nature complexe et ambiguë du droit⁴¹. Il s'agit peut-être de la raison qui explique l'engouement pour ce courant théorique dans les juridictions de common law en comparaison à celles de droit civil.

Issu principalement de la recherche en droit du travail et en droits et liberté, le concept de recherche de sens a été développé pour tenter d'expliquer pourquoi le droit conservait toujours une légitimité certaine, malgré un écart grandissant entre le droit écrit et l'application concrète du droit dans une organisation ou une juridiction donnée. L'origine

⁴¹ Lauren B Edelman & Shauhin A Talesh, « To comply or not to comply—That isn't the question: How organizations construct the meaning of compliance » dans Christine Parker & Vibeke Lehmann Nielsen, dir, *Explaining compliance: Business responses to regulation*, Edward Elgar Press, 2011 103 aux pp 105-106; Lauren B Edelman, Sally Riggs Fuller & Iona Mara-Drita, « Diversity Rhetoric and the Managerialization of Law » (2001) 106:6 *American Journal of Sociology* 1589-1641; Silbey, *supra* note 39.

du concept de « sens du droit » est donc le résultat d'une recherche sur l'hégémonie du droit⁴². Cependant, le fait de positionner ce concept dans une différence d'état, celle entre l'écrit et le vécu juridique, a poussé les chercheurs hors des sentiers usuels de la recherche juridique. Pour concevoir ces différences entre le droit écrit et le vécu, ils ont développé plusieurs outils empiriques pour explorer cette différence qui, selon eux, découle de cette recherche de sens effectuée par les acteurs pour mettre le droit en application. Ces différentes méthodes expérimentales ont permis aux chercheurs des courants de Droit et Société de focaliser leurs efforts sur la détermination de ce processus de recherche de sens.

Ainsi, l'explication de la différence entre le droit formel et l'application du droit peut se trouver par l'analyse intégrative des données issues des différentes approches expérimentales qu'on applique à la réalité juridique dans la société. Les chercheurs des LSS ne réfutent pas d'emblée l'importance ou l'existence du droit formel. Ils soutiennent cependant qu'en raison des recherches menées sur le sens par les organisations, il y a aura toujours une distinction à faire entre le droit formel et le « droit dans l'action ». Même si ce dernier demeure l'objet principal de la recherche sociologique des tenants des LSS, aucun de ses chercheurs ne fait totalement abstraction du droit formel : ils le mettent en contexte et lui donnent en fait une position secondaire. Pour les fins de cette thèse, cette prémisse est essentielle ; y adhérer sous-entend que la recherche juridique traditionnelle seule, faite indépendamment de la recherche sociale, est insuffisante pour étudier l'impact du droit sur la pratique collaborative des professionnels. L'inverse, l'exécution d'une recherche sociale sans recherche juridique, serait tout aussi vrai. Ainsi, afin d'obtenir un

⁴² Silbey, *supra* note 39.

portrait complet de la CI et de son encadrement juridique, ces deux types de « droit », formel et vécu, doivent être analysés conjointement.

À leurs débuts, les chercheurs de LSS élaborèrent un processus conceptuel sur la recherche de sens qui demeure plutôt imprécis. Pour tenter de mieux définir l'articulation organisationnelle et individuelle, le mouvement des LSS a donc développé de nombreux concepts parfois complexes. Pour les fins de cette thèse, nous nous intéresserons à deux d'entre eux : le *Legal Consciousness* (ou conscience du droit), qui focalise davantage sur l'individu dans un contexte social, et la managérialisation du droit qui se concentre sur l'institution et les acteurs institutionnels. Ils serviront de base pour ancrer les perspectives de recherche et l'approche méthodologique choisie.

2.3 La notion de conscience du droit (*Legal Consciousness*) en Droit et Société

Bien que le terme « conscience » fasse souvent référence à l'individu, les LSS considèrent la notion de conscience du droit comme l'objet d'une expérience collective qui prend racine de façon similaire chez plusieurs individus dont les caractéristiques sociales convergent ou divergent⁴³. Il n'est donc pas ici question d'attitudes, le concept de conscience du droit se situant au-delà de la simple structure individuelle pour reposer davantage sur des éléments

⁴³ David M Engel, « How does law matter in the constitution of legal consciousness? » dans Bryant G Garth & Austin Sarat, dir, *How does law matter?*, Northwestern University Press : American Bar Foundation, 1998 109 à la p 111.

de pensée commune⁴⁴. Ce concept est donc loin d'être statique dans l'espace et le temps, il s'agit plutôt d'une interaction complexe, en constante évolution, entre divers facteurs sociaux, idéologiques et même géographiques⁴⁵.

Les principaux chercheurs qui s'intéressent à la notion de conscience du droit refusent d'étudier le droit uniquement d'un point de vue extérieur à celui-ci. Comme le présentent certains chercheurs, les études sur la conscience du droit s'entendent pour développer et adopter une approche en rupture avec le monopole des connaissances juridiques attribuées aux juristes. Le droit, dans son essence, est une synergie entre le formel et le sociétal. D'origine européenne, ces chercheurs se positionnent à l'extérieur du courant traditionnel, regard interne - externe des juristes fondamentaux, pour s'ancrer dans l'interdisciplinarité et la création d'un savoir juridique collectif⁴⁶. Comme l'explique Sally Merry, traduite par Pélisse :

Le droit consiste en un répertoire complexe de significations et de catégories qui sont comprises différemment par les gens, en fonction de leurs expériences et de leur connaissance du droit. [...] Les manières dont les gens comprennent et utilisent le droit, je l'appelle conscience du droit. ⁴⁷(nos soulignés)

⁴⁴ *Ibid* à la p 112.

⁴⁵ *Ibid* à la p 117.

⁴⁶ Jacques Commaille & Stéphanie Lacour, « Legal consciousness studies as a laboratory of a renewed system of knowledge about law. Presentation of the special report » (2018) 100:3 *Droit et société* 547-558 à la p 563.

⁴⁷ Traduction libre par Jérôme Pélisse, « A-t-on conscience du droit ? Autour des Legal Consciousness Studies » (2005) 59:2 *Genèses* 114 à la p 119; citant Sally Engle Merry, *Getting Justice and Getting Even: Legal Consciousness Among Working-Class Americans*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1990 à la p 5.

En s'appuyant sur cette définition, les chercheurs se sont intéressés à l'influence de la compréhension du droit comme un facteur social déterminant. Susan Silbey, chercheuse de renom dans ce domaine, avance la notion qu'un individu peut adopter trois « positions » possibles face à la loi qui, par conséquent, influencent directement la perception de l'individu comme unité sociale par rapport à la notion de légalité⁴⁸.

La première position intitulée « face au droit » (*before the law*) se rapporte à la vision du droit comme « système de règles et de procédures formellement ordonnées, rationnelles, ayant sa propre grandeur »⁴⁹. Il s'agit ici d'une position individuelle compatible avec plusieurs éléments rapportés dans la doctrine juridique traitant de la collaboration interprofessionnelle : les règles existent et doivent respecter l'ordre établi du système juridique. Puisque le droit permet la CI et que le droit s'applique de lui-même, le droit devrait donc être, à lui seul, suffisant pour mettre en place la pratique. Il n'est pas modifiable par le terrain, il est immuable dans son application. La seconde position, « avec le droit » (*with the law*), utilise davantage la notion juridique comme champ d'action, en ce sens où l'emploi de diverses tactiques par des ressources externes permet de manipuler habilement le droit afin que l'individu puisse atteindre ses objectifs⁵⁰. Cette position est souvent associée à un désir de gain politique plutôt qu'à l'obligation d'appliquer la règle en soi⁵¹. Plusieurs éléments dans la littérature sociale témoignent de cette position, comme l'instauration des hiérarchies dans l'encadrement juridique de la CI suite à des pressions

⁴⁸ La légalité incluant l'ensemble des normes dépassant le strict corpus de lois et règlements issus des organisations traditionnelles juridiques

⁴⁹ Pélisse, « A-t-on conscience du droit ? », *supra* note 47 à la p 123.

⁵⁰ *Ibid*; Stryker, *supra* note 36 à la p 6; Stryker, *supra* note 36 à la p 81.

⁵¹ Pélisse, « A-t-on conscience du droit ? », *supra* note 47 à la p 124.

politiques de certains professionnels⁵². La dernière position, « contre le droit » (*against the law*), est celle de résistance d'un individu qui tend à s'en éloigner, et ce, pour deux raisons : soit il est incapable de mobiliser les ressources nécessaires pour obtenir gain de cause, soit il conteste en partie sa légitimité. Il fera alors usage de moyens autres pour contourner l'utilisation du droit⁵³. Cette dernière position est intéressante, car elle permet d'expliquer à la fois la résistance de certains professionnels face à l'évolution des lois et des textes juridiques en santé, comme nous pourrons le constater dans la prochaine section. Pour terminer, ces positions sont loin d'être statiques dans le temps : les auteurs sont d'avis qu'un même individu puisse, au fil du temps, modifier sa position face à une règle donnée ou adopter diverses positions pour de multiples règles⁵⁴.

Ainsi, ces trois positions appuient la complexité du cœur de notre recherche sur l'impact du droit en CI, elles démontrent à quel point la recherche juridique (celle du droit des livres comme le dirait un chercheur du courant LSS) ne saurait expliquer ou prévoir, à elle seule, l'influence du droit sur la pratique de la CI. Les professionnels adopteront-ils une attitude de résistance, utilisant divers stratagèmes pour le garder à distance, l'instrumentaliseront-ils pour poursuivre leurs préoccupations politiques ou le verront-ils comme une ultime ressource en cas de conflit ? Les études présentées dans le premier chapitre pourraient témoigner de cette volonté d'utilisation du droit, comme le feraient les individus qui adoptent une position de type « avec le droit ». Or, tel que décrit précédemment, ce positionnement n'est ni absolu, ni immuable : il est plutôt influencé par la géographie, les

⁵² Voir à ce sujet la première section de ce chapitre et Joseph Facal, *Volonté politique et pouvoir médical: la naissance de l'assurance maladie au Québec et aux États-Unis*, Montréal, QC, Boréal, 2006.

⁵³ Pélisse, « A-t-on conscience du droit ? », *supra* note 47 à la p 123; Stryker, *supra* note 36 à la p 6; Stryker, *supra* note 36 à la p 89.

⁵⁴ Stryker, *supra* note 36 à la p 6; Stryker, *supra* note 36 à la p 89.

expériences personnelles et professionnelles ainsi que par la connaissance même des individus du droit qui les encadre. Afin de bien résumer ce propos, citons Commaille et Lacour :

The law, the life of the law could be approached, not only through a comprehensive study, that of a law that would impose itself de facto on society and in its members, but also from what the citizens do, think, indeed, in certain cases, ignore about the law.⁵⁵

Ceci dit, un élément qui nous semble central dans ce concept est la notion de l'ignorance du droit de l'individu. L'ignorance peut signifier deux choses : la volonté d'ignorer ou l'absence de connaissances. Bien que cette dernière ait été l'objet de moins de recherche en droit que l'interprétation du droit ou de la position des participants en regard du droit, plusieurs auteurs s'y sont globalement intéressés⁵⁶. En effet, l'intellectualisation du droit commence par l'acquisition de connaissances nécessaires à la formulation d'une opinion. Il est donc nécessaire qu'un individu assimile et comprenne bien le contenu de la loi afin de pouvoir se positionner face, avec ou contre elle. Dans le cadre de notre recherche, cela signifie qu'une étude ne peut s'en tenir qu'à la détermination du droit applicable à la CI et à l'opinion des professionnels envers celui-ci : il faut, également, tenter de déterminer les vecteurs qui permettent l'acquisition de ces connaissances. Nous nous y reviendrons plus tard dans ce texte.

⁵⁵ Commaille & Lacour, *supra* note 46 à la p 562; Propos soutenu aussi par les écrits de Merry, *supra* note 47.

⁵⁶ Merry, *supra* note 47 à la p 5; Voir aussi à ce sujet Patricia Ewick & Susan S Silbey, « Conformity, contestation, and resistance: An account of legal consciousness » (1991) 26 *New Eng L Rev* 731; cité par Pélisse, « A-t-on conscience du droit ? », *supra* note 47 à la p 117.

Cependant, l'analyse de l'individu seul explique partiellement le phénomène de l'application du droit en société dans un contexte, comme celui de la santé, composé de groupes hautement organisés. Afin d'obtenir un portrait juste, il est important de revenir sur la notion sociale d'organisation tout en conservant la notion de conscience légale individuelle. Cette conjonction, propre aux organisations de la santé, nous amène au concept de managérialisation du droit.

2.4 La notion de managérialisation du droit (organizational legalization) en Droit et Société

Comme le concept décrit dans la section précédente, la managérialisation du droit découle de la nature ambiguë du droit⁵⁷. Contrairement au positionnement par rapport au droit qui est un processus individuel, la managérialisation du droit est avant tout un processus qui permet aux employeurs d'incorporer des notions légales dans une logique managériale tout en gardant comme objectif de conformer la pratique interne de l'entreprise à leur compréhension de la notion légale. À l'origine, c'est donc une notion qui s'applique à une institution et un processus d'interprétation nécessaire au maintien de l'écosystème social d'une entreprise, comme l'écrit Edelman :

Structural elaboration helps to alleviate the conflict between legal norms and managerial interests by helping organizations to secure legitimacy as well as more tangible environmental resources while at the same time allowing administrators to preserve at least some managerial discretion. Organizations' structural responses to law mediate the impact of law on society by helping

⁵⁷ Edelman, Fuller & Mara-Drita, *supra* note 41 à la p 1598.

construct the meaning of compliance in a way that accommodates managerial interests.⁵⁸

Ce concept théorique tire ses origines dans les études portant sur l'intégration des lois antidiscriminatoires au sein des entreprises états-uniennes. Son avènement a permis alors de consolider la recherche de sens dans la sphère institutionnelle non juridique. Ainsi les structures mises en place par les employeurs afin de s'assurer du respect du droit, influencent son application et par le fait même sa signification perçue par les acteurs humains de l'institution⁵⁹. Au début, ce concept reposait davantage sur l'interprétation stricte voulant que l'institution soit considérée comme seule responsable (instigatrice) de la managérialisation. Se basant sur cette théorie, Pedriana et Stryker proposèrent alors l'hypothèse que les personnes occupant un poste de gestionnaire n'étaient pas les seules à exercer une influence sur l'interprétation des lois dans une organisation⁶⁰. Il nota que les professionnels, en raison de leur position dans une organisation et de leurs réseaux, pouvaient également favoriser le développement de certaines interprétations qui sont en accord avec leurs normes respectives. Cependant, le concept semble avoir largement dépassé le seul droit du travail et s'applique désormais au domaine de la santé, dans des contextes d'incorporation de nouvelles lois ou de réglementation.

Deux auteures, Heimer et Kellogg, ont invoqué la théorie de la managérialisation du droit afin d'expliquer deux situations distinctes dans le domaine de la santé : la position et

⁵⁸ Lauren B Edelman, « Legal ambiguity and symbolic structures: Organizational mediation of civil rights law » (1992) 97:6 American journal of Sociology 1531-1576 à la p 1567.

⁵⁹ Edelman, *supra* note 58; Edelman, Fuller & Mara-Drita, *supra* note 41.

⁶⁰ Nicholas Pedriana & Robin Stryker, « The Strength of a Weak Agency: Enforcement of Title VII of the 1964 Civil Rights Act and the Expansion of State Capacity, 1965–1971 » (2004) 110:3 American Journal of Sociology 709-760.

l'utilisation du droit dans les unités de soins avancés⁶¹ et la variation quant au respect et à l'application d'une nouvelle réglementation⁶². Ces auteures ont, par le fait même, contribué au développement de la notion de managérialisation du droit en utilisant des données empiriques visant à souligner l'importance de l'ensemble des individus dans le cadre de la recherche de signification institutionnelle⁶³. Préalablement à leur contribution dans cette sphère de recherche, les données empiriques collectées par Edelman, Fuller et Mara-Drita se limitaient seulement au personnel-cadre occupant une position d'autorité⁶⁴. Kellogg et Heimer ont ouvert la collecte d'information à tous les acteurs pouvant influencer l'application du droit dans un cadre théorique de managérialisation, ce qui inclut les professionnels des équipes de soins dans le domaine de santé. Du fait de leur position d'érudit et de pivot dans le continuum de soins, ces professionnels sont donc des acteurs essentiels dans la sphère du droit de la santé si l'on compare aux sphères du droit du travail ou du droit des entreprises. Heimer et Kellogg ont reconnu leur importance dans le processus de managérialisation. Dans les paragraphes suivants, nous étudierons plus en détail les approches de ces deux auteures.

La première est celle de Carol A. Heimer, professeure en sociologie, qui a étudié les données issues d'une longue étude ethnographique effectuée au sein de deux unités de soins intensifs néonataux américaines. Elle s'est concentrée sur l'application des lois par trois groupes principaux en relation les uns avec les autres au sein de l'unité : le légal, le médical

⁶¹ Carol A Heimer, « Competing Institutions: Law, Medicine, and Family in Neonatal Intensive Care » (1999) 33:1 Law & Society Review 17-66.

⁶² Kellogg, *supra* note 35.

⁶³ Heimer, « Competing Institutions », *supra* note 61; Kellogg, *supra* note 35.

⁶⁴ Edelman, Fuller & Mara-Drita, *supra* note 41 à la p 1601; Stryker, *supra* note 36 aux pp 91-93.

(tous les soignants en fait) et le parental⁶⁵. Sa réflexion théorique est basée à la fois sur des données empiriques, issues d'une approche ethnographique, ainsi que sur des données provenant de la recherche documentaire juridique. Sa recherche souligne que la théorie macro-institutionnelle, perçue comme l'une des meilleures théories permettant d'expliquer de quelle façon le juridique est mis en application dans les organisations, était incomplète lorsque l'on s'intéressait au domaine de la santé. En effet, l'ensemble du personnel des institutions, du point de vue de l'application des règles juridiques, est considéré comme un acteur essentiel en raison de sa présence collective constante dans le réseau et, par le fait même, du contrôle qu'il exerce sur l'agenda décisionnel⁶⁶.

Ainsi, Heimer a permis de révéler le degré de complexité qui résulte de l'interaction entre les différents groupes pouvant soit se liguer pour faciliter l'application du cadre juridique, se confronter sur des éléments du cadre, ou s'opposer à son application globalement ou en partie. La mise en action du cadre juridique est tributaire de ces relations. Tel qu'elle le précise :

Institutional competitions should then be conceived both as competitions for symbolic goods and as competitions for influence in organizational decision-making. Who wins will depend partly on whom the rules and routines favour. How might each group rewrite the rules to increase its influence?⁶⁷ (nos soulignés)

Par ailleurs, elle souligne que l'analyse de ses données témoigne d'un certain effet de synergie sur le plan juridique, lequel s'ajoute à l'effet de la cohésion des groupes. Elle cite

⁶⁵ Heimer, « Competing Institutions », *supra* note 61 à la p 18.

⁶⁶ *Ibid* à la p 39.

⁶⁷ *Ibid* à la p 32.

en exemple la situation particulière du consentement parental dans les unités de soins néonatales. Au sein des unités étudiées, les aspects réglementaires du processus de consentement ne se limitent pas seulement aux concepts du processus de consentement substitué par l'autorité parentale, mais ils doivent être évalués en fonction de la loi sur l'abus et la négligence puisque cette dernière teintera la perception et l'acceptation de tout refus parental par les équipes de soins⁶⁸. Aussi, Pr Heimer souligne que:

Where legal influences seem most intense, the case may well be that legal pressure coincides with pressure from professional bodies or other groups. These groups may in turn be influenced by the law.⁶⁹

Les travaux d'Heimer ont donc identifié trois éléments qui s'appliquent à notre sujet d'étude. Le premier est que les groupes composés du plus grand nombre de personnes dans des positions d'autorité sur l'organisation physique des soins sont certainement ceux qui auront le plus d'influence sur la recherche de signification. Au sein de notre réseau, il s'agit, entre autres, du groupe des infirmières et de celui des médecins. Le second élément, dans l'optique d'obtenir un portrait plus juste de la recherche de sens dans un milieu, est l'intérêt accordé à l'ensemble des composantes de l'encadrement juridique puisqu'une synergie entre les différentes règles est possible. Au Québec, il importe de tenir compte à la fois des lois-cadres du réseau des soins de la santé, des lois et des règlements s'appliquant aux professionnels ainsi que des règles entourant la responsabilité de chaque professionnel afin de dresser un portrait complet des éléments juridiques sur lesquels repose le processus de recherche de sens. Finalement, le dernier élément concerne la divergence et la convergence des divers groupes : l'étude du groupe légal - malgré sa faible présence dans le réseau de la santé - est, somme toute, utile. Il ne faut pas se concentrer uniquement sur une étude

⁶⁸ *Ibid* à la p 55.

⁶⁹ *Ibid* à la p 66.

empirique de l'intervention des professionnels, mais également connaître ce que le droit et les juristes en disent.

Abordons maintenant les travaux de Katherine Kellogg. Au milieu des années 1980, une jeune femme, traitée dans un établissement de soins, meurt de cause évitable parce que le résident en médecine, surchargé et épuisé, ne peut se rendre à son chevet pour la prendre en charge avant son décès. Cet événement a mené à une commission d'enquête, la Commission Bell⁷⁰, et conduit à une réévaluation des politiques des établissements et des institutions d'enseignement quant à la formation des résidents dans l'État de New York. Ce processus public mena à la création de la « régulation Libby Zion » ou « régulation Bell », texte juridique prescrivant entre autres le nombre maximum d'heures de travail consécutives et hebdomadaires que les médecins résidents de l'État étaient autorisés à travailler⁷¹. Ce changement de paradigme a introduit un nouvel encadrement dans la formation des résidents en médecine pratiquant dans les établissements universitaires puisqu'il n'existait aucune limitation d'heures consécutives avant cette réglementation. Cette nouvelle règle a donc été implantée parfois avec l'approbation des chefs de département médicaux, d'autres fois, contre leur propre volonté.

⁷⁰ *FINAL REPORT OF THE NEW YORK STATE AD Hoc ADVISORY COMMITTEE ON EMERGENCY SERVICES (Bell Commission)*, by Bertrand M Bell, New York, N.Y., NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH, 1987.

⁷¹ Jonathan Glauser, « Was the Right Lesson Learned from Libby Zion? » (2005) 27:5 Emergency Medicine News, en ligne: <https://journals.lww.com/em-news/Fulltext/2005/05000/Was_the_Right_Lesson_Learned_from_Libby_Zion_.35.aspx>; Natalie S Robins, *The girl who died twice: every patient's nightmare: the Libby Zion case and the hidden hazards of hospitals*, New York, N.Y., Delacorte Press, 1995; Cas cité en introduction des travaux de Kellogg, *supra* note 35.

Au début des années 2000, la « régulation Libby Zion » est toujours en processus d'implantation au sein des établissements de santé américains qui, depuis, tentent de gérer ses répercussions sur le suivi des patients, les horaires de garde et le partage du travail⁷². Dans le cadre de l'implantation de ces nouvelles mesures, la sociologue Katherine Kellogg a décidé d'analyser la façon dont trois établissements de la santé allaient les intégrer et les mettre en application au sein des départements de chirurgie, les derniers à implanter cette nouvelle réglementation. Au moyen d'une approche ethnographique, elle a tenté de comprendre de quelle façon ces nouvelles réformes réglementaires sont instaurées dans les organisations de la santé⁷³.

À la lumière des théories organisationnelles que nous venons de présenter, nous constatons que Katherine Kellogg a apporté une perspective différente dans la littérature : l'*individual meaning-making* ou le micro-institutionnalisme⁷⁴. En effet, tout comme Heimer, elle a su démontrer l'importance de la perception de l'individu. Ces deux chercheuses se sont ainsi opposées à la position traditionnelle du courant en Droit et Société qui considérait le macro-institutionnalisme ou l'*organizational meaning-making* comme étant le facteur principal de l'application du droit⁷⁵. Par contre, contrairement à la réalité étudiée par Heimer, l'objet de recherche de Kellogg consistait d'abord à étudier l'implantation d'une nouvelle réglementation pouvant engendrer des conflits entre les différents acteurs centraux dans le processus d'implantation, comme les médecins, les gestionnaires et les résidents. Son objet de recherche dépasse donc l'étude seule de l'application d'un corpus légal déjà présent.

⁷² Brian C Drolet, Lucy B Spalluto & Staci A Fischer, « Residents' Perspectives on ACGME Regulation of Supervision and Duty Hours — A National Survey » (2010) 363:23 N Engl J Med e34.

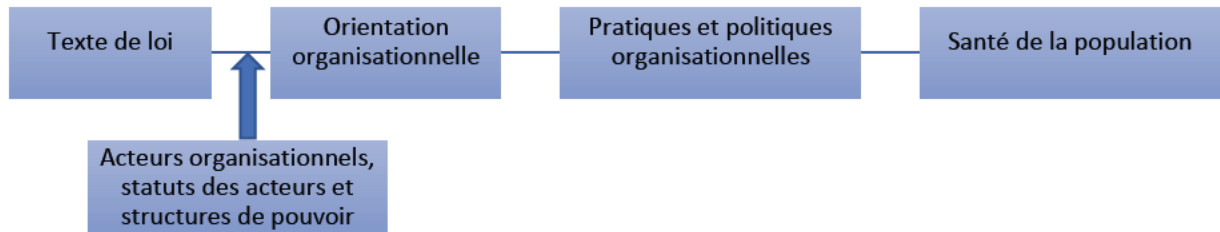
⁷³ Kellogg, *supra* note 35 à la p 5.

⁷⁴ Kellogg, *supra* note 35.

⁷⁵ *Ibid* à la p 7.

Ces études nous permettent conjointement de schématiser le processus de managérialisation tel qu'illustré à la figure 2⁷⁶.

Figure 2: Modèle conceptuel de la managérialisation de la loi en Santé



Ainsi, la managérialisation du droit, qui s'applique soit à un cadre juridique déjà établi ou soit à une nouvelle réglementation, souligne l'importance de l'apport des individus professionnels dans une structure institutionnelle ainsi que dans le processus de recherche de signification et dans celui de conformité⁷⁷, sans toutefois écarter l'influence de l'organisation dans son ensemble. Il s'agit davantage d'une collaboration entre le micro-institutionnel et le macro-institutionnel dans lequel chacun se nourrit et influence l'autre⁷⁸

⁷⁶ Traduction libre de Alexander C Wagenaar & Scott Burris, dir, *Public health law research: theory and methods*, first ed éd, San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2013 à la p 97.

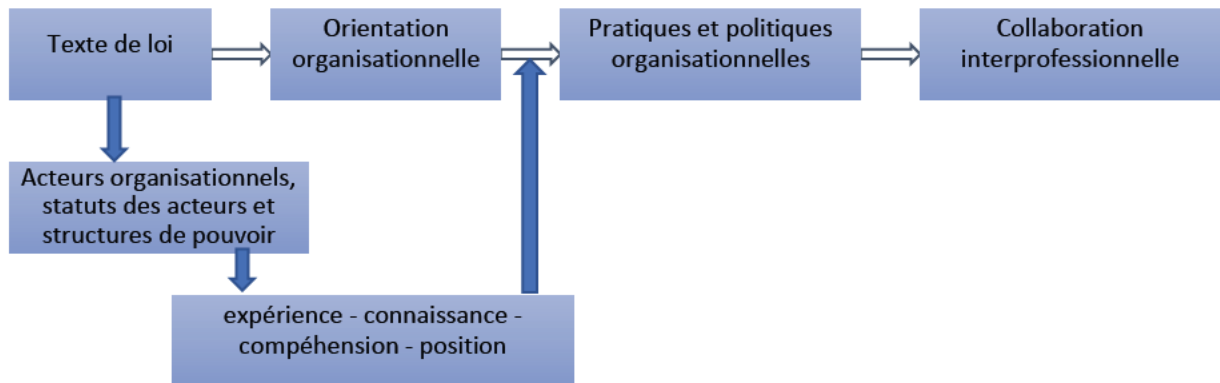
⁷⁷ voir aussi à ce sujet les travaux de Fuller, Edelman et Matusik sur le legal reading, model et la mobilisation des droits dans une structure Sally Riggs Fuller, Lauren B Edelman & Sharon F Matusik, « Legal Readings: Employee Interpretation and Mobilization of Law » (2000) 25:1 *Academy of Management Review* 200-216.

⁷⁸ Heimer, « Competing Institutions », *supra* note 61; Kellogg, *supra* note 35.

ou utilise sa (mé)connaissance des textes de loi afin de résoudre d'autres problèmes de nature plus politique⁷⁹.

En regroupant les deux concepts présentés dans les paragraphes précédents, la conscience du droit et la managérialisation du droit, on en vient à élaborer un processus théorique pour tenter d'expliquer de quelle façon le droit influence la CI. Ce dernier naît d'abord des textes de loi existants et se poursuit par la recherche de sens organisationnelle. Cependant, l'apport des professionnels se complexifie par l'ajout de notions issues de la conscience du droit (expérience, connaissance, compréhension, positionnement en regard du droit). Ce modèle est illustré plus clairement à la figure 3⁸⁰.

Figure 3: Modèle modifié appliqué à la problématique de l'impact du droit sur la CI



⁷⁹ Heimer, « Competing Institutions », *supra* note 61 à la p 54 citant; Paul 1949- Starr, *The social transformation of American medicine*, New York, Basic Books, 1982.

⁸⁰ Modèle adapté à partir d'une traduction libre de Wagenaar & Burris, *supra* note 76 à la p 97.

Ce modèle théorique souligne donc le groupe principal des acteurs organisationnels dans l'étude des mécanismes d'impact du droit sur la CI, tel que les professionnels de la santé. En accord avec l'historique de la recherche sur la CI en santé, nous avons pris la décision de cibler notre attention sur les professionnels de la santé, et ce, pour diverses raisons. En premier lieu, les professionnels, plus particulièrement les médecins et les infirmières, sont les deux groupes principaux au sein de notre réseau, tant en termes de nombre que de visibilité politique. En second lieu, comme nous le constaterons ultérieurement, ils occupent une grande partie des postes de gestion ayant ainsi une double influence dans la compréhension de notre modèle théorique. Et pour terminer, dans le cadre d'études qualitatives, les professionnels sondés, la majorité des médecins ou des infirmières, ont clairement mentionné que les aspects légaux ont une influence sur leur pratique collaborative. Toutefois, à notre connaissance, il n'existe aucune recherche élaborée sur ce sujet précis du droit influant sur la CI, constat très significatif pour notre recherche.

Section 3 : Les acteurs dans la managérialisation du droit : les médecins et les infirmières

Dans les pages précédentes, nous avons constaté que les professionnels contribuent à définir le droit et influent sur l'application du droit en raison de leur conscience et du processus de managérialisation. Cette conscience du droit est le résultat d'une combinaison de facteurs qui relèvent de l'expérience personnelle d'un individu avec le droit, de la connaissance et la compréhension qu'il en a, et de la position qu'il adopte par rapport à un élément juridique donné. Tous ces éléments témoignent alors d'un contact avec la réalité juridique, soit par le biais d'un événement (l'expérience), par l'acquisition d'un savoir (la connaissance et la compréhension) et par la suite, par l'assimilation d'un savoir (le

positionnement). Nous postulons donc que l'expérience et l'acquisition formelle d'un savoir sont en fait préalables au positionnement et qu'il est impossible pour un individu de se positionner sur quelque chose dont il ignore l'existence. De plus, dans le cadre de notre thèse, l'expérience du droit nous semble un concept très individuel et seule la méthode empirique sera en mesure d'en déterminer le contenu. Par ailleurs, les concepts de connaissance et de compréhension semblent, pour leur part, nécessiter une discussion théorique préalable. Dans le cadre de l'étude de la relation entre droit et CI, de quelle manière une connaissance est-elle acquise formellement ? Nous nous intéresserons à cette problématique dans la section suivante.

3.1 L'acquisition d'une connaissance : généralité

L'objectif de cette thèse n'étant pas de présenter les multiples théories de l'apprentissage et le principe même de la connaissance, nous nous en tiendrons donc à un bref rappel théorique. La connaissance ou savoir est une notion complexe qui est l'objet de nombreuses études et analyses philosophiques⁸¹. Dans le cadre d'une profession de la santé, la connaissance ou la compétence est souvent divisée en trois éléments : savoir, savoir-faire et savoir-être⁸². Même si ces trois éléments de la connaissance sont interreliés et nécessaires à l'acquisition d'une compétence, ils sont toutefois bien distincts. Le savoir est

⁸¹ Voir à ce propos la thèse de Vincent Duhamel & Michel Seymour, *Savoir et savoir-faire : la connaissance pratique entre intellectualisme et anti-intellectualisme* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2016) [unpublished].

⁸² Françoise Raynal & Alain Rieunier, *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés apprentissage, formation, psychologie cognitive*, 10e édition. éd, Pédagogies Références, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 2014 à la p 435; Diem-Quyen Nguyen & Jean-Guy Blais, « Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique » (2007) 8:4 *Pédagogie Médicale* 232-251.

le processus d'assimilation de plusieurs informations qui proviennent de sources différentes⁸³, le savoir-faire est l'articulation de plusieurs savoirs, également connu sous le terme de savoir procédural ou de connaissance pratique⁸⁴ alors que le savoir-être se définit en termes de comportements sociaux favorables à l'expression et l'acceptation du savoir⁸⁵. Dans le contexte qui nous intéresse, le droit s'appliquant aux professionnels de la santé relève davantage du savoir que d'un savoir-faire, et peut être considéré comme un élément important de la compétence complexe liée à la CI.

Il existe certaines méthodes afin d'acquérir un savoir comme celui du droit : par l'expérience (séries d'essais-erreur suivies d'une analyse) ou l'enseignement (acquisition par transmission formelle de l'information), ou une combinaison des deux. En ce qui concerne l'acquisition des connaissances juridiques, il va de soi que l'enseignement théorique est la méthode privilégiée, ces savoirs socialement construits peuvent difficilement être déduits par la seule expérience de l'univers qui nous entoure. Il y a cependant peu d'études qui confirment ce constat ou qui permettent d'appuyer le raisonnement sur une structure théorique très étoffée quant aux fondements de l'enseignement transdisciplinaire du droit aux non-juristes⁸⁶. Par ailleurs, en Droit et Société, on reconnaît le principe général basé sur l'importance de l'information, la communication et la compréhension comme des éléments de la conscience du droit et de

⁸³ Raynal & Rieunier, *supra* note 82 à la p 435.

⁸⁴ *Ibid* à la p 437.

⁸⁵ *Ibid* à la p 436.

⁸⁶ Erin Nelson, « Teaching Law to Students in the Health Care Professions » (2003) 11:2 Health Law Review 8-19; Michael Preston-Shoot & Judy McKimm, « Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education: Teaching and assessment of law in medical education » (2011) 45:4 Medical Education 339-346; Nirav D Shah, « The Teaching of Law in Medical Education » (2008) 10:5 AMA Journal of Ethics 332-337; M Preston-Shoot & J McKimm, « Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools » (2010) 36:11 Journal of Medical Ethics 694-699.

la conformité du comportement dans le cadre de l'application d'une loi ou d'un jugement⁸⁷. En nous référant à cet élément théorique qu'est la connaissance, nous désirons, dans les paragraphes suivants, clarifier le rôle des acteurs principaux dans le processus d'acquisition de cette connaissance : les acteurs représentant le volet académique de l'enseignement du droit, ceux du volet de l'enseignement du droit sur le terrain et finalement, les individus pour lesquels cet enseignement est destiné.

3.2 Les acteurs académiques : enseigner le droit, la norme et la règle aux professionnels de la santé

Lorsque l'on fait référence à l'effet du droit sur un professionnel, on s'intéresse ici à la relation entre un texte écrit connu de l'individu et le comportement qu'il adoptera en fonction de sa connaissance et sa compréhension de cet écrit. Cet effet ne se fait pas naturellement. L'effet du droit auprès d'un professionnel implique, au préalable, la connaissance du cadre juridique donc potentiellement, un enseignement de celui-ci. Plusieurs auteurs se sont penchés sur l'enseignement du droit en médecine. Ceux-ci ont noté une contradiction dans les valeurs exprimées par les programmes. Malgré une reconnaissance de l'importance d'enseigner les notions de droit aux étudiants en médecine, dans le contexte académique, le droit est rarement enseigné comme un sujet distinct de l'éthique, ou comme un élément essentiel dans la pratique médicale⁸⁸. Ces données

⁸⁷ Matthew Lippman, *Law and society*, second edition éd, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2018 à la p 391.

⁸⁸ Rebecca S Y Wong & Usharani Balasingam, « Teaching Medical Law in Medical Education » (2013) 11:2 *Journal of Academic Ethics* 121-138; Preston-Shoot & McKimm, « Prepared for practice? », *supra* note 86.

proviennent d'études majoritairement américaines et anglaises, pays où le système d'enseignement de la médecine est en partie comparable à celui privilégié au Canada.

Qu'en est-il de l'enseignement du droit dans le contexte médical du Québec ? Il existe quatre types de sources formelles d'enseignement du droit pour les professionnels de la santé : les établissements d'enseignement universitaires, les ordres professionnels, les organisations proposant une assurance professionnelle ou l'équivalent et les divers syndicats de professionnels. Chacune de ces sources ayant ses propres objectifs, le contenu enseigné et le nombre d'heures consacrées à l'enseignement du droit répondra à l'agenda et aux visées de l'organisation.

Les sources principales dans l'acquisition des connaissances des professionnels en général sont les établissements d'enseignement universitaire. Pour les programmes menant aux permis de pratique des professionnels de la santé, ils suivent, la plupart du temps, un cursus scolaire imposé par un organisme d'agrément externe. Prenons d'abord l'exemple du cursus médical dans lequel l'apprentissage du droit se fait de manière séquentielle. Au niveau prédoctoral, les facultés de médecine canadiennes ont l'obligation de centrer leur enseignement sur l'éthique⁸⁹. Leur obligation à ce niveau est moins liée à l'enseignement de l'encadrement juridique⁹⁰. Il est possible que certaines facultés aient intégré, dans leur

⁸⁹ Dans Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools (CACMS), *CACMS STANDARDS AND ELEMENTS: Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree*, Association des Facultés de Médecine du Canada (AFMC), 2016 Voir le critère suivant: 7.7 Medical Ethics : The faculty of a medical school ensure that the medical curriculum includes instruction for medical students in medical ethics and human values both prior to and during their participation in patient care activities and requires its medical students to behave ethically in caring for patients and in relating to patients' families and others involved in patient care.

⁹⁰ Nelson, *supra* note 86.

enseignement de l'éthique, quelques notions spécifiques au droit, mais il reste que ce dernier n'est pas l'élément central de la majorité des cours offerts aux curricula prédoctoraux des quatre facultés de médecine des universités québécoises⁹¹. Le droit est donc le plus souvent introduit au niveau postdoctoral, lors de la résidence en médecine. L'enseignement du droit est, en effet, une norme d'agrément de tous les programmes de résidence en spécialité et en médecine familiale. Ainsi, les institutions qui les offrent se voient dans l'obligation de l'intégrer dans leur curriculum afin d'obtenir l'agrément du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (ci-après CRMCC), du Conseil des Médecins de famille du Canada (CMFC) et du Collège des Médecins du Québec (CMQ)⁹². Or, au Québec, les facultés de médecine semblent, pour la majorité, déléguer cette obligation à deux organismes externes. Le principal est le Collège des Médecins du Québec (ci-après CMQ), l'ordre professionnel, qui offre une formation de trois (3) heures (avec lectures préalables) dont le contenu repose sur la pratique médicale spécifiquement. Cette formation est appelée *Aspects Légaux, Déontologiques et Organisationnels de la pratique médicale* (ci-après examen ALDO)⁹³. Ce cours en présentiel est obligatoire⁹⁴ afin d'obtenir le permis de pratique du CMQ. Il est offert préalablement à l'entrée en pratique des

⁹¹ En effet, nous n'avons trouvé de référence au droit qu'à la Faculté de Médecine de McGill qui propose à l'hiver de la deuxième année du cursus préclinique un cours nommé «Physicianship : Medical Ethics and Health Law».

⁹² Les connaissances juridiques font partie de l'élément CanMEDS « Professionnel » au point 3 ainsi que des normes générales d'agrément des programmes: « The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada :: Agrément des programmes de résidence », en ligne: <<http://www.royalcollege.ca/rcsite/accreditation-pgme-programs/accreditation-residency-programs-f>>; Dans leurs normes d'agrément, le point 7.3 se lit comme suit: "le programme doit être en mesure de démontrer qu'il dispense un véritable enseignement du cadre juridique et réglementaire pertinent en vue de guider la pratique des résidents dans la discipline: « The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada :: Rôle CanMEDS : professionnel », en ligne: <<https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-professional-f>>.

⁹³ « ALDO - Collège des médecins du Québec », en ligne: <<http://aldo.cmq.org/>>.

⁹⁴ La présence de l'étudiant est le critère de réussite de l'activité de formation. Dans le contexte de la pandémie actuelle, la présence virtuelle est aussi acceptée.

médecins résidents, donc à la toute fin de la résidence, soit après une durée deux (2) à six (6) ans de contacts réguliers avec un patient dans un contexte de soin.

Hormis cette étape obligatoire organisée par l'ordre professionnel provincial, les futurs médecins québécois peuvent également se faire interroger lors de leur examen de spécialité du CRMCC sur certains éléments de l'encadrement juridique de leur pratique. Bien que cette pratique d'intégrer des questions sur le droit dans l'examen harmonisé pancanadien puisse sembler positive, les comités d'expert responsable du contenu de ces examens ont traité les données juridiques au même titre que les données médicales ou physiologiques, comme si elles étaient communes à toute l'espèce humaine. Ils négligent par cette approche les propriétés particulières des notions issues du domaine du droit⁹⁵. Ainsi, en raison de cette uniformisation à outrance qui se base sur des livres de références spécialisés canadiens ou américains, les résidents en médecine québécois doivent répondre à des questions de droit médical dont la réponse adéquate dans leur situation québécoise de droit civil n'est pas celle qui leur donnera les points, le corrigé étant ancrés dans la Common Law. Cette méconnaissance des règles élémentaires juridiques semble souligner un manque de connaissance chez les experts scientifiques canadiens des règles de bases de leur propre cadre normatif, les versions françaises des examens ayant été revues par des panels composés uniquement de médecins québécois.

⁹⁵ Cette anecdote a été rapportée au chercheur mais aucune donnée n'existe malheureusement sur le sujet. Le site web du Collège Royal sur le contenu des examens stipule en effet que le contenu se réfère à l'ensemble des livres de références d'une spécialité et donc, les chapitres portant sur les aspects légaux de la pratique médicale (qui font partie de tous les livres généraux américains) sont sujets à question. Voir à sujet par exemple Royal College of Physician and Surgeon of Canada, « Format de l'examen objectif intégré de MÉDECINE INTERNE », en ligne: *Site web du CRMCC* <<http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/internal-medicine-examformat-f>>; Royal College of Physician and Surgeon of Canada, « Format de l'examen objectif intégré en Anesthésiologie », en ligne: *Site web du CRMCC* <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/anesthesiology_examformat_f>.

Les programmes de formation postdoctorale font également appel aux services de l'Association canadienne de protection médicale (ci-après ACPM) pour aborder ce contenu en vue de l'intégrer à leur cursus et respecter leur standard d'agrément. Les universités qui recourent aux experts de cette association organisent habituellement ces conférences intraprofessionnelles sur une base annuelle. Les experts de l'ACPM discutent avec les étudiants des thèmes juridiques en focalisant la présentation sur les éléments pertinents à la gestion de risques liée à la pratique médicale⁹⁶. Ces formations sont habituellement de moins de quatre (4) heures. En ce moment, l'ACPM développe et implante une formation plus complète d'une journée dont le public cible est les résidents en médecine et dont le programme est plus varié⁹⁷. Cependant, aucune des formations citées n'aborde de façon plus complète le contenu associé aux notions de droit entourant la CI.

Attardons-nous maintenant au cursus de formation des infirmiers et infirmières. Dans leur contexte, les règles de l'enseignement du droit semblent encore moins bien définies que celles des médecins. En fait, à notre connaissance et à ce jour, il n'existe aucune norme d'agrément émise par l'Association Canadienne des écoles en sciences infirmières (ACESI) pour obliger les programmes d'étude agréés à offrir une telle formation⁹⁸. En fait, la seule mention des aspects légaux ou juridiques se trouve dans les normes de gestion des

⁹⁶ « ACPM - Ateliers », en ligne: <<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/workshops>>.

⁹⁷ « ACPM - Symposium pour les résidents », en ligne: <<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/resident-symposium>>.

⁹⁸ Canadian Association of Schools of Nursing/Association canadienne des écoles de sciences infirmières, *CASN ACCREDITATION PROGRAM STANDARDS*, Ottawa, Canadian Association of Schools of Nursing, 2014.

unités pédagogiques (*educational unit*) et non pas dans les aspects à enseigner⁹⁹. Cette absence de référence à un contenu pédagogique précis est conséquente avec l'organisation générale de leurs normes d'agrément dont les standards se focalisent sur l'organisation et les principes plus que le contenu pédagogique spécifique¹⁰⁰, fort possiblement en raison de la variété des établissements ou organismes octroyant les formations donnant accès au permis de pratique en soins infirmiers à travers le Canada¹⁰¹. La formation est plus variée et moins uniforme d'une institution à une autre en raison des exigences des niveaux éducatifs qui changent d'une province à l'autre. Cette absence de norme d'agrément spécifique à l'enseignement du droit ne nous empêche pas de procéder à une évaluation des curricula des écoles de soins infirmiers québécoises. Dans les cursus respectifs, tant au niveau technique qu'universitaire, aucun cours est directement lié au droit. Cependant, malgré une certaine variabilité dans les formations techniques, le cours appelé « Rôle professionnel de l'infirmière », ou son équivalent, comprend dans son descriptif les aspects légaux de la pratique¹⁰². En ce qui concerne la formation universitaire, il existe quelques programmes offrant des cours dont le libellé ou le descriptif comprend des références au droit, mais ils ne représentent pas la majorité¹⁰³.

⁹⁹ *Ibid* à la p 10.

¹⁰⁰ Canadian Association of Schools of Nursing/Association canadienne des écoles de sciences infirmières, *supra* note 98.

¹⁰¹ En effet, il y a une hétérogénéité d'organisations qui offrent des formations donnant accès au permis de sciences infirmières au Canada, allant du niveau post-secondaire de type collège (CÉGEP, colleges) ou de type universitaire privé, public ou à charte. Voir à ce sujet <https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/formation/programmes-de-sciences-infirmieres-au-canada#ia>

¹⁰² Voir comme exemple les cursus des CÉGEPs suivant: « Liste des cours », en ligne: *Collège de Maisonneuve* <<https://www.cmaisonneuve.qc.ca/liste-cours/>>; « Grille de cours », en ligne: *Collège Montmorency* <<https://www.cmontmorency.qc.ca/formation-continue-services-aux-entreprises/programmes-et-cours/domaines-detudes/sante-et-services-sociaux/soins-infirmiers-dec-180-b0/grille-de-cours/>>; « Soins infirmiers | Détails du programme », en ligne: *Inforoute FPT* <<https://www.inforoutefpt.org/progColDet.aspx?prog=292&sanction=1>>.

¹⁰³ Voir entre autres à ce sujet les programmes de l'Université de Sherbrooke et de l'Université McGill au « Nursing » « BSI141 - Introduction à la discipline infirmière - Programmes et admission - Université de

Du point de vue de l'organisme de régulation professionnel, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (ci-après OIIQ) adopte une position différente du CMQ sur deux plans : la formation et l'évaluation. Du côté de la formation, nous n'avons trouvé aucune exigence claire quant au contenu en droit que doivent contenir les programmes pour l'obtention du permis. Cependant, cette absence d'obligation n'a pas empêché l'OIIQ de produire un excellent document, très complet, comprenant tous les aspects légaux et organisationnels de la pratique infirmière¹⁰⁴, soulignant au passage l'importance de cet encadrement. Il n'est cependant pas une obligation pour les étudiant.e.s formé.e.s au Québec, il est plutôt suggéré en autoapprentissage uniquement pour les infirmières ayant obtenu un diplôme hors Québec¹⁰⁵. Il s'agit davantage d'un document d'orientation plutôt qu'une ressource essentielle pour toutes les candidates à la profession et les membres du tableau de l'Ordre. Par ailleurs, contrairement aux médecins en pratique et médecins résidents en formation qui obtiennent une formation complémentaire offerte par l'ACPM, nous n'avons pas trouvé de formation similaire provenant d'une organisation de protection ou d'assurance responsabilité pour les infirmières et infirmiers. La formation semble exclusive et liée au milieu académique et à l'OIIQ.

Le point qui nous paraît le plus intéressant concerne surtout l'évaluation. Tout comme le CMQ, l'OIIQ considère l'importance du volet légal lié à la profession, sans toutefois

Sherbrooke », en ligne: <<https://www.usherbrooke.ca/admission/fiches-cours/BSI141/>>; « Bachelor of Science (Nursing) BSc(N) », en ligne: *Ingram School of Nursing* <<https://www.mcgill.ca/nursing/programs/bachelor-programs/bscn>>.

¹⁰⁴ Judith Leprohon, Sylvie Truchon & Nicole Roger, *Guide d'auto-apprentissage: les aspects déontologiques, juridiques et éthiques de la pratique infirmière au Québec*, Westmount, QC, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2008.

¹⁰⁵ *Ibid* à la p 5.

imposer une formation juridique spécifique à l'obtention du permis de pratique en soins infirmiers. En effet, l'ordre semble mettre l'accent sur l'acquisition de certaines connaissances juridiques dans le contexte de l'examen donnant accès au permis de pratique plutôt que sur la mise en place d'une formation pédagogique uniforme reposant uniquement sur le droit. Ainsi, malgré l'absence de cette dernière, l'examen de l'ordre, étape sine qua non pour l'obtention du permis, demande aux candidat.e.s d'apprendre de façon autonome les notions de droit. L'examen de l'ordre comprend des questions et/ou des scénarios abordant des notions légales, comme en témoigne le guide de préparation à l'examen professionnel¹⁰⁶, qui comprend effectivement deux mises en situation clinique avec des aspects légaux¹⁰⁷. Ces mises en situation contextualisent le droit : le ou la candidat.e à l'examen doit donc déterminer son comportement et non pas dire les notions sur lesquelles il ou elle base son comportement. Voici une des deux situations de pratique pour illustrer ce propos :

Vignette contextuelle

M. Friedman, âgé de 68 ans, a été hospitalisé pour traiter un ulcère veineux à la jambe droite. Il reçoit son congé de l'hôpital aujourd'hui et il refuse qu'une demande de suivi soit acheminée aux infirmières du CISSS (mission CLSC).

Il craint que certains renseignements notés dans son dossier soient transmis à l'équipe de cet établissement. Plus particulièrement, il ne veut pas que sa dépression, d'il y a quelques années, ayant nécessité une hospitalisation soit divulguée à l'équipe du CISSS.

Vous transmettez à M. Friedman l'information lui permettant de prendre une décision éclairée.

¹⁰⁶ « Guide de préparation à l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 5e édition », en ligne: *OIIQ* <<https://www.oiiq.org/fr/guide-de-preparation-a-l-examen-professionnel-de-l-ordre-des-infirmieres-et-infirmiers-du-quebec-5e-edition>> à la p 18.

¹⁰⁷ Le guide contient deux situations à portée clairement normative: les situations 3 et 8, présentées dans *ibid* aux pp 53 et 75.

Question 1 [choix de réponses]

Quelle information transmettez-vous à M. Friedman ? [l'information seulement nécessaire pour la prise en charge de l'ulcère sera transmise à l'équipe]

[Complément de vignette]

Grâce à votre intervention, M. Friedman comprend mieux la situation concernant la confidentialité de son dossier. Il demande de consulter son dossier médical avant de prendre une décision définitive.

Question 2 [choix de réponse]

Lui remettez-vous son dossier médical ? [La transmission de l'information doit se faire selon les règles déterminées par le service des archives]¹⁰⁸

Aucune de ces deux vignettes de préparation ne traite de la pratique en équipe ou de la CI. Comme ce guide est non-exhaustif et ne représente pas le contenu complet de l'examen, cette absence de référence à la CI n'est pas un indicateur fort. De plus, on retrouve des concepts couvrant le travail en équipe et la coordination des soins dans le contenu annoncé de l'examen, dans les « Dimensions professionnelles »¹⁰⁹ et dans les « Champs de connaissances »¹¹⁰ : le candidat peut donc assumer que ces sujets font partie de son apprentissage de la profession et s'attendre à être interrogé sur ceux-ci.

Dans le contexte actuel, et malgré l'existence de sources autres utilisées pour dispenser cette formation, nous n'avons trouvé aucune référence formelle quant à un enseignement structuré en matière de droit surtout en ce qui a trait au droit entourant la CI. Cependant,

¹⁰⁸ *Ibid* aux pp 53-56.

¹⁰⁹ *Ibid* à la p 16.

¹¹⁰ *Ibid* à la p 18.

l'apprentissage n'est pas dicté uniquement par des éléments dits « formels »: il peut se faire de manière informelle par imitations ou par expériences. Or, dans la pratique, que l'on soit en formation pratique dans un stage ou un professionnel diplômé en pratique autonome, un tel apprentissage du droit risque certainement d'être influencé par un autre groupe d'acteurs, plus proches de la finalité de l'action professionnelle : l'organisation entourant le soin.

3.3 Les acteurs organisationnels : l'enseignement « terrain » du droit, de la norme et des règles aux professionnels de la santé

La managérialisation du droit nous apprend que les institutions appliquent le droit soit en adaptant ses notions sous forme d'outils de gestion, soit au moyen d'un guide d'interprétation ou de pratique qui souvent, sont plus compréhensibles auprès des gestionnaires et des employés. Ce processus local de recherche de sens du droit a une composante pédagogique obligatoire : les outils et guides doivent être appris par les praticiens pour qu'ils deviennent des éléments de la pratique. Les acteurs organisationnels locaux, comme les établissements de soins, les organisations de formation continue, les unités syndicales locales, etc., devraient, selon toute logique, participer à l'apprentissage du droit auprès des professionnels du soin, soit par le biais de réseaux d'enseignement structurés, comme les programmes de formation réalisés dans le cadre de la formation continue dans les établissements ou par des voies dites expérientielles et/ou informelles, comme la mise en place de structures de soins et les habitudes internes.

Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après MSSS) est en quelque sorte le chef d'orchestre des principaux acteurs organisationnels¹¹¹. Son rôle est en fait l'implantation, la gestion et le contrôle du réseau public des soins de santé et dans le cadre de ces pouvoirs, il doit passer des connaissances spécifiques aux décideurs qui composent son réseau. Pour ne nommer que certains pouvoirs nécessitant un enseignement concomitant, le MSSS contrôle le développement du réseau par le biais des permis¹¹², la gestion des installations existantes fusionnées par la nomination sur les conseils d'administration et la nomination des PDG¹¹³ et la détermination des structures et processus de gestion¹¹⁴ ainsi que les indicateurs sur lesquels les institutions auront à rendre des comptes au MSSS¹¹⁵. Le MSSS influe aussi sur le devenir des professionnels. Bien qu'ils relèvent du ministre de l'Enseignement supérieur¹¹⁶, les ordres professionnels de santé ont une relation étroite avec le MSSS puisqu'ils sont tous intrinsèquement liés au fonctionnement du système public de soins de santé. Le MSSS contrôle les admissions dans les programmes de formation donnant ouverture au permis de pratique, particulièrement pour les médecins¹¹⁷, la répartition géographique des professionnels par l'adoption des plans d'organisations développés par les conseils d'administration et

¹¹¹ Voir à ce sujet les énoncés de mission du MSSS sur le site web: « Mission et mandats - MSSS », en ligne: <<https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/mission-et-mandats/>>.

¹¹² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c S-42, arts 437-438; note 111.

¹¹³ *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-72.

¹¹⁴ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 112, arts 106 et 431.2.

¹¹⁵ *Ibid*, art 431.1 et 182.0.2.

¹¹⁶ « Office des professions du Québec - Office des professions du Québec », en ligne: <<https://www.opq.gouv.qc.ca/office-des-professions-du-quebec/>>.

¹¹⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 112, art 503; Christian Dubé & Danielle McCann, *Mémoire complémentaire concernant la répartition des postes de résidence dans les Modalités de détermination du nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale 2020-2021*, Ministère de la santé et des services sociaux et Ministère de l'Enseignement supérieur.

statuant les effectifs médicaux¹¹⁸ et finalement, en approuvant les objectifs et orientations de chaque établissement¹¹⁹, influant ainsi sur les conditions de pratique.

Malgré l'importance du rôle qu'il occupe dans le processus de managérialisation du droit, dans l'instauration de certaines directives au sein des hôpitaux, et donc dans la transmission de connaissances juridiques importantes, à ce jour, il n'existe aucune formation offerte aux professionnels de la santé par le MSSS directement liée à la CI. Certes, le MSSS accorde un grand intérêt envers la CI et reconnaît qu'il s'agit d'une pratique à encourager et intégrer dans plusieurs domaines de soins, de la cancérologie¹²⁰ aux soins à domiciles pour les aînés¹²¹. Cependant, dans l'ensemble des formations offertes par le Ministère aux employés et aux cadres, aucune ne s'adresse directement à l'encadrement juridique ou à la gestion administrative contextualisée (ou de quelle façon les gestionnaires puissent mettre en place les programmes de type pratique interprofessionnelle dans le respect d'un encadrement légal)¹²².

¹¹⁸ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, supra note 112, art 183 à 185.1.

¹¹⁹ *Ibid*, art 182.0.2.

¹²⁰ Voir à ce sujet le site web du MSSS : <http://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/lutte-contre-le-cancer/congres-2017/4--Collaboration-interprofessionnelle-en-cancerologie--Enjeux-et-meilleures-pratiques.pdf>

¹²¹ Voir à ce sujet le site web du MSSS : http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-sad/11_Bloc_5_Paule_Lebel.pdf et http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-sad/10_Bloc_5_CIUSSS_Capitale-Nationale.pdf

¹²² « Liste des activités de développement des compétences - Activités de développement des compétences disponibles », en ligne: <<http://portail.rpap-rsss.ca/RNDC/Lists/Liste%20des%20programmes%20de%20formation/Programmes%20de%20l'annee.aspx>>.

En fait, de manière générale, le MSSS n'intervient pas de façon très directe dans l'enseignement du droit. Outre son mandat d'offrir et de monitorer l'encadrement légal du système public et privé de soins de santé, son mandat d'information se résume à celui d'un accès aux textes juridiques sans analyse ou contextualisation. Dans la section « Lois et Règlements » du site du Ministère, il est possible de consulter la liste de toutes les lois et les règlements qui relèvent de son champ de compétences sans aucune mise en contexte¹²³. Il s'agit ici de la seule page contenant des informations pouvant être construites comme une tentative de partager des connaissances de nature juridique. Cependant, seule la page qui porte sur les plans d'effectifs médicaux, un des mandats du MSSS qui a un net impact sur la CI, comporte des éléments contextuels¹²⁴. Notre objectif n'est certes pas de juger si l'enseignement relève ou non du mandat du MSSS, mais de constater que, dans la situation actuelle, il n'offre pas l'encadrement pédagogique nécessaire aux professionnels du réseau.

Le MSSS aurait certainement pu occuper un rôle plus significatif dans l'enseignement du droit avec d'autres acteurs extra-académiques comme les ordres professionnels. De concert avec les établissements de soins de santé, le MSSS aurait pu s'octroyer une position très intéressante, car il se trouve à l'extérieur des silos professionnels traditionnels, et aurait pu ainsi favoriser l'enseignement du volet juridique s'appliquant à la pratique collaborative d'une manière plus systémique ou du point de vue du patient. Puisque le MSSS n'a aucune attache envers un groupe professionnel unique, sa vision est par nature inclusive de tous les soignants qui font partie du système de soins. Les autres sources potentielles de transmission des connaissances juridiques, telles que le milieu académique ou le milieu

¹²³ « Lois et règlements - MSSS », en ligne: <<https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/lois-et-reglements/>>.

¹²⁴ « À propos - Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) - Professionnels de la santé - MSSS », en ligne: <<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/>>.

professionnel comme nous l'avons vu précédemment, sont spécifiques à un groupe professionnel donné, comme est le dernier auquel nous nous attarderons : les organisations syndicales.

Les organisations syndicales sont également des ressources pédagogiques pour l'enseignement du droit entourant la CI. Même si, à l'origine, ils sont davantage associés à la défense des droits des travailleurs, les syndicats professionnels dans le domaine de la santé ont la spécificité, surtout pour les médecins, d'avoir un mandat bien défini pour la formation continue de leur membre. Les trois principaux qui sont spécifiques à la santé sont : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et la Fédération interprofessionnelle du Québec (FIQ)¹²⁵. Ces syndicats offrent des formations, en présentiel ou en virtuel, traitant de divers sujets pertinents à la pratique de leur membre et en fonction des besoins exprimés ou constatés sur les lieux du travail. Parmi l'ensemble des formations offertes nous avons relevé les informations suivantes : huit (8) d'entre elles, dispensées par la FMOQ, comprennent un contenu légal, dont deux traitent des relations de travail médecin-infirmière clinicienne¹²⁶, trente (30) autres, sont offertes par la FMSQ, dont deux portent sur l'approche interdisciplinaire (une dans l'aide médicale à mourir et l'autre sur la responsabilité de la pratique en équipe [donnée par l'auteurice de cette thèse])¹²⁷. Côté site web avec une utilisation pédagogique, le site internet de la FMOQ contient une page web dédiée à la CI, avec un contenu expliquant davantage la structure et les relations

¹²⁵ Nous avons volontairement exclu les syndicats représentant les professionnels en formation puisque ces individus ne représentent pas le groupe de professionnels que nous désirons étudier.

¹²⁶ « Caducée | Connexence : Solutions intégrées pour le développement professionnel. », en ligne: <<https://caducee.fmoq.org/cours/informationsCours.cnx?idCours=AKA88CA56190674EA03AKA>>.

¹²⁷ « MÉDUSE - Plateforme d'apprentissage en ligne de la FMSQ | Rechercher », en ligne: <<https://fmsqprod.myabsorb.ca/#/search/catalog/1%C3%A9gal>>.

interprofessionnelles à ses membres¹²⁸ quant à celui de la FIQ, nous n’y trouvons aucune mention sur la formation concernant le droit, ni la CI¹²⁹. Ainsi, malgré que certains syndicats professionnels semblent participer activement à l’enseignement du droit destiné aux professionnels de la santé, nous devons faire le constat que cet enseignement semble être offert plutôt aux médecins qu’aux autres professionnels œuvrant, comme les infirmières, dans les établissements de soins de santé.

Dans les paragraphes précédents, nous avons présenté les acteurs jouant un rôle sur le plan pédagogique dans l’enseignement du droit et les occasions d’apprentissage formel du droit qui sont proposées aux professionnels de santé. Ils composent la première partie de l’équation liant l’apprentissage et les compétences en regard de l’encadrement juridique de la CI, c’est-à-dire, l’acquisition de connaissances structurées en droit. Toutefois, la présence d’une telle structure pédagogique formelle est insuffisante en soi pour développer des professionnels compétents en droit : l’individu est la seconde partie de cette équation, particulièrement dans les situations où une acquisition formelle est possible. Ainsi, il est pertinent de s’intéresser à la connaissance de l’individu, peu importe le mode d’acquisition de cette connaissance, par l’enseignement formel ou l’expérience.

¹²⁸ « Collaboration interprofessionnelle | Fédération des médecins omnipraticiens du Québec », en ligne: <<https://www.fmoq.org/pratique/collaboration-interprofessionnelle/>>.

¹²⁹ « FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec) », en ligne: *FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec)* <<http://www.fiqsante.qc.ca/>>.

3.4 Les individus : la connaissance du droit chez les médecins et les infirmières

Enseignement n'est certes pas obligatoirement synonyme de connaissances. En raison de ce que nous venons de discuter, la connaissance, celle apprise de manière informelle, peut exister indépendamment de l'enseignement formel. Cette importance de la connaissance ou de la compréhension du droit n'est pas un phénomène méconnu en Amérique du Nord¹³⁰, mais il demeure souvent problématique, surtout lorsqu'on s'intéresse au domaine médical. Comme nous l'avons observé dans les sections précédentes, nous constatons, au Québec, que l'enseignement formel de notions juridiques, même s'il est peu élaboré, fait effectivement partie des curricula des médecins et des infirmières. Nous avons alors abordé l'existence d'un curriculum ou d'une formation concernant l'enseignement du droit, sans toutefois nous attarder sur les notions de la connaissance elle-même.

Quel est le degré de cette connaissance ? Ou, si on le formule différemment, qu'est-ce que les professionnels de la santé connaissent du droit ? Selon certaines études internationales, menées dans des établissements aux Barbades¹³¹, au Royaume-Uni¹³² et aux États-Unis¹³³,

¹³⁰ Nelson, *supra* note 86.

¹³¹ Seetharaman Hariharan et al, « Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados » (2006) 7:1 BMC Medical Ethics 7.

¹³² Preston-Shoot & McKimm, « Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education », *supra* note 86; Preston-Shoot & McKimm, « Prepared for practice? », *supra* note 86.

¹³³ E M Rock & P S Simmons, « Physician Knowledge and Attitudes of Minnesota Laws Concerning Adolescent Health Care » (2003) 16:2 Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 101-108; Stephen Van McCrary & 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; Stephen Van McCrary et al, « Treatment decisions for terminally ill patients: physicians' legal defensiveness and

il semblerait que moins de la moitié des professionnels questionnés ont une connaissance des règles et des notions juridiques qui encadrent leur pratique quotidienne. Seule la situation exposée dans une étude américano-danoise est quelque peu différente avec plus de 74 % des médecins danois démontrant des connaissances élémentaires en droit¹³⁴. Par ailleurs, dans le cadre de cette même étude américano-danoise portant sur les soins de fin de vie, les médecins américains ont fait preuve d'une méconnaissance flagrante entourant les règles de soins de fin de vie aux États-Unis.¹³⁵ Pourtant, la présence de problématiques ayant une composante juridique ou éthique est récurrente dans la pratique professionnelle du milieu de la santé¹³⁶. Dans ce contexte, hautement encadré par des éléments juridiques à fort degré d'impact, il est étonnant que les individus y exerçant leur profession possèdent un si faible niveau de connaissances.

Au Canada, il existe très peu de données accessibles témoignant du taux de connaissances juridiques chez les professionnels de la santé¹³⁷. Les seules données canadiennes pertinentes se réfèrent à une recherche, publiée en 1998, portant sur des étudiants universitaires de premier cycle, non-juristes, en Alberta. Cette recherche a démontré que les étudiants connaissaient davantage les termes légaux américains que canadiens et que leurs connaissances du droit canadien en général est faible. En effet, un questionnaire a

knowledge of medical law » (1992) 20:4 Law, Medicine and Health Care 364-376; Bryan A Liang, « Medical malpractice: do physicians have knowledge of legal standards and assess cases as juries do » (1996) 3 U Chi L Sch Roundtable 59.

¹³⁴ Van McCrary & Swanson, « Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law », *supra* note 133 à la p 18.

¹³⁵ Van McCrary & Swanson, « Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law », *supra* note 133.

¹³⁶ Hariharan et al, *supra* note 131.

¹³⁷ Nous avons contacté tant l'ACPM, que le CMQ, que l'OIIQ et aucun de ces organismes n'a de données sur les connaissances en droit de leurs membres ou bénéficiaires.

rapporté un taux de réussite de 44 % pour les questions ayant trait aux aspects légaux canadiens en général. C'est d'un faible niveau de connaissance compte tenu de l'importance accordée au droit dans l'organisation et la structuration de notre société. Les auteurs justifient la contamination des connaissances juridiques des étudiants par la présence des médias de masse anglophones dans un contexte de proximité culturelle qualifiée de « poreuse » avec les États-Unis¹³⁸.

Le niveau de connaissances juridiques semble donc peu élevé si l'on se fie aux quelques études présentées ci-haut. Cependant, sommes-nous en position de déterminer si le niveau de connaissance des lois affecte la qualité de la pratique des professionnels ? Une recherche menée par Van McCrary et Swanson tente de lier le degré de connaissance et le comportement. Effectuée auprès des médecins américains et danois, cette recherche le cadre juridique des soins de fin de vie administrés à ces patients américains et danois, semble corroborer l'hypothèse que la connaissance en droit influence le comportement des cliniciens. En effet, le taux plus élevé de connaissance des obligations légales chez les praticiens danois s'accompagnait d'une pratique moins axée sur la défensive¹³⁹. Bien que les auteurs reconnaissent que la différence entre les deux systèmes de soins nationaux ait un certain impact sur la présence de cette attitude défensive, ils notent aussi qu'une la connaissance plus adéquate du droit permettrait de réduire les fausses informations et les

¹³⁸ Peter Bowal, « A Study of Lay Knowledge of Law in Canada Statistical Analysis » - *Ind Int'l & Comp L Rev* 121.

¹³⁹ Van McCrary & Swanson, « Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law », *supra* note 133; On définit la pratique défensive comme une pratique médicale orientée vers la minimisation du risque légal. Dans ce type de pratique, le médecin modifie sa prise de décision clinique pour limiter le plus possible son risque d'être poursuivi. Voir à ce sujet Dominique Demers, *La médecine défensive: fondement principes responsabilité médicale et solutions* (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 1998) [unpublished].

croyances erronées chez les cliniciens¹⁴⁰. Cette étude nous sert en partie de fondement pour asseoir l'hypothèse que les connaissances légales ont un impact réel sur les pratiques cliniques des professionnels. Si nous assumons que la CI est une pratique clinique, nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les connaissances juridiques pertinentes à la CI influenceront le professionnel de la santé dans cette pratique.

Par ailleurs, cette constatation nous permet de formuler une question plus globale : si nous possédons la preuve que les connaissances juridiques influent sur la pratique des médecins, alors pourquoi ne pas simplement s'assurer que le cadre légal de la CI fasse partie intégrante de l'enseignement ? En fait, au Québec, aucune évaluation juridique d'envergure n'a permis, à ce jour, de déterminer clairement les notions juridiques pertinentes à la pratique de la CI, et ce, pour deux raisons. La première repose sur la complexité de l'encadrement légal de la santé issu de plusieurs domaines juridiques et soumis à des analyses parfois contradictoires¹⁴¹ ; conséquemment, l'enseignement de ces notions à des non-juristes peut s'avérer un défi de taille. La seconde est que, bien que le courant Droit et Société soit abondant et soutenu par de nombreux universitaires, les études sur les professionnels sont pour leur part peu nombreuses. À cet effet, nous défendons l'opinion de Preston-Shoot, exprimée dans le cadre d'une méta-analyse publiée par l'équipe britannique, qui soutient que les études actuelles, en raison de leur variabilité, ne permettent pas de généralisation ou de conceptualisation¹⁴². Les différentes recherches auxquelles nous nous sommes référés précédemment portent sur un groupe captif (un seul centre

¹⁴⁰ Van McCrary & Swanson, « Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law », *supra* note 133; Van McCrary et al, *supra* note 133.

¹⁴¹ Nous verrons ce point au chapitre 3 de la présente thèse.

¹⁴² Preston-Shoot & McKimm, « Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education », *supra* note 86.

hospitalier ou un seul groupe de professionnels) ou sur une partie spécifique du droit pertinent à la pratique (comme les soins de fin de vie ou le consentement). En l'absence de modèle théorique sur l'apprentissage du droit chez les non-juristes, l'étude isolée de ce qui est enseigné aux professionnels ou de ce que les professionnels isolément savent ne peut répondre à la question sur l'impact du droit sur la CI.

Conséquemment, force est de constater que nous ne pouvons pas déterminer si ces données sont extrapolables au Québec, encore moins nous fier sur une approche théorique issue de ces recherches. Les différentes études citées précédemment semblent révéler un certain lien entre droit et CI, cependant les données sont insuffisantes pour analyser adéquatement la problématique de l'influence du droit sur la pratique du professionnel dans le domaine de la santé québécoise. Émettre une extrapolation pour l'appliquer aux professionnels de la santé québécois à partir des données canadiennes disponibles nous semble par ailleurs inadéquat pour diverses raisons. D'abord, les caractéristiques des populations sont trop éloignées pour être réconciliables : les étudiants de premier cycle ont peu en commun avec les professionnels de la santé sur le marché du travail. Ensuite, le facteur de la langue qui agit comme une barrière protectrice devient un élément distinctif par rapport à la province où a été réalisée l'étude, ce qui peut expliquer la relative imperméabilité de la société québécoise face à la culture de nos voisins du Sud. Pour développer la thématique et nous permettre de répondre à la question de recherche formulée précédemment, il est nécessaire d'obtenir plus de données.

Conclusion du chapitre 1

Les juristes et les chercheurs en gestion ou en santé publique semblent accepter le rôle que le droit joue dans l'articulation d'une pratique clinique telle la pratique collaborative chez les professionnels de la santé¹⁴³. Cependant, d'autres chercheurs affirment que pour avoir un véritable impact, le droit se doit d'être converti en action par les acteurs organisationnels du réseau des soins de santé¹⁴⁴. C'est l'approche issues des théories Droit et Société et c'est à partir de cette conceptualisation de la mise en œuvre du droit en milieu de soins que s'ancre notre recherche.

Actuellement, au Québec, il existe très peu de littérature à la fois sur les plans juridique et social concernant l'encadrement légal de la CI, et aucune sur l'effet réel de cet encadrement sur la pratique elle-même. Dans ce contexte, nous désirons poursuivre l'exploration de la dynamique droit – pratique collaborative en tentant de répondre à notre question initiale de recherche : quel est le lien entre le droit et la CI au Québec ? Pour y répondre, en utilisant notre cadre théorique, il nous faudra infirmer ou confirmer une série d'hypothèses séquentielles. L'objectif premier de notre recherche est de déterminer le droit qui encadre la CI. Notre hypothèse de travail, qui tient compte de la littérature présentée au début de ce

¹⁴³ Voir les sections précédentes de ce travail. Voir aussi D'Amour et al, « The conceptual basis for interprofessional collaboration », *supra* note 3; William Lahey & Robert Currie, « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » (2005) 19:sup1 *Journal of Interprofessional Care* 197-223; William Lahey, Robert Currie & Lorraine Lafferty, « Interprofessional health care policy and regulation » dans *Interprofessional health care practice*, Pearson, 2015 182; Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4.

¹⁴⁴ Wagenaar & Burris, *supra* note 76 à la p 91.

chapitre, est que l'encadrement légal sera neutre par rapport à la CI, c'est-à-dire que l'encadrement n'empêche pas explicitement la CI et ne la structure pas directement.

Hypothèse 1 : Le cadre légal est neutre : il ne favorise pas ou ne limite pas la collaboration interprofessionnelle chez les médecins et les infirmières.

Ensuite, en nous basant sur les prémisses de l'approche Droit et société, nous soumettons l'hypothèse de travail suivante : il y a présence d'un écart entre le droit formel et celui qui est appliqué par les médecins et les infirmières au Québec. Cette deuxième hypothèse est en accord avec les différentes recherches antérieures en Droit et Société et rien, en ce moment, ne nous permet de présumer que la situation québécoise est différente des juridictions étudiées dans la littérature, comme les États-Unis, le Royaume-Uni et le Danemark.

Hypothèse 2 : Il y a un écart entre le droit formel et la connaissance exprimée du droit chez les médecins et les infirmières du Québec.

Finalement, il existe peu de données fiables pour inférer la place de l'encadrement juridique québécois dans l'existence de la CI. En premier lieu, il nous faudra déterminer ce cadre juridique qui sera soumis à l'interprétation et à la transformation par les acteurs. Ensuite, en se basant sur le modèle conceptuel présenté entre autres par Wagenaar¹⁴⁵, il

¹⁴⁵ *Ibid* à la p 93.

faudra nous centrer sur un groupe pertinent envers ce cadre juridique. Dans le contexte de cette recherche, nous avons choisi de nous intéresser au groupe des professionnels de la santé plutôt qu'à celui des organisations de soins puisqu'ils sont plus constants d'un point de vue organisationnel (présence dans toutes les organisations de soin et statut dans l'équipe de soin).

Hypothèse 3 : La connaissance exprimée du droit chez les médecins et les infirmières du Québec modifie l'attitude de ceux-ci envers la collaboration interprofessionnelle.

Ainsi, la question initiale est bien de s'intéresser à l'impact de l'encadrement légal sur la collaboration interprofessionnelle au Québec. Dans ce contexte, notre étude devra dépasser les limites de la recherche juridique pure ou celle en sciences sociales pures pour favoriser une approche interdisciplinaire intrinsèque. Nous porterons d'abord notre attention sur la détermination de cet encadrement pour ensuite aborder les connaissances que les professionnels en ont. Pour ce faire, nous utiliserons les ressources d'approches méthodologiques différentes, qui seront l'objet du prochain chapitre.

Chapitre 2 : Le cadre méthodologique

Si notre hypothèse de base est que l'encadrement juridique est neutre face à la CI, mais méconnu, il est alors important de déterminer, de façon séquentielle, la nature de cet encadrement, l'effet attendu ou présumé de son contenu uniquement, pour ensuite analyser ce que les acteurs du terrain connaissent vraiment de cet encadrement. Cette vision séquentielle de la question de recherche est privilégiée pour nous permettre de faire la différence entre l'existence des textes et leur compréhension par les acteurs. La présence ou non de cette différence nous est, pour l'instant, inconnue.

Pour appliquer ce cadre théorique, il nous manque des données fiables pour inférer la place de l'encadrement juridique québécois dans l'existence de la CI. Pour rejoindre l'approche Droit et Société et l'effet comportemental de dotation (recherche de sens et don de sens), une expérience en laboratoire comportemental ou une randomisation en groupe intervention et groupe contrôle auraient été les méthodes à privilégier. Cependant, dans la réalité du droit concernant les pratiques professionnelles, une telle expérimentation est quasi impossible à réaliser, tant en laboratoire que dans la vie courante. L'effet de dotation, bien qu'il ait été prouvé dans le cadre de situations diverses¹⁴⁶, n'est pas empiriquement vérifiable par le biais d'une étude expérimentale sur les professionnels de la santé. En effet,

¹⁴⁶ Voir entre autres à ce sujet les travaux de Daniel Kahneman, Jack L Knetsch & Richard H Thaler, « Anomalies: The Endowment Effect, Loss Aversion, and Status Quo Bias » (1991) 5:1 *Journal of Economic Perspectives* 193-206; Richard H Thaler & Cass R Sunstein, *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*, rev. and expanded ed éd, New York, Penguin Books, 2009; John A Rizzo & Richard J Zeckhauser, « Reference Incomes, Loss Aversion, and Physician Behavior » (2003) 85:4 *Review of Economics and Statistics* 909-922; Christine Jolls, Cass R Sunstein & Richard Thaler, « A Behavioral Approach to Law and Economics » (1998) 50:5 *Stanford Law Review* 1471.

nous ne possédons pas actuellement les données pertinentes pour nous permettre d'isoler des facteurs spécifiques dans la complexité des règles applicables et la complexité de la recherche de sens chez les praticiens cliniques. Le lecteur pourra certainement nous mentionner que nous aurions pu évaluer toutes ces règles pour ensuite tenter une expérience contrôlée : cette solution est malheureusement irréalisable en raison de la complexité de la standardisation des groupes en fonction des expériences passées et des connaissances juridiques — variables dont ignorons actuellement l'influence. L'expérience contrôlée n'est donc pas envisageable à ce stade.

Nonobstant ces difficultés, il est possible de définir un cadre méthodologique adéquat pour clarifier notre objet d'étude et tenter de répondre à notre question de recherche. Par exemple, lorsque les participants soulignent l'apport négatif de la juridiction professionnelle, font-ils référence à leur champ de pratique, aux règles internes des établissements qui déterminent l'application de leur champ de pratique ou à l'existence même des juridictions professionnelles ? Lorsqu'ils mentionnent leur crainte médico-légale, sur quels concepts ou notions s'appuient-ils ? Pour juger de l'apport de l'encadrement juridique, il est important de déterminer à partir de quelles bases de connaissances des textes de loi et de la doctrine, les participants créent ces concepts fonctionnels.

Nous consacrerons donc une grande partie de la méthodologie à définir, d'une part, l'ensemble de l'encadrement juridique de la CI et, d'autre part, à déterminer la connaissance explicite que deux groupes d'acteurs clés du réseau ont de l'encadrement juridique sur la pratique collaborative et le lien entre cette connaissance et leur attitude envers la CI. En effet, pour répondre à une question portant sur le lien entre l'encadrement juridique et la CI, nous avons orienté la méthodologie sur trois axes : 1) l'existence de la

norme juridique en elle-même, qui reviendra ici à analyser le droit positif; 2) la connaissance exprimée de ce type de normativité dans chaque groupe; et 3) l'analyse de l'écart potentiel et de son impact sur la vision exprimée de la CI par le professionnel en tant qu'acteur de la recherche de signification organisationnelle. Ce processus méthodologique mixte et séquentiel sera présenté dans les prochaines sections de ce chapitre et schématisé à la figure 4 dans la section suivante.

Section 1 : Déterminer l'état du droit par méthode herméneutique juridique

Pour la partie concernant la détermination de l'état du droit positif sur la CI en santé, nous aurons recours à une méthodologie juridique avec une approche herméneutique¹⁴⁷. Pour cette partie de la méthodologie, nous utiliserons une perspective externe au droit tout en ne négligeant pas l'importance de l'interprétation organisée des textes comme le positivisme juridique nous l'enseigne¹⁴⁸. L'objectif de cette étape du processus méthodologique, en plus de déterminer les règles applicables, est l'identification dans cet encadrement juridique global et la détermination de l'ensemble des éléments ayant le potentiel d'impacter la CI.

¹⁴⁷ Michelle Cumyn & Mélanie Samson, « La méthodologie juridique en quête d'identité » (2013) 71:2 Revue interdisciplinaire d'études juridiques 1.

¹⁴⁸ *Ibid* à la p 22.

Cette première partie de la recherche sera donc consacrée, en premier lieu, à une identification des sources juridiques pertinentes et à leur analyse dans une approche juridique. Nous utiliserons les bases de données canadiennes et québécoises en législation, en jurisprudence et en doctrine, comme outils principaux.

1.1 Les législations et règlements étudiés

Dans ce contexte, ce sont les lois et les règlements pertinents à la CI qui seront analysés en premier. Ces textes ont été obtenus par des recherches bibliographiques effectuées dans la base de données LégisQuébec® et CanLII®, en se référant aux concepts présentés dans la revue de littérature citée au chapitre 1¹⁴⁹. Sur l'ensemble des textes se rapportant à la santé, nous avons retenu seulement ceux ayant une incidence sur l'organisation du processus de soin, parce qu'ils déterminent soit le processus ou le rôle de chaque soignant. Cette première étape nous a ainsi permis d'analyser les textes principaux en fonction de leur domaine de droit, comme le résume le tableau ci-dessous.

Tableau 2: Résumés des textes légaux analysés dans le cadre de la méthode juridique

Droit civil	Structure administrative	Droit professionnel
Code civil du Québec	Loi sur les services de santé et les services sociaux (et règlements afférents)	Code des professions (et règlements afférents)
	Loi sur l'assurance-maladie (et règlements afférents)	Loi médicale (et règlements afférents)

¹⁴⁹ Voir chapitre 1 pp.7-8 que nous rappelons ici : les facteurs à connotation juridique sont les « juridictions professionnels », « modèle de compensation », « considération médico-légales », « structure du travail », « réglementations institutionnelles ».

	Loi sur l'assurance-hospitalisation (et règlements afférents)	Loi sur les infirmières et infirmiers (et règlements afférents)
		Code de déontologie des médecins

1.2 Les sources jurisprudentielles

Conformément à la méthode systématique juridique, nous avons, en second lieu, complété l'interprétation de ces textes en fonction de la jurisprudence disponible. Cette jurisprudence a d'abord été recherchée spécifiquement pour la juridiction québécoise et ensuite, canadienne, en utilisant les mots clés, les articles de loi et les textes législatifs identifiés ci-dessus dans les bases de données La Référence®, SOQUIJ® et CanLII®. L'objectif de ce travail n'étant pas de faire du droit comparé, la jurisprudence internationale a donc été exclue de notre analyse primaire, nous avons toutefois reconnu la pertinence de conserver les jurisprudences issues de la common law canadienne malgré leur application variable.

1.3 Les sources doctrinales

Finalement, pour permettre une analyse complète du droit, une recherche de la doctrine pertinente a été réalisée. Contrairement à la procédure usuelle d'une méthode exégétique, et ce, en respect de notre choix d'une approche herméneutique externe, nous avons inclus dans la doctrine tout écrit portant sur ce que nous définissons dans le premier chapitre comme touchant aux macro-facteurs de la CI. Cette recherche a été réalisée dans diverses bases de données juridiques (SOQUIJ®, HeinOnline® et LexisNexis QuickLaw®, La Référence®) et non juridiques (Google Scholar®, Medline®, Pubmed Central®) en

utilisant les mots clés « collaboration interprofessionnelle », « pratique collaborative », « pratique interdisciplinaire », « équipe interprofessionnelle », « travail en équipe », « soins collaboratifs », « équipes de soins », ainsi que leur équivalent en anglais. Pour les bases de données juridiques, la recherche a aussi porté sur les textes de loi, articles de loi et jurisprudences pertinentes préalablement identifiées. Seuls les textes ayant des références directes au droit canadien, à la structure réglementaire de la pratique interprofessionnelle ou à l'encadrement légal de la CI ont été retenus pour analyse.

Les résultats de cette partie du cadre méthodologique sont présentés dans leur ensemble dans le chapitre 3 de cet ouvrage.

Section 2 : Déterminer la connaissance par méthode quantitative avec analyse qualitative supplémentaire

La seconde partie de la méthodologie s'est intéressée à l'état des connaissances exprimées par les professionnels sur le droit en lien avec la CI. Pour atteindre cet objectif, plusieurs méthodes auraient pu être utilisées, mais nous avons choisi le questionnaire quantitatif.

2.1 La méthode quantitative de type questionnaire

Compte tenu du désir de pouvoir appliquer ces résultats à d'autres contextes et du besoin de faire un portrait fidèle de la réalité québécoise, une méthode principalement quantitative avec des sections qualitatives a été privilégiée. Cette méthode a pris la forme d'un

questionnaire quantitatif auquel ont été intégrées certaines questions qualitatives. Ainsi, nous n'avons pas fait une méthode qualitative indépendante, mais bien une analyse des données narratives fournies dans le questionnaire dans le processus de recherche. Ces questions d'ordre qualitatif permettaient d'explorer certains sujets sans orienter la réponse du participant. Cette partie de la méthodologie a reçu l'approbation du comité plurifacultaire d'éthique à la recherche, maintenant nommé comité d'éthique à la recherche — société et culture (CER-SC) [#CPER-18-030-D]. Le certificat d'éthique est joint en annexe.

Cette partie de la recherche empirique a comme objectif principal de vérifier l'hypothèse nulle¹⁵⁰ qui est qu'il n'y a pas de relation entre les connaissances en droit et l'attitude du professionnel envers la CI. Pour vérifier cet énoncé, nous avons donc eu besoin d'en vérifier les éléments. Le questionnaire comporta donc trois grands thèmes de contenu : deux thèmes relèvent de l'évaluation de l'attitude (soit face à la CI et aux connaissances en droit) et un thème relève de l'acquisition des données démographiques. Le contenu exact du questionnaire est discuté plus loin dans ce chapitre.

Le net avantage d'une telle méthode quantitative est qu'elle permet un échantillon large sans limitation géographique et minimise les biais de désirabilité sociale ou de présentation des questions que peuvent induire les questionnaires administrés par le chercheur ou les

¹⁵⁰ La réfutation de l'hypothèse nulle est l'approche traditionnelle en empirisme. La recherche a pour but de prouver que les variables indépendantes et dépendantes déterminées par le chercheur n'ont pas de lien. Si le chercheur trouve un lien statistiquement valable entre les variables, il a donc réfuté l'hypothèse nulle et le résultat est dit positif. Voir à ce sujet John W Creswell, *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, 4th ed éd, Thousand Oaks, SAGE Publications, 2014 à la p 144; Peter M Nardi, *Doing survey research: a guide to quantitative methods*, fourth edition éd, New York, Routledge, 2018 aux pp 51-52.

entrevues semi-structurées. Le choix de la méthode par questionnaire n'est cependant pas sans écueil, le premier étant la détermination de l'échantillon, que nous discuterons plus loin.

2.2 Le mode d'administration

Dans le contexte de la recherche, compte tenu de la répartition géographique de la population à l'étude, le choix d'un sondage web s'est imposé. À l'aide de la plateforme SurveyMonkey®, les répondants ont pu répondre via un ordinateur, une tablette ou un téléphone intelligent. Cette plateforme a été choisie pour sa facilité d'utilisation par le participant, sa fiabilité et sa capacité d'adaptation en fonction du médium informatique choisi. Une version papier fut mise à disposition pour les participants qui le demandaient.

Les sondages web ont des avantages et des inconvénients. Dans ce cas précis, l'avantage de la facilité d'utilisation est indéniable. Bien que l'utilisation du web soit soulignée par des auteurs comme une limite¹⁵¹, nous n'avons pas à nous préoccuper dans notre population cible de l'accès à internet : en plus d'être accessible par téléphone intelligent, la plateforme fut aussi accessible par les ordinateurs disponibles dans les centres hospitaliers¹⁵². Point positif, l'anonymat complet permet selon certains auteurs de réduire le biais de désirabilité

¹⁵¹ Nardi, *supra* note 150 à la p 75.

¹⁵² Nous avons en effet testé l'accès pour voir si les pare-feu du réseau interne de certains centres bloquaient la plateforme SurveyMonkey® et selon nos tests, la plateforme est accessible.

sociale¹⁵³. Finalement, le questionnaire étant autoadministré, l'utilisation d'une interface web nous a permis de minimiser sans abolir l'influence du chercheur dans les réponses, particulièrement celles étant des textes libres¹⁵⁴.

L'inconvénient majeur des sondages en ligne est l'impossibilité d'avoir un échantillon pleinement aléatoire et la perte de contrôle sur le contenu de l'échantillon. Cet inconvénient pourrait partiellement être contrebalancé par une approche systématique en fonction des régions administratives (en grappe) des invitations et de l'analyse des réponses, approche qui sera présentée dans la section « Échantillonnage ».

L'administration des invitations s'est faite aussi de manière anonyme, soit par envoi web et par affichage. Un premier envoi a été fait par le biais d'un courriel avec un lien hypertexte inclus. En cas de défaillance du lien spécifique, une procédure pour communiquer avec la chercheuse et atteindre le site de la Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politiques de la santé sera incluse, site qui comprenait un lien vers le questionnaire.

Un rappel a été fait par la suite à intervalle régulier (15 jours et 30 jours). Ces rappels ont été modulés en fonction des organisations participantes.

¹⁵³ Marie-Ève Gingras & Hélène Belleau, *AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DU SONDRAGE EN LIGNE COMME MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE*, Institut national de la recherche scientifique, 2015.

¹⁵⁴ Nardi, *supra* note 150 à la p 73.

2.3 Le contenu du questionnaire

Le contenu du questionnaire a été réparti en quatre grandes parties : la vision de la collaboration interprofessionnelle, l'acquisition des connaissances en droit, le contenu de ces connaissances et la démographie. La structure de ce questionnaire fut fortement inspirée de ce qui a déjà été publié sur le sujet de la connaissance du droit¹⁵⁵, des résultats de la première méthode de recherche juridique et des pratiques exemplaires dans la détermination du contenu d'un sondage¹⁵⁶.

2.3.1 Les données sur la vision de la collaboration interprofessionnelle

L'introduction du questionnaire, après le processus de consentement éclairé, se composa d'une question visant à ce que le participant se positionne par rapport à la CI. Cette section du questionnaire avait pour but de collecter la perception du participant puisque celle-ci risque de teinter son intérêt ou sa compréhension des aspects légaux affectant la CI. Leur

¹⁵⁵ Van McCrary et al, *supra* note 133; Van McCrary & Swanson, « Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law », *supra* note 133; Bowal, *supra* note 138; Lisa Fisher-Jeffes, Charlotte Barton & Fiona Finlay, « Clinicians' knowledge of informed consent » (2007) 33:3 *Journal of Medical Ethics* 181-184; Michael Preston-Shoot & Judy McKimm, « Perceptions of Readiness for Legally Literate Practice: A Longitudinal Study of Social Work Student Views » (2012) 31:8 *Social Work Education* 1071-1089; Dans le même ordre d'idée, certains ouvrages en lien avec l'effectivité du droit comportent des concepts relatifs à la notion de connaissance. Voir à ce sujet Audrey Ferron Parayre & Catherine Régis, *Donner un consentement éclairé à un soin : réalité ou fiction? Exploration de l'effectivité du consentement éclairé aux soins* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2018) [unpublished].

¹⁵⁶ Nardi, *supra* note 150 aux pp 71-113.

vision de la CI a été analysée à l'aide du questionnaire créé et validé par l'équipe de Sicotte¹⁵⁷.

Deux questions de nature qualitative (narrative) ont été ajoutées à cette section pour permettre une analyse par thème de la position du répondant par rapport à la collaboration interprofessionnelle. Le participant a dû y écrire ce qui favorise et limite selon lui la collaboration interprofessionnelle. Ces réponses ont permis d'avoir un peu d'éclairage de l'importance de la variable « encadrement juridique ». Il faut noter que les réponses du participant n'ont pas été validées par une analyse en observation directe, car l'étude actuelle n'a pas pour objectif de confirmer l'existence ou non de la CI, mais bien d'évaluer la corrélation entre la vision de la CI du participant et ses connaissances juridiques.

2.3.2 Les données sur l'acquisition des connaissances

Le participant fut ensuite invité à répondre aux questions portant sur les sources de ses connaissances en droit avant d'être interrogé sur le contenu de ces connaissances. Cet ordre n'était pas fixe, car le participant pouvait en tout temps naviguer dans le questionnaire. Les sources de connaissances sont importantes dans ce type d'évaluation puisqu'en plus d'influencer la teneur des connaissances et leur validité, elles ouvrent la possibilité d'une analyse plus poussée des possibles modes d'intervention à planifier après la fin de cette étude.

¹⁵⁷ Claude Sicotte, Danielle D'Amour & Marie-Pierre Moreault, « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres » (2002) 55:6 Social Science & Medicine 991-1003.

Plus particulièrement, dans ce questionnaire, les questions sur l'acquisition et la priorisation ont permis de savoir par quel médium les participants acquièrent leur connaissance en droit et aussi comment ils hiérarchisent ces sources en termes d'impact sur leur pratique interprofessionnelle. Le contenu des questions a été basé sur la littérature internationale déjà publiée sur le sujet¹⁵⁸ ainsi que les recherches présentées au chapitre 1. Ces questions de type « hiérarchisation » nous ont permis d'utiliser les sources comme variables indépendantes¹⁵⁹ des connaissances en droit.

2.3.3 Les données sur le contenu des connaissances

Ensuite, le questionnaire portant sur les connaissances a suivi. Il avait pour objectif d'évaluer la connaissance des acteurs sur certains aspects légaux de la CI. Le contenu de ce questionnaire a été développé en utilisant partiellement les résultats de la première phase de recherche combinés aux articles de sciences sociales présentés au chapitre 1¹⁶⁰. Les questions y ont donc été organisées en premier lieu par larges sections, déterminées par les thèmes des sciences sociales, et en sous-sections spécifiques dont le contenu refléta les textes de loi et les notions conflictuelles. Ces dernières regroupèrent les notions sujettes à débat dans les écrits de doctrine juridique, soit parce que les experts n'avaient aucune vision commune, soit parce qu'il n'y avait aucune donnée au moment du développement

¹⁵⁸ Hariharan et al, *supra* note 131; Van McCrary & Swanson, « Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law », *supra* note 133; Rock & Simmons, *supra* note 133.

¹⁵⁹ Les variables indépendantes sont les éléments qui sont de potentiels causes ou explications des variables dépendantes. Voir à ce sujet Nardi, *supra* note 150 aux pp 49-50.

¹⁶⁰ Selon les principes mis de l'avant dans Nardi, *supra* note 150.

du questionnaire. La réponse du participant ne pouvait donc pas être clairement associée à une « connaissance » juridique, mais elle restait pertinente dans le cadre de ce travail. Les questions sont présentées dans une figure en annexe 3 et les concepts en annexe 2.

Comme dans la partie du questionnaire portant directement sur la CI, des questions de nature narrative furent ajoutées à cette partie du questionnaire pour permettre au répondant d'exprimer certaines notions sans que les choix de réponses l'influencent. Ce type de questions permettaient d'éviter au chercheur d'influencer le répondant.

2.3.4 Les données démographiques

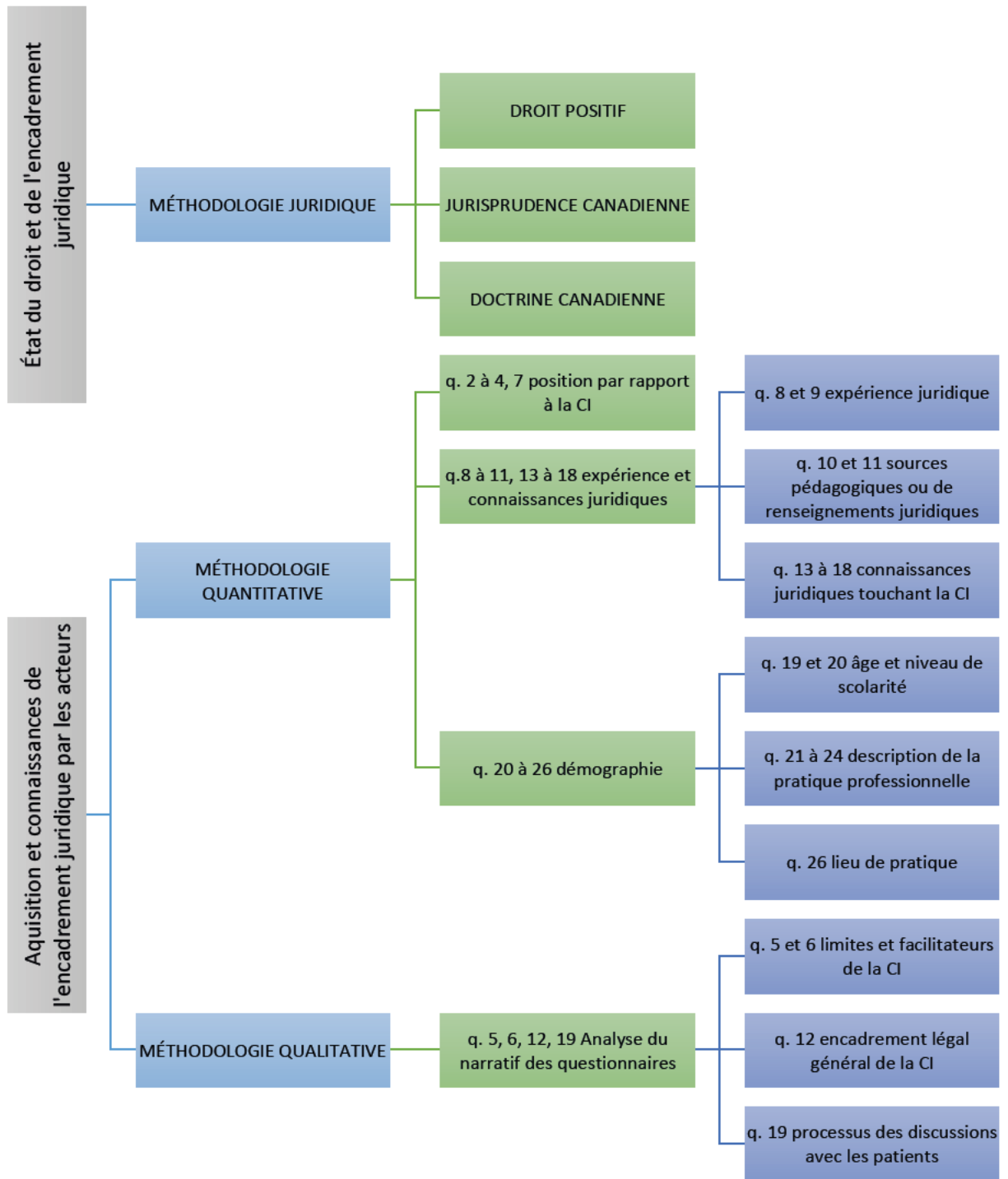
L'ultime partie du questionnaire avait pour objectif de recueillir les données démographiques des participants. Ces données permettaient de catégoriser les participants par rapport à leur pratique, qui peut selon la littérature influencer leur connaissance et leur vision de la CI. L'âge et le temps de pratique permettaient de situer le participant par rapport à l'introduction formelle de l'enseignement interprofessionnel de type EIP (existant depuis cinq à sept ans au Québec), mais aussi par rapport à l'expérience de l'individu, puisque celle-ci affecte probablement ses connaissances du droit soit en les augmentant, soit en les modulant¹⁶¹.

La variable indépendante « lieu de pratique » nous a permis d'avoir un regard géographiquement situé sur la collaboration. Elle a aussi permis de valider la répartition

¹⁶¹ Hariharan et al, *supra* note 131.

des répondants sur le territoire. Les études préalablement mentionnées ont été réalisées souvent dans des équipes formelles (comme les CLSC urbains) ou dans des régions éloignées (les Terres Cries) tandis que nous nous intéressons à l'ensemble des médecins et infirmières travaillant dans les CISSS et CIUSSS. Il était donc important de déterminer dans notre analyse le lieu de pratique principal du répondant.

Figure 4: Présentation schématisée de la méthodologie, dans le cadre d'une méthode mixte juridique quantitative



2.4 Le pilote

La version test du questionnaire, après correction, fut testée auprès d'un groupe connexe au groupe cible (10 inhalothérapeutes d'un centre universitaire montréalais), groupe ayant été choisi, car ce groupe ne contaminait pas l'échantillon potentiel. Les commentaires ont été recueillis quant à la longueur, le temps de réponse, la formulation des questions et l'ordre de celles-ci. Les réponses n'ont pas été analysées pour éviter de biaiser le chercheur dans les analyses futures, mais elles ont été évaluées pour s'assurer de la validité apparente pour le répondant du questionnaire. Le vocabulaire utilisé ainsi que l'ordre des questions ont été modifiés à la suite de ce pilote. La version finale du questionnaire est présentée en annexe 3.

2.5 L'échantillonnage et le recrutement

L'idéal statistique dans les techniques de recherche par sondage ou questionnaire est de se baser sur un échantillon probabiliste aléatoire. Or, pour réaliser cet échantillon, il faut avoir certaines données clés sur la population étudiée. Dans le contexte actuel, nous n'avons malheureusement aucune donnée québécoise sur la connaissance du droit chez les professionnels ou la population en général. Nous n'avons d'ailleurs pas plus de données sur la collaboration interprofessionnelle répartie sur le territoire. Le principe de l'échantillonnage non probabiliste volontaire à grande échelle (englobant l'ensemble du groupe étudié) semblait donc une alternative, ce mode d'échantillonnage correspondant aux méthodes utilisées dans les recherches portant sur la CI, tel que recensé dans la

littérature¹⁶², ainsi qu'à celles portant sur les connaissances des professionnels sur le droit de la santé¹⁶³.

Un total de plus de 80 000 infirmières et médecins exerçaient leurs professions dans le réseau de la santé au Québec au moment de l'administration du questionnaire. Il y avait dans le groupe une nette prédominance des infirmières. En 2019-2020, 73 090 infirmières exerçaient la profession au Québec (avec 61 946 travaillant dans le réseau public de la santé)¹⁶⁴, tandis que l'on comptait 21 740 médecins au 31 décembre 2019 qui pratiquaient potentiellement en établissement à divers degrés¹⁶⁵. Dans l'optique d'un échantillonnage non probabiliste, pour avoir une possibilité de généraliser les résultats statistiquement valides, un taux de réponse élevé serait nécessaire. En présence d'un faible taux, tant la validité que la marge d'erreur ne pourraient être déterminées. Dans notre contexte, il semblait impossible d'atteindre un tel nombre de répondants ou d'analyser plus de 24 000 questionnaires... Même si un taux de réponse de 10 % nous donnait un nombre intéressant de répondants, soit 8000 au total, aucune généralisation ne pourrait se faire à partir de ces données.

Pour tenter de résoudre cette impasse méthodologique, nous avons choisi au moment du développement de la méthode de faire une inférence à partir de données internationales

¹⁶² Sicotte, D'Amour & Moreault, *supra* note 157.

¹⁶³ Hariharan et al, *supra* note 131; Bowal, *supra* note 138; Van McCrary & Swanson, « Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law », *supra* note 133; Van McCrary et al, *supra* note 133.

¹⁶⁴ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020: Le Québec et ses régions*, oiiq éd, Montréal, QC, 2020 aux pp 17 et 26.

¹⁶⁵ « Médecins actifs et inactifs », en ligne: *Collège des médecins du Québec* <<http://www.cmq.org/statistiques/repartition-generale.aspx?Lang=fr&an=2019>>.

portant principalement sur les connaissances juridiques sur la fin de vie. Ces études montraient un taux de connaissance adéquate du droit chez les médecins s'élevant à 23 %¹⁶⁶, 40,5 %¹⁶⁷ et 50 %¹⁶⁸. Si nous présumons que ces données étaient applicables pour la population à l'étude, nous pouvions les utiliser pour déterminer un niveau attendu de connaissance légale adéquate à 40 % pour les médecins et les infirmières. En présumant que cette connaissance était également répartie parmi notre population à l'étude, nous pouvions tenter de calculer un échantillon probabiliste aléatoire avec une marge d'erreur de 2 % et un intervalle de confiance de 95 %.

Ainsi, pour chaque population professionnelle, un échantillon valide aurait été de 2308 répondants pour les infirmières et 2145 pour les médecins. En s'attendant à un taux de réponse de 15 %, l'échantillonnage de départ devrait être de 15 387 invitations aléatoires pour les infirmières et 14 300 pour les médecins. Un nombre d'invitations et de questionnaires à analyser encore impressionnant, qui nécessitait pour sa réalisation une implication des acteurs organisationnels du réseau. Cette implication ne s'est malheureusement pas concrétisée, nous y reviendrons plus tard, mais, par souci de transparence, nous présentons dans les prochains paragraphes ce qui aurait dû être réalisé.

Après la détermination initiale de la taille de l'échantillon valide statistiquement pour l'ensemble du Québec, nous avons considéré l'importance d'assurer une représentativité

¹⁶⁶ Van McCrary & Swanson, « Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law », *supra* note 133 à la p 20.

¹⁶⁷ Van McCrary et al, *supra* note 133 à la p 369.

¹⁶⁸ Hariharan et al, *supra* note 131 Il faut noter que dans cette étude, l'évaluation était qualitative par les participants (est-ce qu'ils considéraient connaître le droit) et non pas factuel par le biais de questions comme dans les études précédentes.

régionale de l'échantillon. Pour ce faire, il aurait fallu alors ajouter une forme d'échantillonnage par grappe supplémentaire, en fonction des régions administratives. En effet, ce processus permettrait de s'assurer de la représentation équitable de toutes les régions en pondérant les invitations en fonction de celles-ci. Bien que les variables reliées directement à la CI soient toujours inconnues et que la réponse au questionnaire serait encore basée sur le volontariat, l'échantillon serait plus représentatif des populations étudiées. Ces calculs sont reproduits dans les tableaux 3 et 4 ci-dessous¹⁶⁹ :

Tableau 3: Échantillonnage population infirmière (basé sur les données de 2016-2017)

INFIRMIÈRES	NBRE	PONDÉRATION	échantillon désiré (2% marge)	invitation pondérée pour échantillon (2% marge)
01 Bas-Saint-Laurent	1586	3%	62	413
02 Saguenay-Lac-St-Jean	2327	4%	91	606
03 Québec - Capitale Nationale	7759	13%	303	2019
04 Mauricie-Bois-Francs	2063	3%	81	537
05 Estrie	2732	5%	107	711
06 Montréal	19397	33%	757	5048
07 Outaouais	1873	3%	73	487
08 Abitibi-Témiscamingue	1139	2%	44	296
09 Côte-Nord	734	1%	29	191
10 Nord du Québec	590	1%	23	154
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	871	1%	34	227
12 Chaudière-Appalaches	2433	4%	95	633
13 Laval	1922	3%	75	500
14 Lanaudière	2216	4%	87	577
15 Laurentides	2700	5%	105	703
16 Montérégie	7315	12%	286	1904
17 Nunavik et Terres Cries	1470	2%	57	383
TOTAL	59127	100%	2308	15387

¹⁶⁹ Ces calculs ont été fait à partir de la répartition des effectifs disponible pour 2016-2017 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2016-2017: Le Québec et ses régions*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017; « Répartition générale », en ligne: *Collège des médecins du Québec* <<http://www.cmq.org/page/fr/repartition-generale.aspx>>.

Tableau 4: Échantillonnage population médicale (basé sur les données de 2016-2017)

MÉDECINS	NBRE	PONDÉRATION	échantillon désiré (2% marge)	invitation pondérée pour échantillon (2% marge)
01 Bas-Saint-Laurent	513	3%	55	366
02 Saguenay-Lac-St-Jean	640	3%	68	456
03 Québec - Capitale Nationale	2386	12%	255	1702
04 Mauricie-Bois-Francs	636	3%	68	454
05 Estrie	920	5%	98	656
06 Montréal	6897	34%	738	4919
07 Outaouais	666	3%	71	475
08 Abitibi-Témiscamingue	335	2%	36	239
09 Côte-Nord	227	1%	24	162
10 Nord du Québec	136	1%	15	97
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	269	1%	29	192
12 Chaudière-Appalaches	818	4%	88	583
13 Laval	747	4%	80	533
14 Lanaudière	794	4%	85	566
15 Laurentides	999	5%	107	712
16 Montérégie	2697	13%	289	1923
17 Nunavik et Terres Cries	372	2%	40	265
TOTAL	20052	100%	2145	14300

Dans une situation idéale, les invitations auraient pu être envoyées aléatoirement à des adresses courriel issues des bases de données de chaque région, soit en passant par les ordres professionnels, soit en passant par les CISSS régionaux (cette dernière possibilité aurait nécessité un ajustement pour les régions de Montréal et de Québec, en raison de la cohabitation de plusieurs CISSS dans la même région administrative), soit en passant par diverses associations.

Pour rejoindre un tel échantillon dans une telle situation géographique, dans une situation idéale, le recrutement aurait dû se faire par le biais d'organisation nationale. Les

établissements de soins et le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) avaient été mis de côté d'emblée en raison du risque de biais qu'ils induisaient dans les réponses, particulièrement pour les infirmières. Les organisations idéales dans le contexte étaient donc les ordres professionnels. Celles-ci ont malheureusement refusé de participer, de distribuer le questionnaire ou de publiciser la recherche, en raison de leur politique interne respective. En raison de cette incapacité d'accéder à un distributeur neutre pour les professionnels, l'ensemble de notre échantillonnage qui nous aurait fourni des données statistiquement valides d'un point de vue quantitatif a été jugé après réflexion irréalisable dans le contexte d'une thèse définie dans le temps.

Étant donné qu'il s'agissait d'une première étude du genre au Québec, nous avons jugé qu'une approche non probabiliste de l'échantillonnage était justifiable. Après consultation du comité d'éthique, nous avons choisi d'utiliser deux formes de recrutement pour un échantillon de convenance : un affichage dans trois (3) centres hospitaliers ruraux dans trois (3) régions différentes (Innuulitsivik, Chibougamau, Maniwaki) et la publicisation dans deux groupes privés fermés sur le réseau social Facebook®. Les résultats de cet échantillon sont présentés en chapitre 4, incluant une discussion sur les limites intrinsèques que nous venons de présenter rapidement dans les paragraphes précédents.

2.6 Le consentement

Le processus de consentement fut fait en introduction du questionnaire. Compte tenu de l'anonymat complet du support informatique et de la neutralité des questions, nous avons considéré qu'une acceptation simple à participer après lecture du texte du consentement serait suffisante. Le texte rappelle aussi au participant le courriel de la personne

responsable du projet de recherche, s'il veut prendre contact. Pour favoriser la communication et la gestion des courriels, une adresse courriel propre au projet fut créée sur le serveur de l'Université de Montréal pour faciliter les communications. Cette adresse a été liée par règle interne au courriel institutionnel du chercheur qui pourra s'assurer d'un suivi auprès des participants qui le désiraient.

Ainsi, le processus de consentement se lisait comme suit :

Bienvenue sur le questionnaire en ligne D&CI en santé !

Ce questionnaire a pour objectif d'éclairer la relation entre l'encadrement juridique de la pratique professionnelle et la collaboration interprofessionnelle (ou pratique collaborative, collaboration interdisciplinaire).

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre d'un projet doctoral en droit sous la direction de Catherine Régis, de la Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politique de la santé et soutenu financièrement par le CRSH.

Le questionnaire comporte un total de 26 questions. Elles sont réparties en quatre pages : le consentement (ce que vous lisez en ce moment), la vision de la collaboration interprofessionnelle, la vision du droit et des questions démographiques (âge, votre région de travail, votre profession, etc.).

Ce questionnaire est complètement anonyme. Vos réponses seront impossibles à retracer et aucune donnée ne pourra vous identifier. Toutes les données seront analysées de manière groupée. L'important est de répondre, au meilleur de votre connaissance, aux différentes questions. Par la suite, ces données, une fois analysées, seront utilisées dans le cadre de la thèse doctorale et pour de possibles publications futures par la chercheuse, Marie-Andrée Girard.

La seule question obligatoire de ce questionnaire est celle qui est en bas de cette page, pour savoir si vous acceptez de participer. Il n'y a aucune obligation par la suite et vous pouvez quitter à tout moment en fermant votre navigateur internet ou en appuyant sur le bouton « Terminer ». Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : le but est d'avoir votre opinion.

Remplir ce questionnaire vous prendra 10-15 minutes environ. Si vous acceptez de participer, simplement confirmez en répondant « oui » à la question en bas et vous pourrez commencer à répondre au questionnaire.

Nous vous remercions de votre participation à notre étude !

Marie-Andrée Girard

Candidate au doctorat en droit, Université de Montréal

droit-et-ci-en-sante@umontreal.ca

Le texte était suivi d'une question de type oui/non pour documenter le consentement. La réponse affirmative à cette question ouvrait le questionnaire (amenait le participant à la seconde page) tandis que la réponse négative ouvrait directement la dernière page du questionnaire, comportant une phrase de remerciement.

2.7 L'analyse des données quantitatives et qualitatives

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel de statistiques SPSS® et les données qualitatives, à l'aide du logiciel NVivo®. Les données qualitatives ont été analysées par induction thématique et n'avaient pas de table de codage prédéfinie.

Les données descriptives de la population étudiée ont été analysées en premier lieu. Il s'agissait des données démographiques, avec leur moyenne, leur mode et leur médiane. Nous ne nous attendions pas nécessairement à une distribution normale des données d'où l'analyse en fonction de ces trois éléments. Les intervalles de confiance ont été déterminés si la taille de l'échantillon le permettait. Aussi, advenant la situation où la taille de l'échantillon de convenance serait suffisante, la relation entre les variables pourrait être évaluée avec les tests de Chi-carré pour les relations bivariées (une variable indépendante [ex. : expérience préalable avec le droit] et une variable dépendante [ex. : connaissance juste quant à la pose d'un diagnostic])¹⁷⁰, par test de Pearson r pour les coefficients corrélatifs (entre deux variables par intervalle, une indépendante [ex. : la corrélation entre la hiérarchisation des sources d'acquisition du droit] et une dépendante [ex. : le score attribué à la relation droit/CI]) et par *t-test*¹⁷¹ ou ANOVA¹⁷² pour les analyses de variance avec deux ou plus variables indépendantes.

Quant aux données qualitatives, elles ont fait l'objet d'une analyse de récurrence des concepts. La codification a été faite de manière inductive par le chercheur pour les questions n'ayant pas d'études qui nous permettraient d'avoir accès à des codes déjà validés, tandis que cette codification a été faite en utilisant des concepts juridiques dans les questions ouvertes de connaissances légales.

¹⁷⁰ Nardi, *supra* note 150 à la p 166.

¹⁷¹ *Ibid* à la p 186.

¹⁷² *Ibid* à la p 196.

Ces résultats sont présentés en chapitre 4 de cette thèse. Dans certaines situations pertinentes, ces résultats ont été mis en contraste avec les résultats de la méthode juridique, présentée en chapitre 3, pour tenter de souligner les convergences, divergences ou tout lien entre les éléments.

2.8 La conservation des données et des résultats

Finalement, les données brutes et les résultats d'analyse ont été conservés sur une clé USB cryptée, clé qui sera gardée sous clé. Un fichier de sauvegarde sera conservé 10 ans sur un ordinateur portable crypté et accessible uniquement au chercheur. L'utilisation subséquente de ces données sera sujette à perpétuité à une évaluation par le comité d'éthique approprié de l'Université de Montréal.

Conclusion de la partie 1

Étudier le lien entre CI et droit est une recherche de déchiffrement et de défrichage. Bien que les études actuelles nous amènent à considérer qu'il y a bel et bien un lien entre l'encadrement juridique et la pratique des professionnels quand ils collaborent, la manière dont ce lien s'articule demeure une boîte noire.

Car il ne s'agit pas seulement de savoir ce que dit le droit. La majorité des professionnels de la santé, comme les médecins et les infirmières, ne sont pas des juristes. On ne peut donc pas présumer que leurs actions seront basées sur une connaissance intime du droit positif. Cependant, on ne peut pas présumer du contraire non plus et supposer que les us et coutumes professionnels ne sont basés que sur des cultures professionnelles sans relation avec le cadre juridique. C'est pourquoi répondre à la question de l'impact de la connaissance du droit chez les professionnels de la santé sur la pratique collaborative nécessite une méthodologie combinant des approches en méthode mixte et séquentielle.

Décider de combiner une approche juridique avec une approche quantitative est ambitieux, mais ce type de méthodes mixtes est la seule qui peut nous donner l'information nécessaire sur le lien entre les connaissances en droit et l'attitude face la CI. Cette décision s'ancre dans une approche pragmatique de la recherche. Toutes les sources pertinentes issues des méthodes juridiques et des méthodes quantitatives avec sections qualitatives seront combinées dans l'analyse pour tenter de cerner les contours de cette boîte noire, mais aussi de révéler une partie de son contenu. En premier lieu, la détermination et l'analyse du droit applicable nous permettront de statuer sur ce que dit le droit, mais aussi sur ce que devraient

savoir les professionnels. En second, l'étude de ce que les professionnels savent de leur côté nous permettra d'avoir un portrait juste de la réalité québécoise, mais aussi de voir les concepts principaux qui influencent la pratique collaborative des individus.

Notre recherche se veut un premier travail pour aider les communautés juridique, médicale et infirmière à mieux comprendre cette articulation entre le juridique et la pratique de la CI. Ainsi, nous avons l'espoir de pouvoir favoriser cette pratique qui se veut une innovation pour notre système de soins de santé, en permettant une identification juste des facteurs légaux à moduler pour la favoriser.

PARTIE 2 : LES RÉSULTATS

Cette partie aura pour objectif de mettre en lumière le lien entre l'encadrement juridique québécois applicable à la CI et la connaissance de cet encadrement par les professionnels. Comme nous l'avons vue dans la première partie de cette thèse, les aspects législatifs, politiques et de gouvernance influent sur la réussite de la CI ; ce lien a déjà été bien établi¹⁷³. Cependant, il n'est pas clair comment ce lien s'articule étant donné qu'aucune recherche n'a jusqu'à maintenant mis en parallèle les notions juridiques et les notions normatives exprimées par les professionnels. C'est ce que nous tenterons de faire à l'occasion des prochains chapitres.

Eu égard à notre cadre théorique, tous les éléments de contrôle des comportements des professionnels, qu'ils soient de nature légale, réglementaire ou organisationnelle, seront discutés, en respectant leur importance respective. En effet, la théorie de la managérialisation du droit met l'accent sur les acteurs non-juristes (professionnels de la santé, gestionnaires, cadres intermédiaires) dans la mise en œuvre des normes : la classification de ces normes a donc moins d'importance que l'impact relatif de chaque élément tel que donné par l'acteur qui met en œuvre la norme. Du fait de la présomption que le droit s'applique uniformément dans la province, notre analyse primaire a mis l'emphase sur les normes dites juridiques, en incluant tous les éléments pertinents issus du

¹⁷³ Voir à ce sujet partie 1 de cette thèse. Le lecteur peut aussi parcourir les essais de Vanessa Roy, *Les Obstacles Juridico-politiques à la Collaboration Interprofessionnelle en santé et la nécessité de revoir certains modes de gouvernances prévus dans la LSSSS* (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 2017) [unpublished]; et Patrick Garon-Sayegh, *QUEBEC PROFESSIONAL LAW AS AN OBSTACLE TO INTERPROFESSIONAL CARE* (Mémoire de maîtrise, McGill, 2016) [unpublished].

droit civil, du droit professionnel et du droit régissant la structure organisationnelle. Ainsi, cette partie permettra, au travers de deux chapitres, de souligner de quelle manière le droit est appréhendé par les cliniciens et ainsi de faire le lien entre le droit tel qu'édicte et sa mise en œuvre par les cliniciens laquelle dépend largement de leur réalité subjective.

Le premier chapitre, le chapitre 3, débutera par l'étude des balises juridiques, en mettant l'emphase sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels qui encadrent la CI au Québec. Ce portrait juridique permettra d'ancrer les réflexions issues des niveaux macro et méso du modèle d'analyse de la CI par Mulvale et coll.¹⁷⁴ dans la réalité québécoise¹⁷⁵. Nous reconnaissons que toutes les différentes équipes de soin peuvent avoir une relation différente avec le système de soins de santé en fonction de leur réalité de pratique, ce qui peut influencer sur les normes à respecter et à prioriser. Cependant, les grands principes qui déterminent la CI, tels que présentés en partie 1, restent applicables à toutes les situations et serviront de base à l'organisation des prochaines discussions. C'est pourquoi ce chapitre sera regroupé autour de quatre (4) grands axes de réflexion. Le premier sera l'étude juridique des aspects relatifs à la relation entre les groupes professionnels et leurs activités professionnelles, puisque ces relations touchent directement l'intégration des activités professionnelles menant à la décision clinique et la clarté des rôles. Le second sera l'étude juridique des relations de pouvoir ou de contrôle entre les professionnels ce qui affecte l'interdépendance positive des professionnels. Le troisième sera l'étude juridique des responsabilités partagées entre les professionnels de l'équipe, tant du point de vue

¹⁷⁴ Mulvale, Embrett & Razavi, « 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care », *supra* note 3.

¹⁷⁵ Ce modèle a l'avantage de mieux reconnaître les différents niveaux de normativité allant des aspects législatifs à la culture organisationnelle, en passant par les aspects réglementaires et la gouvernance. Roy, *supra* note 173 à la p 18.

professionnel que du point de vue de la responsabilité civile. Finalement, le quatrième sera l'étude juridique des aspects relatifs au contrôle sur l'épisode de soins ce qui influe sur le leadership adapté aux besoins du soigné.

En reconnaissant l'application simultanée des différents aspects juridiques dans l'ensemble des relations que bâtissent les soins entre eux et avec le patient, le premier chapitre de cette partie se concentrera sur l'ensemble du droit. Comme la managérialisation du droit nous l'enseigne¹⁷⁶, l'application même par les professionnels de la santé des concepts juridiques modifie l'influence du droit. Ainsi, en reconnaissant l'importance du clinicien comme élément final déterminant la mise en œuvre du juridique dans le contexte de soin, le dernier chapitre de cette partie, le chapitre 4, étudiera plus spécifiquement le clinicien, le professionnel qui, bien qu'il se doive de respecter l'ensemble de ces normes, doit les connaître et les comprendre pour ensuite les appliquer. À l'aide de données empiriques, ce dernier chapitre analysera le professionnel clinicien comme un élément clé de la managérialisation du droit en décrivant ses connaissances légales, une partie du processus d'acquisition de ses connaissances et sa compréhension, sa position face à l'ensemble de ces normes¹⁷⁷.

¹⁷⁶ Voir chapitre 1 de cet ouvrage et plus particulièrement Wagenaar & Burris, *supra* note 76; Kellogg, *supra* note 35; Heimer, « Competing Institutions », *supra* note 61.

¹⁷⁷ Lahey & Currie, *supra* note 143.

Chapitre 3 : L'analyse de l'encadrement normatif de la collaboration interprofessionnelle

Lorsqu'on s'intéresse aux normes régissant la collaboration interprofessionnelle (CI), on constate que cette CI est un concept difficile à concilier avec le droit, et ce, pour plusieurs raisons.

La première raison est avant tout technique. L'ensemble de notre droit civil et professionnel est basé sur la notion de personnalité juridique, de justiciable. En vertu des articles 1 et 298 à 301 du Code civil du Québec, tout être humain¹⁷⁸ ou toute personne morale constituée par une loi ou dans le cadre d'une loi a cette personnalité¹⁷⁹. Cette personnalité juridique rend ainsi apte les personnes physiques et morales à être titulaire de droits et d'obligations. Or, la première difficulté en matière de CI est que toutes les équipes de soin qui se créent dans les établissements de santé, même celles existant historiquement dans un établissement de soins chroniques, n'existent pas d'un point de vue juridique¹⁸⁰. L'équipe de soin ne possède donc pas la personnalité juridique faute d'être constituée en personnalités morales de plein droit comme le sont les entreprises ou les établissements de soins. Elle ne devient donc pas, de facto, une justiciable au sens des lois québécoises, indépendante des personnes physiques qui la composent ou de la personne morale de droit

¹⁷⁸ *Code civil du Québec*, CQLR CCQ-1991, art 1.

¹⁷⁹ *Ibid*, art 298 à 301.

¹⁸⁰ En fait, les individus sont des justiciables mais pas les équipes. Voir à ce sujet Leroux, Jean-François, *La responsabilité médicale dans le contexte de la médecine multidisciplinaire: d'une responsabilité individualisée vers une responsabilité collective*, Cowansville (Québec), Blais, 2011 à la p 4.

public qu'est l'établissement de soins de santé¹⁸¹. En conséquence, l'équipe de soin ne pourra pas voir sa responsabilité engagée en tant que personne morale et l'évaluation de sa responsabilité, par exemple en cas de survenue d'un dommage lié aux soins, reposera sur l'évaluation des personnes physiques qui composent l'équipe et non pas sur l'équipe en tant que telle. Dans un tel contexte, il est difficile de réellement valoriser et distinguer le travail de l'équipe de soins, plutôt que la contribution individuelle de chacun des membres de celle-ci.

La deuxième raison est que notre système professionnel, notre système de soins de santé et même notre système de droit civil sont conçus sur la base de l'individualisme, du monoprofessionnalisme en santé¹⁸². Du point de vue de chacun de ces systèmes, chaque profession y est définie, déterminée et une part des soins à délivrer et des responsabilités y afférant est attribuée à chacune de ces professions¹⁸³. Cette attribution s'accompagne, comme nous le verrons plus loin, d'une hiérarchisation des professions en fonction de l'ampleur de leurs champs de pratique et des responsabilités administratives ou managériales que le droit leur confère. Cette attribution d'une part des soins et des

¹⁸¹ Jean-Louis Baudouin, Patrice Deslauriers & Benoît Moore, *La responsabilité civile*, 8e édition éd, Cowansville, Québec, Canada, Éditions Yvon Blais, 2014 aux para 1-157; Patrice Garant, Philippe Garant & Jérôme Garant, *Droit administratif*, 7e édition. éd, Montréal, Québec, Canada, Éditions Yvon Blais, 2017 à la p 131.

¹⁸² Safriet, *supra* note 4 à la p 304.

¹⁸³ Nous discuterons plus en détails des différents systèmes québécois dans les chapitres suivant. Voir à ce propos Nola M Ries, « Law matters: How the legal context in Canada influences interprofessional collaboration » (2017) 31:4 *Journal of Interprofessional Care* 417-419; 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; Lahey, *supra* note 34; Lahey, Currie & Lafferty, *supra* note 143; William Lahey, « Legislating Interprofessional Regulatory Collaboration in Nova Scotia » (2013) 1:1 *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé*, en ligne: <<https://escarpmentpress.org/hro-ors/article/view/1183>>; Lahey & Currie, *supra* note 143.

responsabilités y afférant à chaque profession de santé se caractérise par sa rigidité. À l’opposé, la CI repose sur une porosité des limites, une continuité et une souplesse ainsi qu’une minimisation de la hiérarchie dans l’échange clinique et la répartition des leaderships¹⁸⁴.

Ce monoprofessionnalisme a une certaine base historique. En effet, la majorité des lois (voir tableau 5) encadrant la pratique professionnelle dans le domaine de la santé ont été conçues à une époque où les professions apparaissaient sous la domination évidente du savoir médical¹⁸⁵. Ce contexte de création, les professions naissant en opposition à la profession médicale et poussant pour une détermination de leur champ d’expertise propre¹⁸⁶, peut avoir influencé le législateur à centrer l’encadrement juridique des professionnels de la santé dans leur champ de savoir spécifique plutôt que sur l’équipe de soins interprofessionnelle¹⁸⁷.

¹⁸⁴ Voir à ce sujet le premier chapitre de cet ouvrage.

¹⁸⁵ Voir à ce sujet Facal, *supra* note 52; Louis Demers, « La Profession médicale et l’État » dans Vincent Lemieux et al, dir, *Le Système de santé au Québec: organisations, acteurs, enjeux*, Presses de l’Université Laval, 2009 261.

¹⁸⁶ Voir à ce sujet les travaux complets de Abbott, *supra* note 9.

¹⁸⁷ Entre autres, voir les travaux dans *Rapport de la Commission d’enquête sur la santé et le bien-être social*, by Claude Castonguay & Gérard Nepveu, Droit - GKBF Q3s, Québec, [Québec : Éditeur officiel du Québec], 1967.

Tableau 5: Les dates de création ayant un impact sur la pratique en CI en santé

	Entrée en vigueur
Environnement de pratique (structure externe, organisation)	
Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)	1971 (refondue en 1991)
Loi sur l'assurance-maladie	1970
Loi sur l'assurance-hospitalisation	1964
Encadrement de la pratique (structure interne, contenu)	
Code des professions	1973 (modifié en 2002 et 2009)
Loi médicale	1973
Loi sur les infirmières et les infirmiers	1973
Code civil du Québec	1991

Cela étant dit, notre analyse laissera de côté les aspects sociologiques et historiques des fondements de la législation régissant les professions médicales. Sans nier leur pertinence, ils débordent du propos de ce texte. Dans le travail qui nous occupe, nous aurons comme objectif de regarder la norme telle qu'elle existe de nos jours et tel qu'elle encadre la pratique des soignants, ce qui comprend majoritairement, mais pas exclusivement le droit positif québécois. Ce prisme d'évaluation est principalement lié à un désir de concordance avec le cadre théorique choisi. La connaissance du droit et la position des professionnels face au droit sont des notions importantes de la managérialisation du droit par les professionnels de la santé dans un contexte de CI ; dans ce contexte, le plus important est le droit contemporain et les normes actuelles, peu importe leurs conditions de création.

Comment alors notre droit québécois encadre-t-il la CI ? Nous présenterons dans les prochaines pages l'analyse juridique de la CI en commençant par exposer les aspects juridiques pouvant affecter la relation entre les groupes professionnels, l'activité de cesdits groupes ainsi que leur rôle respectif dans le continuum de soin. Nous poursuivrons par discuter des relations de pouvoir ou de contrôle entre les professionnels ce qui affecte leur

interdépendance, un élément contributif de la CI. Ces relations interprofessionnelles nous amèneront à discuter des responsabilités civiles et professionnelles partagées entre les professionnels de l'équipe, un élément central dans la bonne fonction de la CI. Finalement, nous nous intéresserons au contrôle sur l'épisode de soins ce qui influence le leadership adapté aux besoins du soigné.

Section 1 : La relation entre les groupes professionnels et leur relation dans leur activité et leurs rôles

Dans le système de soins québécois, plusieurs normes conditionnent les relations entre les professionnels et tous ces éléments ont un potentiel d'influence sur la CI. Le premier et principal élément est le système professionnel en lui-même. Comme nous l'avons vu en introduction, ce système jugé révolutionnaire dans les années 1970 lors de sa création a permis de mettre en place un terrain techniquement fertile pour la collaboration entre les ordres professionnels¹⁸⁸. Cependant, malgré des modifications majeures au début des années 2000 pour tenter de remettre la collaboration entre les acteurs et le citoyen au centre du système¹⁸⁹, le système professionnel reste souvent un élément cité comme un facteur

¹⁸⁸ *Optimisation des champs d'exercice: De nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé*, comité d'expert, by S Nelson et al, comité d'expert, Académie canadienne des sciences de la santé, 2014 à la p 60.

¹⁸⁹ Jean-Bernard Trudeau et al, « 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 263; Raymond Hudon, Élisabeth Martin & Maxime Perreault, « Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure » (2009) 50:2 *Recherches sociographiques* 321 aux pp 323-324; Québec (Province), Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux & Clair, *supra* note 7.

limitant la CI¹⁹⁰. Nous tenterons dans les prochains paragraphes de décortiquer les divers éléments du système professionnel ayant un impact reconnu ou potentiel sur la CI en commençant par la clé de voûte du système : les champs de pratique. Nous poursuivrons ensuite en analysant les mécanismes de souplesse liés aux champs de pratique et aux activités réservées, le partage d'activité et le certificat de spécialiste. Ces trois éléments (champs de pratique, partage d'activité et certificat de spécialiste) n'empêchent cependant pas la survenue de conflits entre les professionnels ou entre les ordres et nous nous intéresserons donc aussi à la gestion de ces conflits dans un contexte de pratique en CI. Finalement, les silos professionnels en santé ne se limitent pas qu'au système professionnel en tant que tel et cette section se terminera par l'étude des directions professionnelles et conseils professionnels dans l'établissement de soins.

Section 1.1 Le champ de pratique, clé de voûte de la relation entre les groupes professionnels

Le Code des professions (ci-après CP) est issu d'une évaluation faite des systèmes professionnels existants dans les années 1970 du point de vue international, mais aussi de la description de la réalité québécoise d'alors¹⁹¹. Le désir de maintenir une structure souple était déjà présent et le gouvernement a choisi d'utiliser un outil législatif commun pour toutes les professions : une loi parapluie pour souligner l'importance du terrain commun, particulièrement en santé, plus que l'importance des différences des groupes déjà établis,

¹⁹⁰ San Martin-Rodriguez L. et al, *supra* note 30; Catherine Dower, Jean Moore & 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; Garon-Sayegh, *supra* note 173.

¹⁹¹ Castonguay & Nepveu, *supra* note 187 vol 7-1.

une loi-cadre qui devait permettre au système d'évoluer et de s'adapter, ce qui devait techniquement favoriser la CI¹⁹². Une innovation pour l'époque¹⁹³. Cependant, la création du droit étant le résultat de compromis, cette volonté d'homogénéiser la gestion des professions a été influencée par plusieurs groupes corporatistes¹⁹⁴ : en résulte l'hybride que nous avons depuis lors.

En effet, toutes les professions ne sont pas égales et les professions ne sont pas régies uniquement par le CP. Les professions à titre réservé se retrouvent intégrées et régies par le CP lui-même : comme leur nom l'indique, aucune activité ni aucun champ d'exercices légal ne leur est proprement exclusif, que l'usage du titre¹⁹⁵. Les professions d'exercice exclusif, elles, dont la liste exhaustive se trouve à l'article 32 du CP¹⁹⁶, ont la particularité d'exister légalement en dehors du CP par le biais de lois habilitantes qui leur sont propres.

¹⁹² Nelson et al, *supra* note 188 à la p 60.

¹⁹³ Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 au para 25.

¹⁹⁴ Hudon, Martin & Perreault, *supra* note 189; Michelle Proulx, Danielle D'Amour & Dominique Tremblay, « Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical » (2009) 502 *Recherches sociographiques* 301-320.

¹⁹⁵ *Code des professions*, *supra* note 13, art 27.

¹⁹⁶ *Ibid*, art 32 qui stipule que « Nul ne peut de quelque façon prétendre être avocat, notaire, médecin, dentiste, pharmacien, optométriste, médecin vétérinaire, agronome, architecte, ingénieur, arpenteur-géomètre, ingénieur forestier, chimiste, technologue en imagerie médicale, technologue en radio-oncologie ou technologue en électrophysiologie médicale, denturologiste, opticien d'ordonnances, chiropraticien, audioprothésiste, podiatre, infirmière ou infirmier, acupuncteur, huissier de justice, sage-femme, géologue ou comptable professionnel agréé ni utiliser l'un de ces titres ou un titre ou une abréviation pouvant laisser croire qu'il l'est, ou s'attribuer des initiales pouvant laisser croire qu'il l'est, ni exercer une activité professionnelle réservée aux membres d'un ordre professionnel, prétendre avoir le droit de le faire ou agir de manière à donner lieu de croire qu'il est autorisé à le faire, s'il n'est titulaire d'un permis valide et approprié et s'il n'est inscrit au tableau de l'ordre habilité à délivrer ce permis, sauf si la loi le permet. ».

C'est l'effet de l'article 26 du CP¹⁹⁷. Ainsi sont nés officiellement dans le paysage législatif les silos professionnels au Québec¹⁹⁸.

Les silos, en plus d'être culturels, deviennent législatifs : la plupart des professions en santé, notamment les médecins et les infirmières qui nous préoccupent dans ce travail, sont encadrées par des lois spécifiques, soit respectivement la Loi médicale (ci-après LMed)¹⁹⁹ et la Loi sur les infirmières et les infirmiers (ci-après LII)²⁰⁰, et leurs ordres sont habilités en fonction de ces lois autant qu'en fonction du CP. Toute réforme ou refonte majeure, comme les lois 33 et 28, respectivement en 2002²⁰¹ et 2009²⁰², doivent alors modifier ce double fondement législatif. Bien qu'il faille considérer comme de véritables efforts pour intégrer la CI ces deux lois modifiant le CP, la LMed et la LII²⁰³, l'équation « profession à activités réservées = loi habilitante = exclusivité des activités » entrave considérablement toute refonte de ces professions ainsi que le transfert interdisciplinaire des compétences et activités cliniques des professionnels entre ces deux professions. Il ne reste alors aux ordres professionnels que l'outil réglementaire pour tenter d'insuffler un

¹⁹⁷ *Ibid*, art 26 qui stipule que « Le droit exclusif d'exercer une profession ne peut être conféré aux membres d'un ordre que par une loi; un tel droit ne doit être conféré que dans les cas où la nature des actes posés par ces personnes et la latitude dont elles disposent en raison de la nature de leur milieu de travail habituel sont telles qu'en vue de la protection du public, ces actes ne peuvent être posés par des personnes ne possédant pas la formation et la qualification requises pour être membres de cet ordre. ».

¹⁹⁸ Voir à ce sujet l'arrêt *Pauze v Gauvin*, [1954] SRC 15.

¹⁹⁹ *Loi médicale*, RLRQ c M-9.

²⁰⁰ *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ c I-8.

²⁰¹ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, LQ 2002 c33.

²⁰² *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, LQ 2009 c28.

²⁰³ Trudeau et al, *supra* note 189; Jean-Bernard Trudeau, Pierre Desjardins & Alain Dion, « Psychothérapie – Un encadrement nécessaire et légalement reconnu au Québec » (2015) 40:4 Santé mentale au Québec 31.

peu de flexibilité dans la pratique de leur profession : si l'on ne peut permettre au professionnel A d'acquérir des compétences relevant de la profession B, au moins pouvons-nous autoriser les professionnels A à exercer certaines activités de la profession B sans leur permettre de prétendre en fonction de leur compétence aux activités réservées à B. C'est une porosité active et contrôlée qui est essentielle alors que les experts reconnaissent que « la capacité juridique » d'ouvrir les rôles et de permettre la « pratique avancée » est centrale à la CI et la viabilité du système de soins de santé²⁰⁴.

Cette porosité active est récente au Québec : elle n'existe que depuis l'adoption de la loi 33 (mieux connu dans le monde des professions de la santé sous le sobriquet « projet de loi 90 », ci-après PL90/L33)²⁰⁵ qui fut vu à juste titre comme une évolution fortement nécessaire²⁰⁶. Avant les modifications législatives apportées par le projet de loi adopté en 2002, bien des acteurs du réseau constataient alors le non-sens qu'étaient devenus les champs de pratique exclusifs²⁰⁷. Cette modification, en mettant l'accent sur l'exclusivité des activités plutôt que sur les champs de pratique, a permis finalement la superposition d'exercices et le partage entre plusieurs ordres de certaines activités. C'était alors un premier pas vers la reconnaissance de la notion de partage comme le soulignent les auteurs :

La Loi marque un changement significatif dans la dynamique professionnelle. D'une part, les champs d'exercices permettent de mieux saisir le domaine de compétence de chaque profession. D'autre part, les activités réservées sont largement partagées entre les différentes professions.²⁰⁸

²⁰⁴ Nelson et al, *supra* note 188 à la p 59; Roy, *supra* note 173 à la p 11.

²⁰⁵ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, *supra* note 201.

²⁰⁶ Trudeau et al, *supra* note 189 à la p 266.

²⁰⁷ *Ibid* à la p 269.

²⁰⁸ *Ibid* à la p 270.

Ces activités maintenant partagées légalement ne signifient pas cependant une fusion entre les professions ou entre les compétences des différents professionnels, car elles doivent toujours être interprétées à la lumière des champs de pratique descriptifs comme le soulignent les auteurs Trudeau, Grandmont, Lafrance et Poitras :

Cette nuance est importante puisque les activités réservées sont généralement partagées entre professionnels de différents ordres, mais elles n'ont pas la même portée pour chacun d'eux puisqu'elles doivent s'inscrire dans les paramètres fixés par les champs d'exercices respectifs.²⁰⁹

L'effet sur les médecins et les infirmières du PL90/L33 se fait principalement par le biais des lois habilitantes des professions du système de soins de santé comme la LMed et la LII²¹⁰. Ces deux lois ont une architecture semblable et nous les traiterons ensemble. La grande innovation du PL90/L33 à leur sujet est de modifier les articles centraux qui définissaient par le passé les champs exclusifs des professions de médecin et d'infirmière. Ces articles (LMed a.31 et LII a.36) débutent, depuis la mise en œuvre du PL90/L33, par un alinéa portant sur la description simple des champs d'exercices (« L'exercice infirmier consiste à (...) »²¹¹, « L'exercice de la médecine consiste à (...) »²¹²) puis se poursuivent en statuant les activités réservées (« Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier (...) »²¹³, « Dans le cadre de

²⁰⁹ *Ibid* à la p 267.

²¹⁰ Nous nous intéresserons ici principalement aux lois s'appliquant aux médecins et aux infirmières par soucis de clarté et aussi parce que, d'un point de vue de la collaboration interprofessionnelle en santé, ces deux professions sont présentes dans la majorité des équipes interprofessionnelles.

²¹¹ *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, *supra* note 200, art 36 al 1.

²¹² *Loi médicale*, *supra* note 199, art 31 al 1.

²¹³ *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, *supra* note 200, art 36 al 2.

l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes (...) »²¹⁴). Par ces modifications, le législateur favorise la porosité dans les champs de pratique : ces champs deviennent maintenant descriptifs avec des activités réservées. Cette modification peut paraître banale, mais elle formalise entre autres les notions d'activités exclusives, mais communes, de partage d'activités et de superposition des champs d'exercices tant et aussi longtemps qu'il n'y a pas d'exécution d'activité réservée unique à une profession et non partagée. En fait, cette nouvelle possibilité de partage d'activité a probablement *légitimé* une pratique qui avait lieu dans certaines situations et a évité à certaines infirmières des poursuites pour pratique illégale de la médecine²¹⁵. Cette réforme des professions s'est faite au grand bénéfice de la CI sur le terrain, en permettant au droit d'être plus conforme à la réalité clinique en santé, comme les auteurs Hudon, Martin et Perreault le soulignent :

Dans certains cas, les professionnels avaient développé la compétence pour pratiquer des actes qui ne leur étaient pas autorisés ; il ne pouvait en résulter qu'une sous-optimalisation du savoir-faire de plusieurs professionnels. Par contre, la réalité du travail quotidien amenait certains professionnels à poser des actes qui leur étaient légalement interdits et, ainsi, contrevenir directement au Code des professions. En toute logique, le rapport a conclu que la santé serait mieux servie par des pratiques interdisciplinaires (...) ²¹⁶

Aussi, depuis cette ouverture du PL90/L33, les tribunaux, en s'appuyant sur la jurisprudence déjà existante de *Pauzé c. Gauvin*²¹⁷, interprète les termes des activités, dont le diagnostic entre autres, de façon restrictive, permettant ainsi à plusieurs professionnels de maximiser leur champ de pratique soit par rapport à la médecine²¹⁸ ou soit par rapport

²¹⁴ *Loi médicale, supra* note 199, art 31 al 2.

²¹⁵ Hudon, Martin & Perreault, *supra* note 189 à la p 324.

²¹⁶ *Ibid.*

²¹⁷ *Pauze v. Gauvin, supra* note 198.

²¹⁸ *Association des chiropraticiens du Québec c Office des professions du Québec*, [2005] QCCA 189.

à d'autres ordres professionnels²¹⁹ sans pour autant minimiser l'importance du Code des professions²²⁰.

En revanche, peut-on en conclure que ces mécanismes amènent à la CI ? Il semble clair que c'était dans l'intention du législateur²²¹. Dans la réalité clinique, certaines actions sont maintenant belles et bien faites en toute légalité par plus de professionnels, mais celles-ci ne sont pas des indicateurs directs de collaboration. Ces modifications permettent un meilleur partage des responsabilités dans le soin et ont l'avantage de proposer des tâches claires, dans les limites des activités réservées. Cependant, dans le contexte de la loi, le pouvoir médical central peut déléguer sans nécessairement créer une structure favorisant l'intégration des acteurs sur le terrain : nous verrons plus loin que c'est en effet partiellement le cas. Il faut admettre que c'est un effort louable d'ouverture et reconnaître que « [les] ordres professionnels du secteur de la santé, affichent généralement une ouverture manifeste à l'égard de la CI et, dans la réalité et la diversité de leurs actions au quotidien, vont régulièrement chercher à la soutenir avec les outils dont ils disposent.²²²»

²¹⁹ *Ordre des podiatres du Québec c Auger*, [2002] CanLII 38960; *Thomas c Chiropraticiens (Ordre professionnel des)*, [2000] RJQ 625, AZ-50069797; EYB 2000-16636.

²²⁰ Le juge Tôth, dans un jugement de la Cour supérieur, a rejeté le jugement de *Collège des médecins du Québec c Galipeau*, [2007] QCCQ 6585; notant que l'erreur de droit est de limiter l'analyse aux termes utilisés et non au fait. Il mentionne ainsi que le fardeau de la preuve des ordres n'est pas celui de prouver l'intention et que le jugement de la Cour du Québec a imposé un fardeau trop grand au poursuivant. Voir à ce sujet *Collège des médecins du Québec c Galipeau*, [2008] QCCS 2983.

²²¹ Voir entre autres l'opinion de L'Hon. François Thôt dans *Collège des médecins du Québec c. Galipeau*, *supra* note 220 au para 12.

²²² Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 à la p 216.

En effet, les modifications apportées par le PL90/L33, et plus récemment par l'adoption de la loi 28 en 2009 en santé mentale (ci-après PL21/L28)²²³, n'ont pas remis en question la structure elle-même des lois habilitantes avec leur champ de pratique unique à chaque profession et des structures rigides de parcours entre les professions. L'effet de ces modifications est encore fortement dépendant de la volonté des groupes corporatistes et organisations en place de favoriser la CI. C'est peut-être ce qui fait que la flexibilité attendue des PL90/L33 et PL21/L28 a simplement permis de régulariser une tension entre différents groupes sans vraiment développer le CP et les lois professionnelles habilitantes à leur plein potentiel interprofessionnel.

Section 1.2 Le partage d'activité et le certificat de spécialité comme outils de flexibilité

Nous venons de voir brièvement que les modifications du CP depuis le début des années 2000 ont eu pour résultat notable d'insuffler un peu de flexibilité dans le système professionnel. Cette ouverture s'est faite par le biais de deux outils : la réforme de la délégation d'actes pour en faire un système de partage d'activités et l'ouverture du principe de certificat de spécialiste. Ces deux mécanismes, bien qu'ils aient le même effet final sur la flexibilité, ont des objectifs différents et on peut analyser séparément leur effet potentiel sur la pratique interprofessionnelle des soignants au Québec.

²²³ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, supra note 202.*

Section 1.2.1 Le partage d'activité comme outils de porosité entre les professions

Actuellement, les deux ordres professionnels les plus imposants en termes d'activités réservées, médecine et science infirmière, sont en position de « donneur universel » c'est-à-dire que leur champ de pratique et leurs activités réservées sont tellement vastes²²⁴ qu'ils ne sont quasiment jamais en position de demande face à un autre ordre professionnel. Ceci est particulièrement vrai pour l'ordre professionnel des médecins, comme le souligne Safriet :

Among these professional groups, however, only physicians are free of the burden of having to reconcile their clinical abilities and their legal authority. That is, they have a monopoly on authority, if not ability.²²⁵

Le partage d'activité est avant tout un outil de gestion des monopoles des ordres professionnels et de gestion de voisinage entre ceux-ci²²⁶. Dans l'ensemble des règlements de partage d'activités, l'accent n'est pas mis sur la compétence spécifique des acteurs - on n'y demande pas de stage d'évaluation pour savoir si le professionnel est compétent à agir par exemple -, mais plutôt de titre professionnel, vu comme une preuve de compétence de l'individu. Prenons le cas du *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent*

²²⁴ Linda Bélanger et al, « Partager des activités professionnelles pour mieux collaborer » *Service de la formation continue du Barreau du Québec, 2019* (2019) à la p 5 « (...) la profession infirmière dispose de 17 activités qui sont réservées aux membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (ci-après l'OIIQ), alors que la profession médicale en compte 12. ».

²²⁵ Safriet, *supra* note 4 à la p 305.

²²⁶ Hudon, Martin & Perreault, *supra* note 189; Jean-Guy Villeneuve, « L'exercice illégal, tenants, aboutissants et troubles de voisinage professionnel » dans *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire* Service de la Formation Continue du Barreau du Québec, Cowansville (Québec), Yvon Blais, 2009 1.

*être exercées par une infirmière et un infirmier*²²⁷. Il y est question des activités médicales que l'infirmière peut faire concernant les soins de plaie, les activités liées à la santé publique et la prise en charge initiale de certains problèmes courants. Dans ce règlement, les articles 7 et 8 spécifient les infirmières visées par le règlement. Il y est question des diplômes pertinents²²⁸, des formations à suivre,²²⁹ mais aucunement de l'évaluation des compétences ou de la capacité de l'infirmière à faire le geste. Il n'est pas question de pratique clinique (sous forme d'évaluation en présentiel), mais d'acquis théorique (membre de l'ordre, formation de 2 heures supplémentaires). Ainsi, le titre présume de la compétence sans que celle-ci soit évaluée spécifiquement.

Bien que ce règlement ne soit qu'un exemple, nous verrons plus loin en détail que les règlements de partage d'activité ont une certaine structure commune²³⁰. La réglementation n'est pas centrée sur l'individu ayant à réaliser l'activité partagée, mais sur une classe de professionnel pouvant effectuer ladite activité à partir de la publication du règlement qui s'appliquerait à lui. Pour évaluer une situation clinique problématique en lien avec un tel partage d'activité, les tribunaux doivent donc se focaliser sur trois questions :

- 1) est-ce que l'activité est réservée exclusivement à un groupe,
- 2) dans l'affirmative, est-ce que l'activité est l'objet d'un partage par ce groupe à un autre groupe d'individu, selon certains paramètres,

²²⁷ *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*, RLRQ c M-9, r 12001.

²²⁸ *Ibid*, art 7.

²²⁹ *Ibid*, art 8.

²³⁰ Voir section 2.0 du présent chapitre

- 3) dans la négative, le geste évalué peut-il être construit comme faisant partie des activités d'une autre profession au champ limitrophe²³¹ ?

Ainsi, dans le cas où des professionnels reconnus s'opposent sur des activités pouvant être construites comme faisant partie des deux champs de pratique descriptifs, les tribunaux sont très frileux à attribuer l'exclusivité d'une activité ou d'une portion du champ à une seule profession²³², ce qui est excellent pour la CI. Cependant, lorsqu'il s'agit d'un non-professionnel, la nature de l'activité en lien avec la compétence de l'individu dans la réalisation de celle-ci ne semble pas pertinente lorsqu'il est question de gérer la problématique sur le plan disciplinaire, et ce, même dans l'instruction de la plainte. On présume incompétente la personne qui n'a pas le titre professionnel étayant sa compétence. Parfois, cette présomption peut être difficile à contester, comme dans le cas d'une adjointe administrative appliquant une colle biologique sur la paupière d'un enfant²³³. Toutefois, il existe des situations où la compétence de l'individu aurait pu être plus clairement évaluée par le tribunal plutôt que de simplement se référer à l'inadéquation du titre professionnel, comme celui des infirmières auxiliaires exerçant certains actes relevant des activités réservées aux infirmières²³⁴. Cette approche des tribunaux « bureaucratise » en quelque sorte le soin et on oublie l'étape cruciale de la détermination de la compétence de

²³¹ Voir à ce sujet entre autres *Ordre des podiatres du Québec c. Auger*, supra note 219; *Thomas c. Chiropraticiens (Ordre professionnel des)*, supra note 219; *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Perreault*, [2007] CanLII 82921; *Duval c. Tribunal des professions*, [2010] QCCS 339; *Collège des médecins du Québec c. Galipeau*, supra note 220; *Association des chiropraticiens du Québec c. Office des professions du Québec*, supra note 218.

²³² *Thomas c. Chiropraticiens (Ordre professionnel des)*, supra note 219 où un physiothérapeute a été acquitté de pratique illégale de la chiropratie en raison du chevauchement des champs; ; *Ordre des podiatres du Québec c. Auger*, supra note 219 où des infirmières ont été acquittées de pratique illégale de la podiatrie, première cause qui opposait deux professions à exercice exclusif.

²³³ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Therrien*, [2017] CanLII 18812.

²³⁴ *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Perreault*, supra note 231.

l'individu. Prenons l'exemple fictif suivant : un médecin étranger - compétent du point de vue clinique sur certains aspects - décide de refaire sa vie professionnelle comme préposé aux bénéficiaires au Québec, en raison de la complexité de la reconnaissance des diplômes. Malgré sa compétence technique, il ne pourra participer aux décisions de réanimation en CHSLD, il ne pourra pas non plus remplacer l'infirmière débordée pour effectuer certains soins comme des changements de pansement. Il doit respecter les limites légales de sa nouvelle occupation. Il n'existe en effet aucun mécanisme d'évaluation ou d'octroi de compétence particulière pour ce médecin étranger qui n'a pas accès au statut de médecin. Il n'y a actuellement pas d'évaluation des compétences en dehors des évaluations pour l'obtention des titres, les soignants étrangers n'ont donc aucune avenue pour démontrer une compétence unique dépassant leur occupation québécoise, mais qu'ils sauraient appliquer de manière compétente et sécuritaire.

En outre, le partage d'activités n'est pas fondamentalement un outil collaboratif en raison de son absence de rapidité ou d'adaptabilité. Le législateur et les ordres ont choisi, plutôt que de modifier les assises légales centrales du système professionnel tel qu'il est construit, d'utiliser le processus réglementaire pour permettre le partage d'activités. Ce choix a donc entraîné la création de nombreux outils réglementaires et induit une certaine lourdeur et une certaine rigidité, à l'opposé de la fluidité mise en avant en CI. En effet, chaque règlement d'autorisation de partage d'activité, comme tous les autres règlements produits par les ordres professionnels, doit passer par un processus de création bien précis : détermination interne, approbation au ministère de la Justice, consultation publique, analyse par l'Office des professions, approbation par le Conseil des ministres, publication

à la Gazette officielle du Québec...²³⁵ Ce long processus n'est pas le meilleur pour permettre une adaptation ponctuelle ou une réaction rapide à un changement d'équipe interprofessionnelle et a tendance à favoriser la multiplication des règlements pour gérer ces situations particulières. Nous avons d'ailleurs pu le constater lors des changements concernant les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et le diagnostic ou lors de la pandémie de coronavirus Sars-COV-2 (CoViD-19).

Dans ces deux cas en effet, dans une situation qui nécessitait des changements substantiels et rapides, l'adaptation d'un règlement n'a pu être réalisée. Avant 2019, les IPS, ne pouvant diagnostiquer des pathologies, pouvaient seulement amorcer des traitements et devaient avoir une confirmation du diagnostic dans les 30 jours suivant l'initiation des traitements par leur médecin partenaire. Cette rencontre avec le médecin, le seul pouvant diagnostiquer des pathologies, confirmait aussi les traitements²³⁶ et assurait que le médecin de famille gardait une forme de présence dans la relation thérapeutique. La notion de temporalité de la consultation (la visite médicale dans les 30 jours) était issue d'une simple directive de mise en œuvre du règlement et a été rapidement abolie par le CMQ en 2019²³⁷, mais le

²³⁵ Office des Professions du Québec, *LA RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE EN 10 QUESTIONS*, Office des professions du Québec, 2018.

²³⁶ Collège des médecins du Québec (Montréal), *Pour un partenariat réussi MD-IPS [infirmière praticienne spécialisée]: guide à l'intention du médecin*, Montréal, QC, Collège des Médecins du Québec, 2019; Collège des médecins du Québec, *IPS: vers un encadrement législatif différent et mieux adapté à la réalité d'aujourd'hui*, Collège des Médecins du Québec, 2019; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Carol-Anne Langlois, & Collège des médecins du Québec, *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques: lignes directrices*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec Collège des médecins, 2018; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Collèges des Médecins du Québec, *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes: Lignes directrices Juillet 2019*, Montreal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec Collège des médecins, 2019.

²³⁷ Collège des médecins du Québec, *supra* note 236; Collège des médecins du Québec (Montréal), *supra* note 236.

problème du diagnostic, essentiel pour l'initiation ou le remboursement de plusieurs traitements, restait entier.

Le diagnostic pathologique médical était alors une activité réservée exclusive et non partagée avec une valeur importante pour les médecins²³⁸. L'avenue du partage par règlement n'a alors pas été choisie, bien qu'elle semble avoir été considérée²³⁹. En effet, un règlement de partage reste un partage qui reconnaît que l'acte est médical de nature. Le partage de cette activité centrale était trop important, trop historiquement litigieux et surtout, potentiellement à risque d'être interprété difficilement par les acteurs pour ne faire l'objet que d'un simple règlement²⁴⁰. Il fallait donc officialiser encore plus clairement le droit des IPS d'exécuter l'activité de diagnostic des maladies et modifier la LII. En collaboration avec l'OIIQ, le CMQ et l'Office des Professions, le gouvernement, par le biais du MSSS, a décidé de créer officiellement un certificat de spécialiste « IPS » dans la LII et d'intégrer directement le diagnostic aux activités permises aux détenteurs de ce permis de spécialité, ce qui permettait de gérer l'activité entièrement dans le giron professionnel du nursing. La loi annuelle modifiant directement la LII et autres dispositions connexes a donc été publiée en mars 2020²⁴¹, après 18 mois de consultation, abrogeant du

²³⁸ « Le diagnostic, une expertise unique et exclusive », en ligne: *Collège des médecins du Québec* <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/diagnostic-une-expertise-unique-et-exclusive.aspx>>.

²³⁹ Collège des médecins du Québec, *Infirmières praticiennes spécialisées : le Collège des médecins modifie sa position à l'égard du diagnostic pour améliorer l'accès aux soins*, Collège des Médecins du Québec, 2019.

²⁴⁰ Bélanger et al, *supra* note 224 à la p 11.

²⁴¹ *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, LQ 2020 c6.

fait même le règlement qui dépendait de la LMed²⁴². L'abolition de la directive statuant sur la nécessité que le patient voit le médecin partenaire dans les 30 jours²⁴³ était déjà chose faite depuis longtemps lorsque le problème du diagnostic a finalement eu sa solution juridique. Cette avenue d'adaptation n'est ni rapide ni très agile.

Contrairement à cette situation, la réponse du réseau de la santé à la pandémie de la CoViD-19 (SARS-cov-2) a été un défi adaptatif rarement rencontré pour le partage d'activité. Il s'agissait maintenant de trouver des professionnels compétents pour effectuer des gestes qui ne pouvaient être considérés comme faisant partie de leur champ de pratique, mais dont ils avaient quand même la compétence connexe. Malgré le fait que l'Office des professions, le CMQ et les autres ordres concernés soient tous en accord sur l'importance de permettre à tous les professionnels en santé qui le désirent de participer à l'effort de dépistage, la voie réglementaire aurait été beaucoup trop longue : l'autorisation à divers professionnels de participer au dépistage de la CoViD-19 (SARS-cov-2) s'est faite par décret ministériel²⁴⁴ et non par règlement du CMQ, décret qui sont malheureusement liés à l'urgence sanitaire et donc, par nature, temporaires.

²⁴² *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, RLRQ c M-9, r 231; a en effet été abrogé par la *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, supra note 241.

²⁴³ En effet, pour permettre le diagnostic par les IPS, un changement est nécessaire au *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, supra note 242; et à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, supra note 200 tandis que pour réfuter l'obligation de suivi en 30 jours, cet élément ne se trouvant pas dans le règlement mais dans le guide du CMQ, le changement se fait par simple avis du CMQ.

²⁴⁴ *A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-030 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 29 avril 2020*, Gazette officielle 2020, 19A; *A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-034 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 9 mai 2020*, Gazette officielle 2020, 20A; *A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-037 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 14 mai 2020*, Gazette officielle 2020, 21A; *A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-039 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 22 mai 2020*, Gazette officielle 2020, 22A.

Pour nous recentrer sur le CP, plus récemment, une modernisation notable, l'adoption de la loi 28 (dont le sobriquet pour les professionnels de la santé, comme la PL90/L33, est encore « projet de loi 21 » (ci-après PL 21/L28)²⁴⁵ a permis au secteur des soins de santé mentale d'améliorer la fluidité des soins tout en maximisant la reconnaissance des champs d'exercices communs et recentrer l'action du professionnel envers le patient sur la notion de compétence. Cette loi appliquée à un secteur seulement des soins de santé, la santé mentale, avait pour objectif une meilleure utilisation des ressources en se basant sur l'utilisation des compétences de chaque acteur²⁴⁶. Ce qui est intéressant dans cette initiative est l'élargissement de la notion d'activités réservées à plusieurs professions à titre réservé seulement, professions dont l'expertise se superposait à ou complétait celle de plusieurs professions à exercice exclusif en santé mentale²⁴⁷. Cette initiative clarifie la compétence de ces professionnels et assure une meilleure présence de tous les professionnels compétents auprès du citoyen usager du système de santé. Implantée depuis seulement 8 ans, il est encore tôt pour voir son effet sur la pratique collaborative, mais la modification a quand même été accueillie avec un certain optimisme²⁴⁸, malgré l'absence toujours claire de référence à la CI. Il faut aussi souligner que le processus de création de cette initiative a été ancré dans une approche interprofessionnelle, ce qui fut une innovation. Le processus

²⁴⁵ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, supra note 202.*

²⁴⁶ Voir l'allocution de Kathleen Weil dans l'adoption du principe du projet de loi 21 dans Assemblée nationale du Québec, *Journal des débats de l'Assemblée nationale - Assemblée nationale du Québec*, 2009.

²⁴⁷ Voir la note introductive de la loi ainsi que les articles de *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, supra note 202*, art 3 à 6.

²⁴⁸ Particulièrement concernant la psychothérapie, voir à ce sujet Trudeau, Desjardins & Dion, *supra note 203*.

a permis à tous les groupes pouvant revendiquer la compétence sur le continuum de la santé mentale de participer à la création du projet de loi. Ce choix a brisé le silo des professions de santé en intégrant des ordres professionnels typiquement de l'éducation, comme les conseillers en orientation et les psychoéducateurs. Il est en fait trop rare encore de nos jours de voir de telles initiatives, la structure actuelle invitant plus les ordres à se coordonner qu'à vraiment collaborer²⁴⁹.

En résumé, comme nous venons de le voir, le partage d'activités, bien qu'il ouvre à une meilleure répartition des tâches et une cohérence des objectifs de soin, a favorisé la CI de manière indirecte. On peut quand même le considérer comme un facteur permettant d'encourager l'instauration de la CI²⁵⁰. Néanmoins, une ouverture plus grande dans le partage d'activités comme celle faite aux IPS serait nécessaire pour le considérer comme un mécanisme efficace de CI.

Section 1.2.2 Le certificat de spécialité comme pont potentiel entre les professions

Contrairement au partage d'activité, partage qui concerne un groupe étendu de professionnels d'un ordre, la création des permis ou certificats de spécialités permet

²⁴⁹ Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 au para 27: « Donc, il reste difficile pour l'instant d'envisager, dans une perspective très large, l'adoption de règlements à portée multidisciplinaire, que ce soit en matière déontologique, de tenue de dossier, d'entretien et d'aseptisation d'équipements et d'instruments, etc. Il faut toutefois mentionner que cette situation n'interdit évidemment pas que les ordres professionnels, avec le concours de l'Office des professions, coordonnent leurs interventions réglementaires respectives pour assurer une cohérence d'ensemble et l'adoption de règles communes en vue de favoriser la CI ».

²⁵⁰ Bélanger et al, *supra* note 224 à la p 6.

directement, et plus largement, les « pratiques avancées », soit une expansion des rôles souvent réclamée pour favoriser la CI dans un contexte bien particulier²⁵¹. Le mécanisme des « certificats de spécialistes »²⁵² existe depuis la création du Code des professions en 1973. Cependant, il a fallu attendre le PL90/L33, avec la refonte des champs d'exercices en champ descriptif, pour en faire un outil permettant vraiment d'encourager les pratiques avancées des professionnels non-médecins. En effet, le certificat de spécialiste est avant tout une addition au permis de pratique délivré par l'ordre professionnel²⁵³. Il permet de restreindre l'utilisation d'un titre ou la pratique d'activités spécifiques à un sous-groupe d'une profession qui aurait rempli les conditions nécessaires à l'obtention dudit certificat de spécialité²⁵⁴. Ces conditions sont plus exigeantes que celles qui accompagnent le simple partage d'activités : formation académique formelle additionnelle et reconnue, examen

²⁵¹ Roy, *supra* note 173; « Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) en équipe interprofessionnelle : un grand bénéfice pour les patients », en ligne: *OIIQ* <<https://www.oiiq.org/role-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-ips-en-equipe-interprofessionnelle-un-grand-benefice-pour-les-patients>>; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *La reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée: Mémoire du comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée et prise de position de l'OIIQ*, [Montréal], Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004.

²⁵² *Code des professions*, *supra* note 13, arts 40 et suivants.

²⁵³ Villeneuve, *supra* note 226; Jean-Guy Villeneuve, dir, *Précis de droit professionnel*, Cowansville, Québec, Éditions Y. Blais, 2007; Marco Laverdière, « CHAPITRE 7 — L'EXERCICE D'UNE PROFESSION DE LA SANTÉ ET LE DROIT PROFESSIONNEL » dans *Droit et politiques de la santé*, Montréal, QC, LexisNexis, 2014 1074 aux para 7-48 à 7-51; Voir en exemple à ce sujet *Loi médicale*, *supra* note 199, art 37.

²⁵⁴ Villeneuve, *supra* note 253; Laverdière, *supra* note 253 aux para 7-48 à 7-51; Villeneuve, *supra* note 226: « Pour prétendre au titre de spécialiste, un professionnel doit détenir, en plus du permis, un certificat de spécialiste dans une spécialité reconnue par un règlement d'un ordre professionnel adopté en vertu de l'article 94j] du Code des professions. Ce règlement doit également établir les conditions requises pour l'obtention du certificat de spécialiste telles des études et des stages de formation professionnelle et la réussite d'examens professionnels pertinents à la spécialité recherchée. De plus, les articles 40 et 42 du Code des professions établissent que pour obtenir un certificat de spécialiste, il faut détenir un diplôme reconnu par règlement qui donne ouverture au certificat de spécialiste, règlement adopté en vertu de l'article 184 du Code des professions. Parfois, il peut arriver que le diplôme donne à la fois ouverture au permis de pratique et au certificat de spécialiste. ».

d'entrée, etc.²⁵⁵ Avant la PL90/L33, les médecins et les dentistes étaient les seuls ordres en santé qui avait ce type de certification. Depuis la PL90/L33, l'OIIQ a développé les classes de spécialité des infirmières praticiennes spécialisées²⁵⁶ et celle des certificats de spécialité pour les infirmières cliniciennes en prévention et contrôle des infections²⁵⁷.

Ainsi, puisque les champs de pratique légaux sont maintenant descriptifs, en respectant le guide de développement de l'Office des professions²⁵⁸, tout ordre peut créer et déterminer les conditions à l'obtention des certificats de spécialistes par règlement. Le net avantage de ce processus pour la CI est de permettre le décloisonnement des professions entre elles. Ainsi, le nouvel article 36.1 de Loi sur les Infirmières et Infirmiers, comme modifié par le gouvernement ce printemps²⁵⁹ en est un exemple éloquent. Il se lit maintenant comme suit :

36.1 L'infirmière praticienne spécialisée peut, lorsqu'elle y est habilitée par un règlement pris en application du paragraphe f du premier alinéa de l'article 14, exercer, selon les conditions et les modalités prévues par ce règlement, les activités suivantes, en fonction de sa classe de spécialité :

²⁵⁵ Villeneuve, *supra* note 226.

²⁵⁶ *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, *supra* note 242; et *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, *supra* note 201; *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, *supra* note 241; Proulx, D'Amour & Tremblay, *supra* note 194; Bélanger et al, *supra* note 224.

²⁵⁷ *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du certificat de spécialiste d'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, RLRQ c I-8, r 1301.

²⁵⁸ Bélanger et al, *supra* note 224: « L'Office des professions, en janvier 2010, a élaboré un cadre d'analyse lui permettant de considérer l'opportunité de créer une nouvelle classe de spécialité au sein du système professionnel¹². L'ordre intéressé est ainsi invité à établir : • les liens qui existent entre la nature de la spécialité et le champ d'exercice des professionnels concernés ; • la valeur ajoutée de la création d'une classe de spécialité pour la protection du public ; • les impacts que pourrait avoir la création de cette classe de spécialité sur l'offre de services professionnels ainsi que sur la mobilité de la main-d'oeuvre. ».

²⁵⁹ *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, *supra* note 241.

- 1° diagnostiquer des maladies ;
- 2° prescrire des examens diagnostiques ;
- 3° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;
- 4° déterminer des traitements médicaux ;
- 5° prescrire des médicaments et d'autres substances ;
- 6° prescrire des traitements médicaux ;
- 7° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice ;
- 8° effectuer le suivi de grossesses. »²⁶⁰

Cet article représente globalement un affranchissement du contrôle médical dans la prestation de soin par l'IPS²⁶¹ en regard d'activités cliniques traditionnellement médicales. On peut considérer la nouvelle LII comme un outil flexible qui permet la création de classes de professionnels faisant le pont entre les deux professions, les médecins et les infirmières, et d'ainsi diminuer l'étanchéité des barrières entre les professions et favoriser la CI.

Ces développements n'auraient pu se faire sans un lieu de discussion et de médiation pour trouver les solutions réglementaires à la cohabitation quelquefois ardue des différents

²⁶⁰ *Ibid.*, art 3.

²⁶¹ L'ancien article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, *supra* note 200 se référait en effet à la Loi Médicale et se lisait comme suit: « L'infirmière et l'infirmier peuvent, lorsqu'ils y sont habilités par règlements pris en application du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19 de la Loi médicale (chapitre M-9) et du paragraphe f de l'article 14 de la présente loi, exercer une ou plusieurs des activités suivantes, visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la Loi médicale: 1° prescrire des examens diagnostiques; 2° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice; 3° prescrire des médicaments et d'autres substances; 4° prescrire des traitements médicaux; 5° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.».

professionnels en santé, d'une part, et sans une volonté administrative qui se situe à plusieurs niveaux - ordres, Conseil interprofessionnel, Office des professions -, d'autre part.

Section 1.3 La gestion des conflits interprofessionnels par les ordres professionnels, les comités interordres et le Conseil interprofessionnel : communiquer pour mieux collaborer

En santé, avec la multiplication des ordres professionnels, les nombreuses superpositions de champ d'expertise et la complexification du soin, les conflits interprofessionnels et interordres sont quasiment inévitables. Le gouvernement du Québec, dans la rédaction du CP, a donné plusieurs outils au système professionnel pour une gestion sereine de ces conflits lesquels sont, en théorie, utilisés pour favoriser la CI, mais rarement utilisé à leur plein potentiel.

D'abord, l'Office des professions Québec (ci-après OPQ) a un rôle dans la gestion des conflits engendrés par la CI²⁶². C'est une partie non négligeable de sa fonction en tant qu'institution, comme stipulé dans le CP :

Il suggère, lorsqu'il le juge opportun, la constitution de nouveaux ordres, la fusion ou la dissolution d'ordres existants, l'intégration d'un groupe de personnes à l'un des ordres visés à la section III du chapitre IV, ainsi que des modifications au présent code et aux lois, aux lettres patentes, aux décrets d'intégration ou de fusion et aux règlements les régissant; il tente d'amener les ordres à se concerter afin de trouver des solutions aux problèmes communs

²⁶² Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 au para 33.

qu'ils rencontrent, en raison notamment de la connexité des activités exercées par leurs membres; il fait des suggestions quant aux mesures à prendre pour assurer aux professionnels la meilleure formation possible.²⁶³ (nos soulignés)

Si l'on se réfère aux rapports de gestion des dernières années, l'OPQ a été en effet impliqué dans des dossiers de gestion interprofessionnelle en santé oculovisuelle, entre le CMQ et l'Ordre des optométristes du Québec, et en santé bucco-dentaire, entre l'Ordre des Dentistes du Québec et l'Ordre des Hygiénistes dentaires du Québec²⁶⁴. Notons que selon ces mêmes rapports, ces demandes de gestion interordres semblaient plus consensuelles que conflictuelles, l'OPQ ayant eu une fonction d'accompagnement plus que de médiation²⁶⁵. En fait, en regard des sorties publiques faites par plusieurs ordres en collaboration depuis le début de 2020 coïncidant avec le début de la pandémie, l'OPQ semble plus être l'élément bureaucratique limitant la collaboration libre entre les ordres professionnels²⁶⁶, ce qui nous semble quelque peu inattendu considérant ses fonctions légales²⁶⁷. Ainsi, bien qu'il soit encourageant de constater les fronts communs fréquents entre les ordres sur des problématiques d'actualité, l'OPQ ne semble pas toujours jouer le

²⁶³ *Code des professions*, supra note 13 au para 12 al 3.

²⁶⁴ *RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2018 - 2019*, by Office des Professions du Québec, Gouvernement du Québec, 2019 à la p 28.

²⁶⁵ *Ibid.*

²⁶⁶ Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec & Collèges des Médecins du Québec, *Communiqué de presse - Formation des inhalothérapeutes L'OPIQ et le CMQ réclament un baccalauréat*, 2020; Collège des Médecins du Québec & Ordre des Physiothérapeutes du Québec, *Communiqué de presse - Les physiothérapeutes pourront désormais prescrire certains examens radiographiques : Entente entre deux ordres professionnels*, 2020; Collèges des Médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, & Ordre des Sages-femme du Québec, *Communiqué de presse - Signature des formulaires de retrait préventif pour les femmes enceintes: trois ordres professionnels unissent leurs voix*, 2020.

²⁶⁷ *Code des professions*, supra note 13, art 12.

rôle de facilitation et d'accompagnement pour favoriser la CI en santé, potentiellement en raison de la complexité de son processus interne²⁶⁸.

Ensuite, l'OPQ n'est pas le seul organe de gestion de conflit créé par le CP. Le Conseil interprofessionnel du Québec (ci-après CIQ) existe aussi à cet effet et son mandat comporte clairement des rôles de médiateur ou de facilitateur :

En outre des autres fonctions qui lui sont conférées par la loi, le Conseil peut, notamment, après consultation de ses membres:

1° étudier les problèmes généraux auxquels doivent faire face les ordres et communiquer aux ordres intéressés les constatations qu'il a faites avec les recommandations qu'il juge appropriées;

(...)

6° inviter les groupes qui sont reconnus ou non comme ordres professionnels et dont les membres exercent des activités connexes à se rencontrer en vue de trouver une solution à leurs problèmes;

(...)

Dans l'exercice de ses fonctions, le Conseil peut former des comités spéciaux pour l'étude de questions particulières ainsi que les charger de recueillir les renseignements pertinents et de lui faire rapport de leurs constatations et de leurs recommandations.

(...)²⁶⁹

²⁶⁸ En effet, depuis 20 ans, l'OPQ est encore en train de tenter de réaliser nombreux engagements quant à l'allègement des structures réglementaires. Voir à ce sujet Linda Goupil, *La mise à jour du système professionnel québécois.*, Québec, Office des professions du Québec, 2000.

²⁶⁹ *Code des professions*, supra note 13, art 19.

Contrairement à l'OPQ, le CIQ est formé exclusivement de représentant des ordres professionnels²⁷⁰. Tous les ordres ont le même nombre de représentants au conseil d'administration (soit un seul), on pourrait donc le qualifier d'organisme de représentation égalitaire, égalité qui souhaite favoriser les discussions interprofessionnelles²⁷¹. Sous sa gouverne, le CIQ peut faciliter la CI par le biais d'un processus de médiation des différends ou par la mise en place de comité interordre lorsque les ordres eux-mêmes n'ont pas cette initiative²⁷².

Dans le dernier rapport de gestion du CIQ, « stimuler la collaboration » est le second axe de développement, ce qui revêt une certaine importance²⁷³. Cependant, dans le même document, l'organisme souligne une certaine forme de passivité dans la facilitation de la CI, la principale mention interprofessionnelle se rapportant à un support de conclusions des ordres des médecins et des infirmières sur les conflits interprofessionnels qui les concernent, sans que le CIQ questionne ou suggère des solutions supplémentaires²⁷⁴. De plus, il faut noter que le CIQ n'a pas de pouvoir contraignant, contrairement à l'OPQ, comme le soulignent les auteurs Laverdière et Régis :

Cette fonction a notamment conduit le Conseil à proposer un processus volontaire de médiation relativement aux conflits interordres, lequel ne semble toutefois pas avoir conduit à des résultats tangibles. D'ailleurs, une autre

²⁷⁰ *Ibid*, art 20.

²⁷¹ Voir à ce sujet « Conseil interprofessionnel du Québec - Office des professions du Québec », en ligne: <<https://www.opq.gouv.qc.ca/systeme-professionnel/structure-du-systeme/conseil-interprofessionnel-du-quebec>>.

²⁷² *Code des professions*, *supra* note 13, arts 19 et 19.1.

²⁷³ *Rapport Annuel 2019-2020*, by Conseil Interprofessionnel du Québec, Gouvernement du Québec, 2020 à la p 11.

²⁷⁴ *Ibid* à la p 17.

approche potentiellement plus contraignante au chapitre de la médiation serait, semble-t-il, envisagée par l'Office des professions.²⁷⁵

Un des outils que l'OPQ, le CIQ et les ordres peuvent utiliser pour la gestion des conflits interordres sont les comités interordres et autres comités d'expert. Ce sont des outils de gestion qui ont l'avantage de la souplesse : ils peuvent être créés ad hoc par plusieurs instances. Le grand défi de ces comités est leur transparence par rapport aux non-initiés et leur nature non contraignante, comme le mentionnent Laverdière et Régis :

Le recours aux comités interordres et aux comités d'experts pour gérer les enjeux de cohabitation interdisciplinaire et de révision des champs d'exercices a sans doute le mérite de favoriser la concertation entre les intervenants concernés et l'apport de spécialistes du milieu, mais il est difficile d'affirmer qu'il s'agit d'un mode de fonctionnement particulièrement transparent et ouvert à la participation du public. Il est vrai que, dans le cas des travaux des comités d'experts, les ordres professionnels concernés et plusieurs intervenants de divers milieux sont généralement invités à soumettre leurs positions et préoccupations, mais ces consultations se font sur une base discrétionnaire. Aussi, il s'agit d'un processus qui n'est pas accessible au public en général, sauf peut-être au plan strictement informationnel, pour les grandes orientations et étapes des travaux à réaliser, pour les rapports produits ainsi que pour les suites législatives et réglementaires.²⁷⁶

Finalement, nous avons discuté plus haut du partage d'activités. Le fait de partager les activités par règlement n'est cependant pas une fin en soi : il faut que les parties en présence s'entendent aussi sur les modalités de ce partage. Elles font habituellement cet effort d'opérationnalisation du règlement par le biais de guides communs explicatifs ou guides communs d'interprétation. C'est un processus consensuel où on espère désamorcer les conflits potentiels des praticiens en regard du nouveau règlement. Nous avons très peu

²⁷⁵ Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 au para 40.

²⁷⁶ *Ibid* au para 39.

parlé des différents guides de pratique produits de manière collaborative entre plusieurs ordres,²⁷⁷ car, de par leur nature de guide ou d'énoncé de pratique, ils n'ont pas force exécutoire²⁷⁸. Ce sont des documents dont la valeur est pédagogique et non juridique. Par contre, puisque les ordres se tournent de plus en plus vers les guides communs pour aider leurs membres dans la pratique d'une activité commune, ces guides ont un potentiel certain pour faciliter la CI par la mise en place de normes qui seraient comprises et appliquées de la même manière par les différents groupes. Leur impact sur la CI peut aussi être renforcée par le processus d'inspection professionnelle et la discipline des ordres, qui vont les utiliser comme référentiel dans l'évaluation des compétences et des comportements²⁷⁹. Ces productions collégiales de guide sont cependant uniquement dépendantes du bon vouloir des ordres. Le législateur a évité de donner une obligation aux ordres de collaborer à la

²⁷⁷ Collèges des Médecins du Québec & ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, *GUIDE EXPLICATIF: PRESCRIPTION DE RADIOGRAPHIES EN PHYSIOTHÉRAPIE*, Montréal, QC, Collège des Médecins du Québec, 2020; Ordre des optométristes du Québec & Collèges des Médecins du Québec, *GUIDE DE COLLABORATION ENTRE OPTOMÉTRISTES ET MÉDECINS: Évaluation, traitement et suivi de certaines pathologies oculaires*, Montréal, QC, Ordre des optométristes du Québec, 2018; ordre professionnel des diététistes du Québec & Collèges des Médecins du Québec, *Guide explicatif du Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par les diététistes*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, Collège des Médecins du Québec, 2017; France Laflamme et al, *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale: lignes directrices*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec, 2018; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Langlois, & Collège des médecins du Québec, *supra* note 236; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Martine Maillé, & Collège des médecins du Québec, *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne: lignes directrices*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec Collège des médecins du Québec, 2018; Collège des médecins du Québec et al, *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*, Montréal, Collège des Médecins du Québec, 2018; Collège des médecins du Québec et al, *L'AIDE MÉDICALE À MOURIR*, Montréal, Collège des Médecins du Québec, 2019.

²⁷⁸ Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 au para 28.

²⁷⁹ Laverdière, *supra* note 253 aux para 7-34.

production des guides de pratique²⁸⁰, laissant le soin aux dirigeants de ces organisations l'initiative²⁸¹ et le loisir d'en débattre.

Section 1.4 Les directions et conseils de professionnels dans les hôpitaux comme regroupement administratif des professionnels.

Historiquement, la mise en place de notre système public de soins de santé a fait l'objet de nombreux débats²⁸², principalement en raison des nombreux intérêts corporatistes qui ont fait pression lors de la rédaction de la première mouture des lois encadrant notre système de santé. Ces groupes d'intérêt, la plupart médicaux, ne sont pas disparus avec la mise sur pied du système : ils ont perduré et sont en partie responsables des poids administratifs relatifs des acteurs dans le réseau actuel de soins de santé²⁸³. Ces groupes ont en effet augmenté un biais administratif interne en faveur du médical, biais que nous explorerons en détail plus loin, ce qui entretient probablement l'asymétrie entre les professions et la difficulté pour le système à établir une réelle intégration des tâches et une meilleure répartition des leaderships. Ce biais n'est donc pas seulement culturel et s'observe dans la

²⁸⁰ Roy, *supra* note 173 à la p 47; se référant à la *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ c S-320001.

²⁸¹ À cet effet, les 28 ordres professionnels en santé du Québec ont lancé en 2015 l'initiative « Collaboration interprofessionnelle en santé » qui regroupe sur un même site web (www.collaborationinterprofessionnelle.ca) des fiches explicatives de chaque profession ainsi que l'ensemble des guides de pratique produit en collaboration avec divers ordres. Notons que les guides qui sont produits par 2 ou 3 ordres ensemble (comme ceux mis en exemple précédemment) ne figure pas dans le cadre de cette initiative.

²⁸² Gilles Dussault & Carl-Ardy Dubois, « Les personnels de la santé: bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soin » dans Vincent Lemieux et al, dir, *Le Système de santé au Québec: organisations, acteurs, enjeux*, Presses de l'Université Laval, 2009 229; Demers, *supra* note 185.

²⁸³ Jean-Louis Denis et al, *The Role of Medical Doctors in Health Reforms: A Comparative Analysis of Canada and England*, UK, Bristol University Press, 2022.

rédaction même de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (ci-après LSSSS), et ce, de multiples façons.

Il est frappant à la première lecture de la LSSSS, loi-cadre de notre système de santé, de voir comment les médecins et dentistes sont traités différemment des autres professionnels. En premier lieu, ils ne font pas partie du personnel de l'établissement : ils en sont nommément exclus²⁸⁴. Cependant, l'organisation entière semble être centrée sur eux : le plan d'organisation de l'établissement doit spécifiquement les inclure alors que le personnel et les autres ressources humaines n'en font pas partie ou sont amalgamés aux « ressources médicales »²⁸⁵, le directeur des services professionnels doit être un médecin²⁸⁶, les directeurs des départements cliniques doivent être soit un médecin, soit un dentiste, soit un pharmacien²⁸⁷. Tous ces articles sont des illustrations intéressantes de la domination des médecins sur les autres groupes ce qui peut compliquer l'implantation d'une interdépendance positive et d'une mobilisation horizontale des leaderships, bien que cette organisation administrative n'empêche en rien la collaboration entre les professionnels. Ces articles ne régissent pas seulement la relation entre le professionnel et l'établissement, ils en établissent aussi la représentation dans la prise de décision de l'établissement en déterminant la profession des cadres clés dans la gestion des ressources internes de l'établissement.

²⁸⁴ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, supra note 112, art 236.

²⁸⁵ *Ibid*, arts 183-184.

²⁸⁶ *Ibid*, art 202.

²⁸⁷ *Ibid*, art 188.

En effet, la représentation même des professionnels à l'intérieur de l'établissement est le fruit de la loi. Alors qu'initialement conçue comme pluridisciplinaire, la version finale de la LSSSS lors de la refonte de 1991 a créé trois conseils distincts pour représenter les soignants d'un point de vue administratif : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)²⁸⁸, Conseils des Infirmières et infirmiers (CII)²⁸⁹, Conseil multidisciplinaire (CM)²⁹⁰. La création des trois conseils ancre les silos professionnels dans la structure administrative puisque chaque conseil a le mandat précis de surveiller un groupe de deux professions ou plus et de représenter ces groupes en envoyant aussi un représentant au conseil d'administration²⁹¹. Bien que des auteurs reconnaissent que l'existence égale de ces trois conseils a permis un certain déplacement du pouvoir des médecins vers les autres professionnels des établissements²⁹², le CMDP a gardé une plus grande importance que ces deux équivalents en ayant plus de pouvoir de recommandations sur l'organisation interne de l'établissement²⁹³.

Aussi, ces conseils sont des silos bien étanches²⁹⁴. Ils sont indépendants et individuels : leur représentation ne se fait qu'au conseil d'administration central du CISSS et non pas entre eux. Il n'y a pas de représentant du CII ou du CM par exemple siégeant sur le CMDP

²⁸⁸ *Ibid*, art 213 à 218.

²⁸⁹ *Ibid*, art 219 à 225.6.

²⁹⁰ *Ibid*, art 226 à 230.

²⁹¹ *Ibid*, art 129 al 6.

²⁹² Michelle Giroux, Guy Rocher & Andrée Lajoie, « Chroniques sectorielles. L'émergence de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991: une chronologie des événements » (1999) 33 *Revue Juridique Themis* 659-695 à la p 690.

²⁹³ Roy, *supra* note 173 à la p 63.

²⁹⁴ *Ibid* à la p 69; Nicholas Léger-Riopel & Lorian Hardcastle, *Responsabilité de l'établissement de santé en droit canadien et québécois*, Montréal, QC, LexisNexis, 2018 aux pp 33 et suivantes.

et l'inverse est aussi vrai et « aucune mention à la LSSSS ne spécifie que les trois conseils sont incités à collaborer pour formuler des avis ou recommandations communs, lorsqu'une question concerne plusieurs professions²⁹⁵ ». Cette séparation nous semble être un autre exemple de barrière administrative à la CI en plus de perpétuer la séparation administrative et politique des différents professionnels du soin, exception faite du conseil multidisciplinaire qui peut être un terreau fertile pour une partie des professionnels pour amorcer la CI.

De plus, ces silos se retrouvent aussi dans l'évaluation de la qualité de l'acte professionnel à l'intérieur de l'établissement. Quand il s'agira d'évaluer les comportements des professionnels en équipe, l'administration des CISSS évaluera le comportement du médecin en demandant au CMDP et son système de qualité de l'acte, le comportement des infirmières en demandant au CII et au directeur des soins infirmiers, et le comportement de tous les autres soignants (professionnels ou non) en demandant au CM ou au directeur des soins multidisciplinaire. Trois visions en silos, trois processus qui n'ont juridiquement et structurellement rien en commun sauf le patient. Trois conseils qui maintiennent en place une certaine relation de territorialité, déjà mise de l'avant par les ordres et le système professionnel.

Pour résumer, les relations administratives entre les professionnels, allant de la représentation dans les instances décisionnelles de l'établissement à l'évaluation de l'activité d'une équipe interprofessionnelle, se définissent plus en termes d'exclusivité des professions entre elles. Les professionnels seront donc représentés, consultés et évalués en

²⁹⁵ Roy, *supra* note 173 à la p 63.

vase clos tant dans le système professionnel que dans le cadre de la structure administrative du système de santé²⁹⁶.

Section 2 : Les relations de pouvoir ou de contrôle entre les professionnels : le contrôle dans le partage d'activité et dans l'organisation du travail

Nous avons vu dans la section précédente le partage des activités. En soi, ce mode permet en effet de régler la majorité des conflits potentiels de « voisinage » entre les différentes professions et de faire évoluer les pratiques pour une meilleure répartition des tâches. Techniquement, la CI est facilitée par ce partage qui se présente comme mode de gestion des frontières professionnelles²⁹⁷. Cependant, le partage d'activités dans le système professionnel et dans la structure administrative du système de santé se fait par la production de règlements professionnels et l'établissement de politiques internes. Ainsi, bien qu'initialement des outils favorisant la CI par l'intégration d'une porosité entre les professions, ces règlements et politiques peuvent contenir une limitation au partage fluide des activités : la notion de contrôle.

²⁹⁶ Nous verrons plus en détails l'impact de la discipline professionnelle et son processus sur la CI dans les prochaines sections de ce chapitre.

²⁹⁷ Hudon, Martin & Perreault, *supra* note 189 à la p 325; Jean-Guy Villeneuve, « L'exercice illégal, tenants, aboutissants et troubles de voisinage professionnel » (2009) EYB2009DEV1568 Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire (Service de la Formation Continue du Barreau du Québec) ; Trudeau et al, *supra* note 189; C'est aussi ce que mets de l'avant le document de l'équipe de Nelson dans Nelson et al, *supra* note 188.

Section 2.1 L'origine et l'impact de la notion de contrôle dans le partage d'activités

La notion de contrôle dans le partage d'activité est née de l'objectif principal du système professionnel : la protection du public²⁹⁸. La protection du public justifie que le droit restreigne l'attribution de certaines activités à risques pour le patient aux seules personnes adéquatement formées, personnes qui s'autorégulent et se regroupent sous l'égide d'organismes responsables d'assurer cette protection, les ordres²⁹⁹. C'est le risque que comporte l'activité qui fait que le législateur agit pour protéger le public contre des praticiens incompetents. Le risque est une propriété inhérente de l'activité. Il faut donc, par souci de protection, maintenir un haut niveau de contrôle sur la compétence de la personne qui effectue l'activité donnée. C'est donc un objectif de protection qui sous-tend le contrôle exercé par les instances sur les activités cliniques du professionnel.

L'impact de l'objectif de protéger le public et de son impératif de contrôle subséquent est dans la manière dont le système l'applique. Pour assurer cette protection du public, le système professionnel a la tendance naturelle de favoriser le statu quo historique et donc, la profession médicale en raison de son « omnipotence ». L'importance donnée à la protection du public du point de vue légal ancre l'ensemble du réseau professionnel dans ce qui est connu comme mode de fonctionnement plutôt que vers l'innovation et le développement. Si les professionnels X ont toujours effectué les tâches X et que les professionnels Y ont toujours effectué les tâches Y, la question de savoir si le professionnel

²⁹⁸ *Code des professions*, supra note 13, art 23; Trudeau et al, supra note 189 à la p 264.

²⁹⁹ *Code des professions*, supra note 13, arts 26 et 32; Trudeau et al, supra note 189 à la p 268.

X peut faire des tâches Y est biaisée dès le départ : un simple doute fera que le professionnel X ne pourra pas faire les tâches Y. Alors, comment concilier pour l'ordre la sécurité du public et les demandes pour un champ plus grand pour ses professionnels ? Bien que le sujet de champs d'exercices soit présent dans la littérature des facilitateurs et barrières à l'implantation de la CI, cet aspect relatif à l'inquiétude des professionnels n'a pourtant pas été étudié en profondeur. Comme le souligne Nelson dans sa méta-analyse portant sur les champs de pratique :

L'un des obstacles les plus fréquemment cités (ou perçus) à la modification des champs d'exercices des professionnels de la santé concerne les aspects juridiques et réglementaires. Autrement dit, comment les organismes dirigeants peuvent-ils assurer la sécurité du patient et la responsabilité du professionnel de la santé lorsque les champs d'exercices changent ou se chevauchent, ou lorsqu'il y a des incertitudes chez les professionnels de la santé quant à leur rôle ou à leurs compétences ? Par conséquent, il est intéressant de constater que sur les 125 articles extraits, aucun n'évalue explicitement les interventions juridiques ou réglementaires.³⁰⁰

Cette interprétation *liant statu quo*, champ de pratique historique et protection du public n'est pas uniquement québécoise ou canadienne³⁰¹ et teinte l'ensemble de l'évolution et de l'expansion des champs de pratique des professionnels. Contrairement à la médecine, les professions de la santé non médicales doivent sortir de leur champ usuel pour innover et développer leur champ de compétence : cette notion même d'expérimentation entre en conflit avec l'interprétation choisie dans nos systèmes professionnels de la notion de protection du public³⁰². Il est difficile de prouver la sécurité d'une activité qui n'a jamais été « officiellement » réalisée auparavant, bien que l'histoire des professions de la santé

³⁰⁰ Nelson et al, *supra* note 188 à la p 59.

³⁰¹ Voir à ce sujet les travaux réalisés aux États-Unis de Safriet, *supra* note 4.

³⁰² *Ibid* à la p 312.

soit parsemée de ces « premières fois ». La volonté du législateur de protéger le public a pour effet de favoriser une sorte de supervision qui peut prendre de multiples formes allant de la présence obligatoire d'un médecin pour superviser, comme pour les assistants en chirurgie, à l'ordonnance collective médicale pour déterminer la population ciblée et la manière d'effectuer les traitements, pour les infirmières bachelières³⁰³. Ainsi, l'expansion « sécuritaire » des activités d'un ordre passera par un certain contrôle du CMQ. L'application de la notion de protection du public peut donc être considérée comme une limite à l'autonomie professionnelle des autres professions, car les professionnels non médicaux se retrouvent devant un choix : maximiser leur compétence, au détriment de leur autonomie en acceptant un contrôle par le CMQ ou maximiser leur autonomie, au détriment de leur compétence effective en refusant de sortir des balises formalisées dans le système professionnel. Ce dilemme a permis à la profession médicale, par sa volonté d'indépendance professionnelle et par le nombre de ses activités réservées dans son champ de pratique, de garder un statut dominant dans le domaine de la santé³⁰⁴. Tel que le mentionne les auteurs Laverdière et Régis :

(...) le Collège des Médecins du Québec est un joueur omniprésent dans le cadre de ces processus interordres, étant ainsi appelé à collaborer avec la plupart des autres ordres professionnels du secteur de la santé donc le champ d'exercices fait l'objet d'une révision.³⁰⁵

Cette notion de contrôle s'articule de deux manières dans le secteur qui nous préoccupe : le contrôle sur le processus de partage et le contrôle sur l'activité elle-même.

³⁰³ Voir à ce sujet les tableaux sur les règlements de partage d'activités aux pages suivantes

³⁰⁴ A M Rafferty, J Ball & L H Aiken, « Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? » (2001) 10:suppl 2 BMJ Quality & Safety ii32-ii37.

³⁰⁵ Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 au para 36.

Section 2.2 La notion de contrôle dans le processus de partage des activités

La notion de contrôle dans le partage d'activité dépasse la simple surveillance de l'exécution. Nous avons vu plus haut que lors de la mise en œuvre des modifications du CP, le législateur a laissé aux groupes des médecins le leadership³⁰⁶. Le législateur lui-même, dans les modifications de 2002, a choisi de laisser aux ordres la responsabilité du partage des activités, en donnant le droit au CMQ de rythmer la production réglementaire du partage et de contrôler l'exercice des non-médecins dans le cadre des activités partagées³⁰⁷. Le succès de ce mécanisme de partage comme outil de collaboration entre les professionnels était donc dépendant de la volonté du CMQ d'y participer³⁰⁸.

Bien que nous reconnaissons l'effort de négociation des ordres et l'importance qu'ils ont mis à faciliter le continuum de soin, la prépondérance du CMQ dans l'application même de la loi était on ne peut plus claire, d'autant plus que les conseils d'administration des ordres en gardent le contrôle total et indépendant sur la production réglementaire et le partage des activités comme le stipule le CP :

94. Le Conseil d'administration peut, par règlement :

(...)

³⁰⁶ Voir note introductive de la loi annuelle *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, *supra* note 201.

³⁰⁷ *Ibid*, art 15.

³⁰⁸ Hudon, Martin & Perreault, *supra* note 189 à la p 322.

h) déterminer, parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les membres de l'ordre, celles qui peuvent être exercées par les personnes ou les catégories de personnes que le règlement indique, notamment les personnes effectuant un stage de formation professionnelle déterminé en application du paragraphe i, ainsi que les conditions et modalités suivant lesquelles elles peuvent les exercer; ce règlement peut déterminer parmi les normes réglementaires applicables aux membres, celles applicables aux personnes qui ne sont pas membres d'un ordre; (...) le Conseil d'administration doit, avant d'adopter un règlement en vertu du présent paragraphe, consulter tout ordre dont les membres exercent une activité professionnelle qui y est visée³⁰⁹; (nos soulignés)

Puisqu'aucune obligation de consultation ni contrôle de l'État ou d'une autre instance n'était inclus dans ce pouvoir réglementaire donné aux conseils d'administration des ordres, les ordres historiquement « délégué d'acte »³¹⁰ conservaient alors le contrôle sur le rythme des règlements de partage d'activités.

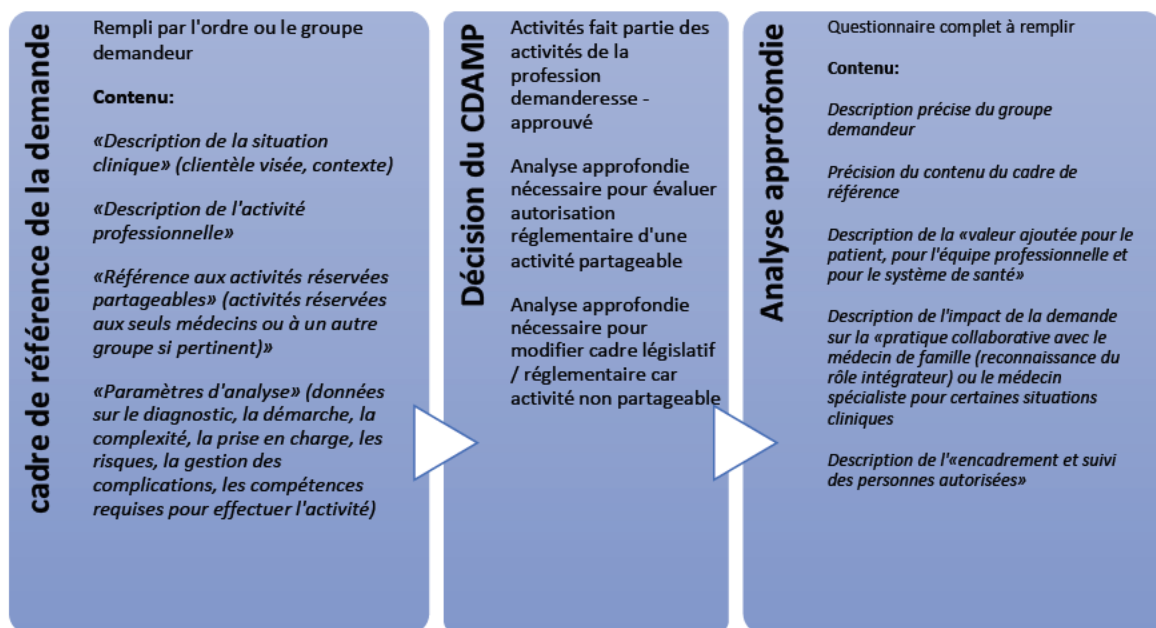
Globalement, le contrôle d'un ordre sur le partage d'activité peut s'exprimer de plusieurs manières : le contrôle dans le contenu du règlement, que nous verrons plus tard, et le contrôle sur l'initiation du processus réglementaire, dont nous discuterons dans les prochaines lignes. Notons que ce dernier type de contrôle n'exclut pas la CI en tant que telle car il peut être assimilable à une formalisation de l'initiation du processus. Le processus mis en place par le CMQ illustre bien ce cas de figure. Dans son désir de formaliser le processus de demande de partage d'activités, le CMQ a en effet mis de l'avant

³⁰⁹ *Code des professions, supra* note 13, art 94 h).

³¹⁰ Anciennement, le partage d'activité se nommait délégation d'acte. La terminologie a été changée suite à la modification de paradigmes par le PL90/L33.

la CI comme une notion opérationnelle du partage d'activité lorsqu'elle s'applique³¹¹. Le contrôle que le CMQ exerce sur le processus a donc comme objectif, pour le CMQ, de faciliter la CI et non pas de lui nuire. La procédure formelle mise de l'avant par le CMQ de demande de partage d'activités est illustrée dans la figure que nous avons produite ci-dessous³¹².

Figure 5: Processus d'analyse d'une demande de partage d'activité



³¹¹ Collèges des Médecins du Québec, *CADRE D'ANALYSE DES DEMANDES DE PARTAGE D'ACTIVITÉS MÉDICALES*, Montréal, QC, Collège des Médecins du Québec, 2018 à la p 5.

³¹² *Ibid* à la p 2.

La première étape, le cadre initial de référence et d'analyse, contient l'argumentaire principal du groupe ou de l'ordre qui demande le partage d'activité. C'est un document contenant les éléments centraux nécessaires à l'analyse primaire de la demande par un comité directeur interne du CMQ, le Comité des activités médicales partageables (ci-après CDAMP en raison de son nom historique le Comité directeur des Activités Médicales Partageables). Selon ces éléments, le CDAMP décidera de continuer le processus vers l'analyse approfondie ou non, l'arrêt du processus à ce stade ne pouvant être dû qu'au fait que l'activité demandée fait déjà partie des activités de l'ordre faisant la demande³¹³. Le plus intéressant de cette procédure est qu'elle intègre lors de l'analyse approfondie la CI comme une norme essentielle de l'analyse, bien qu'elle l'ancre avec le rôle central du médecin de famille³¹⁴. Cependant, bien qu'elle contribue à la standardisation du partage d'acte et met de l'avant l'importance de la CI dans l'équipe de soin, son impact réel est encore à déterminer puisqu'elle garde le CMQ comme contrôle ultime de la CI dans le réseau de la santé québécois.

Section 2.3 Le contrôle sur l'exécution de l'activité elle-même

Chaque règlement de partage d'activités est donc le fruit d'une négociation entre les Ordres eux-mêmes et leurs membres quelques fois, sous l'égide de l'OPQ³¹⁵. De fait, chaque règlement a un contenu propre. Bien qu'il y ait eu rationalisation dans les dernières années, ces règlements sont nombreux : 17 règlements divers par le CMQ et 4 règlements par

³¹³ *Ibid* à la p 3.

³¹⁴ *Ibid* à la p 4.

³¹⁵ *Code des professions, supra* note 13, art 12; Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 au para 33.

l'OIIQ (voir le tableau 3 et 4 ci-dessous). Ils ont cependant une architecture assez semblable. Prenons par exemple le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*³¹⁶. Il comporte trois grandes sections : ce qui peut être fait (ici, la prise en charge des soins de plaie, de la santé publique et des problèmes de santé courants³¹⁷), comment (les modalités des prescriptions et les obligations de référence au médecin³¹⁸), sous quelles conditions (quelles conditions doivent remplir les infirmières pour être visées par le règlement³¹⁹). Le comment, plus particulièrement les obligations de référence au médecin, souligne le fait que ce règlement ne peut être considéré comme un outil totalement collaboratif, car ce dernier ne demande pas d'intégration synergique des savoirs et de discussion interprofessionnelle entre les acteurs. Le médecin garde son statut hiérarchique. Cependant, il faut noter que l'obligation de référer au médecin n'est pas absolue dans le règlement, c'est-à-dire que l'infirmière ne doit pas se référer en tout temps au médecin, mais seulement dans les situations où il y aurait une évolution anormale de la situation clinique (dans notre exemple, l'article 3 fait bel et bien référence à une « évolution anormale » sans la spécifier). Ainsi, ce règlement atteint partiellement un objectif de la CI : il permet une meilleure répartition des tâches et des responsabilités en fonction des compétences et facilite donc certains aspects de la CI. C'est l'élément de contrôle qui limite l'impact positif sur l'avènement de la CI. Une analyse semblable pourrait être faite avec tous les règlements d'autorisation ou de partage d'activités.

³¹⁶ *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*, supra note 227.

³¹⁷ *Ibid*, arts 2, 4 et 5.

³¹⁸ *Ibid*, arts 3 et 6.

³¹⁹ *Ibid*, art 7 à 11.

Donc, bien que les règlements de partage d'activités se multiplient, leur effet sur la CI est limité : la majorité des règlements contiennent des notions de contrôle médical. En fait, seulement 4 règlements de partages d'activités réservées en sont exempts (voir tableau). L'expert en droit professionnel ou le sociologue des professions n'y trouvera probablement rien d'étonnant. Bien que l'on reconnaisse l'importance de la répartition des tâches et de la CI et dans les guides de pratiques, la notion de hiérarchie est ancrée dans la relation sociale des professions, comme le présente Abbott³²⁰. Il est donc cohérent que le droit professionnel dans son ensemble organise et favorise le maintien de l'hégémonie de certaines professions sur d'autres par la délégation d'acte sous contrôle, en l'essence le contrôle du médecin sur les professions avec lesquelles il accepte de partager ses activités.

Or, le respect de l'autonomie est important dans la CI et qui dit autonomie, dit absence de contrôle marqué. De ce point de vue, la production de règlements sur les IPS, comme le *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*³²¹, malgré son abrogation en 2020 pour faire place à une modification de la LII³²², est un excellent exemple permettant de bâtir une CI efficace et juridiquement ancrée, en respectant tant la protection du public (notion de qualité de l'acte, collégialité³²³) que l'autonomie professionnelle (entente de partenariat et non pas ordonnance ou supervision directe³²⁴). Ne pouvant mesurer l'effet réel d'un tel règlement sur la CI au Québec en raison des situations cliniques particulières dans l'introduction des IPS et de son abrogation récente, une telle approche réglementaire

³²⁰ Abbott, *supra* note 9 à la p 126.

³²¹ *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, *supra* note 242.

³²² *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, *supra* note 241.

³²³ *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, *supra* note 242, arts 14-15.

³²⁴ *Ibid.*, arts 12-13.

a cependant beaucoup de potentiel. Cet effet potentiellement bénéfique sur la CI est aussi visible à moindre degré dans le Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute à l'article 1.2 dont le premier alinéa précise que :

Dans le cadre du programme national de santé publique pris en application de la Loi sur la santé publique ([chapitre S-2.2](#)), l'inhalothérapeute peut prescrire un médicament pour la cessation tabagique, sauf la varenicline et le bupropion.³²⁵

Cette activité de prescription de l'inhalothérapeute, bien que très spécifique, ne se fait pas sous supervision du médecin. L'inhalothérapeute est ici traité comme un professionnel indépendant, compétent de plein droit, et l'exercice de cette compétence de prescription est sous le seul contrôle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec³²⁶.

³²⁵ *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute*, RLRQ c M-9, r 6, art 1.2 al 1.

³²⁶ *Ibid*, art 1.3.

Tableau 6: Règlements de partage d'activités développés par le CMQ

Règlements de partage d'activités réservées par le Collège des Médecins du Québec					
Code	Titre	Qui	Quoi	Éligibilité	Supervision / contrôle
M-9, r. 1.1	Règlement sur certaines activités de première assistance chirurgicale pouvant être exercées par une infirmière	Infirmière	Gestes techniques chirurgicaux connexes	Formation spécifique donnée par établissement d'enseignement	Ordonnance ou supervision en présentiel
M-9, r. 2.1	Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence	Tous, premier répondant, technicien ambulancier, technicien ambulancier en soins avancés	Gestes urgents de sauvetage (naloxone, défibrillateur externe, adrénaline, ventilation au masque, etc.)	Titre d'agent (tous, premier répondant, technicien ambulancier, technicien ambulancier en soins avancés)	Dans le cadre strict d'un protocole approuvé par MSSS et CMQ (S-6.2)
M-9, r. 3.1	Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées en perfusion clinique	Perfusionniste clinique	Gestes propres au maintien des fonctions physiologiques	Formation et expérience spécifiques	Ordonnance
M-9, r. 4	Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par les membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec	Physiothérapeute	Administration de médicaments topiques et oxygène	Permis de l'Ordre seul	Ordonnance

M-9, r. 5	Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par un adjoint du médecin des Forces canadiennes	Adjoint du médecin (armée)	Gestes techniques et non techniques (liste exhaustive)	Reconnaissance de l'armée	Ordonnance et supervision directe
M-9, r. 6	Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute	Inhalothérapeute	Gestes techniques et prescription	Attestation de formation par l'Ordre	Ordonnance
M-9, r. 7	Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par un opérateur de caisson hyperbare	Technicien de caisson hyperbare	Geste technique et évaluation (liste exhaustive et public unique)	Titulaire du certificat	Référence automatique (supervision à distance)
M-9, r. 8	Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par un orthoptiste	Orthoptiste	Geste technique et évaluation (liste exhaustive)	Titulaire du certificat	Cadre de travail (cabinet ophtalmologique ou établissement de santé)
M-9, r. 10	Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un technologiste médical	Technologiste médical, employés d'Héma-Québec, employés effectuant ces tâches avant 2009	Gestes techniques sur cadavres	Permis de l'Ordre seul	Ordonnance ou sous la responsabilité du directeur médical
M-9, r. 11.01	Règlement sur une activité professionnelle qui peut être exercée par un technologue en imagerie médicale	Technologue en imagerie médicale	Pose de voie veineuse	Attestation de formation par l'Ordre	Ordonnance et supervision à distance

M-9, r. 11.1	Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un thérapeute du sport	Thérapeute du sport	Gestes techniques et évaluation (liste exhaustive et public unique)	Titulaire du certificat	Ordonnance et évaluation préintervention
M-9, r. 12	Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un ergothérapeute	Ergothérapeute	Administration de médicaments oral et topique	Permis de l'Ordre seul	Ordonnance
M-9, r. 12.001	Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier	Infirmière	Prescription	Formation universitaire uniquement et attestation de formation par l'Ordre	Évaluation médicale préalable et consultation selon évolution
M-9, r. 12.01	Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées en orthopédie par des personnes autres que des médecins	Technicien en orthopédie, infirmière auxiliaire	Gestes techniques reliés à l'immobilisation et aux plâtres ou attelle	Permis de l'Ordre et attestation de formation par l'Ordre	Plan de traitement médical ou infirmier
M-9, r. 12.1	Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que des médecins	Étudiant et résident en médecine	Tous les actes	Carte de stage délivrée par l'Ordre	Supervision par le programme de formation
M-9, r. 12.2	Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien	Pharmacien	Prescription (liste exhaustive)	Attestation de formation par l'Ordre	Ordonnance antérieure et avis automatique au médecin ou infirmière praticienne

M-9, r. 12.3	Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un technologue en électrophysiologie médicale	Technologue en électrophysiologie médicale	Gestes techniques (mise en place et administration)	Attestation de formation par l'Ordre	Ordonnance
M-9, r. 23.1 (ABROGÉ)	Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées	Infirmière praticienne spécialisée (IPS)	Prescriptions et traitement sur population définie	Permis de spécialiste de l'Ordre et formation spécifique avancée	Entente de partenariat avec un médecin, surveillance type qualité de l'acte

Tableau 7: Règlements de partage d'activités développés par l'OIIQ

Règlements de partage d'activités réservées par l'Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec					
Code	Titre	Qui	Quoi	Comment	Niveau de supervision
I-8, r. 1	Règlement sur une activité professionnelle pouvant être exercée par une personne agissant pour le compte d'Héma-Québec	Employé d'Héma-Québec	Geste technique spécifique	Attestation délivrée par Héma-Québec	Supervision en présenteielle
I-8, r. 2	Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers	Étudiants, externe en soins infirmiers, candidat à l'exercice	Actes infirmiers (liste exhaustive)	Immatriculation ou inscription aux programmes d'enseignement	Supervision en présenteielle
I-8, r. 3	Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire	Infirmière auxiliaire	Surveillance et geste technique (voie veineuse, trachéo)	Attestation de formation par l'Ordre	Cadre du plan thérapeutique infirmier

I-8, r. 4	Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une puéricultrice ou une garde-bébé et par d'autres personnes	Puéricultrice, garde-bébé	Gestes techniques et surveillance (population déterminée)	Titulaire du certificat	Supervision en présenteielle
-----------	--	---------------------------	---	-------------------------	------------------------------

Section 2.4 Le contrôle de l'organisation du travail des professionnels par l'employeur : la description des tâches des employés et les politiques internes de l'établissement.

Un point majeur de l'organisation des professions pouvant influencer sur la CI est le statut qu'a le professionnel au sein de l'établissement. Nous avons déjà évoqué l'impact relationnel de la position des professionnels à l'intérieur du réseau de soins sur la CI, positionnement qui influe sur le pouvoir de chaque profession dans la prise de décision. Cependant, le statut dans l'établissement de soin va au-delà de la position privilégiée historique du médecin dans l'organisation, au-delà de la relation des professionnels entre eux dans la structure organisationnelle du réseau de soins québécois. La notion de statut ici sera plus étudiée dans le sens de statut d'emploi. En effet, actuellement, la majorité des professionnels soignants sont membres du personnel, des employés des établissements³²⁷ contrairement aux médecins qui, par l'obtention de leurs privilèges de pratique, n'obtiennent pas pour autant un statut d'employé³²⁸. Cette différence dans le statut a de multiples impacts sur la pratique interprofessionnelle que nous regarderons dans les prochaines lignes.

Section 2.4.1 La détermination de l'activité par la description de tâche

³²⁷ En effet, seuls les médecins, dentistes et sages-femmes ne sont pas considérés comme faisant partie du personnel de l'établissement. Voir à ce sujet *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 112, art 236.

³²⁸ Voir à ce sujet Leroux, Jean-François, *supra* note 180.

Pour les professionnels employés de l'établissement, leurs tâches et leurs obligations sont déterminées beaucoup plus par le contenu de leur contrat de travail, soit la description de leur poste, que par leurs responsabilités professionnelles et leur zone de compétence professionnelle³²⁹. Comme salarié de la personne morale qu'est l'établissement de soins, ces professionnels sont soumis aux devoirs et droits de leur contrat de travail, au contrôle de l'employeur en la personne de son supérieur hiérarchique³³⁰. Bien que cela ne minimise en rien l'importance de leur statut de professionnel (le maintien de leur inscription au tableau des ordres pertinents est en effet souvent une condition du contrat de travail et l'absence de celui-ci souvent associé à la fin du contrat), leur relation avec l'employeur, la nature déterminée ou indéterminée des contrats, la création des postes et leur attribution de tâche relèvent plus de l'organisation du travail que de l'organisation des compétences professionnelles. Ainsi, la charge interne d'une infirmière par exemple sera en fonction de son contrat de travail, contrat qui détermine son titre d'emploi (infirmière clinicienne, infirmière-conseil, infirmière-chef, assistante-infirmière-chef, infirmière pivot, etc.), les règles syndicales internes applicables et la position hiérarchique de l'employé dans l'équipe de soins.

Ces aspects sont peu adaptatifs : ils sont fixés tant par l'employeur que par l'unité syndicale, les deux parties influant le plus sur le contenu des contrats de travail dans le

³²⁹ Voir au sujet de la collaboration interprofessionnelle comme tâche ou aptitude à avoir pour un poste: *Syndicat des travailleuses et travailleurs en réadaptation de la Montérégie-Ouest (CSN) c Services de réadaptation du Sud-Ouest et du renfort – le centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO)*, [2016] CanLII 27045; Voir aussi *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières c Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec (SPDNQ)*, [2005] QCCA 278.

³³⁰ Voir à ce sujet Frédéric Desmarais, « Commentaire sur l'article 2085 C.c.Q. » (2014) EYB2014DCQ1662 Commentaires sur le Code civil du Québec; Linda Bernier, Guy Blanchet & Éric Séguin, « L'insubordination » (2020) EYB2020MDN646 Les mesures disciplinaires et non disciplinaires dans les rapports collectifs de travail.

domaine public syndiqué comme le secteur de la santé³³¹. L'impact sur l'avènement de la CI sera substantiel : si ni l'employeur ni l'unité syndicale considère la CI comme importante, elle ne sera pas priorisée dans les tâches. La seule référence claire trouvée dans la jurisprudence porte sur une cause en droit du travail où une infirmière contestait le processus d'embauche d'un poste d'infirmière clinicienne et où la CI est citée comme une compétence transversale au poste demandé³³². Si la CI ne fait pas partie de la description des tâches ou des aspects importants lors de l'affichage des postes, l'employeur ne peut exiger de ses salariés une pratique en ce sens tandis que le salarié pourrait invoquer que l'employeur qui exige la participation à la CI lui demande d'exécuter une action contraire à la convention collective ou à sa description de tâche³³³.

Somme toute, en l'absence de mention de la CI dans la description des postes soumis aux normes des contrats de travail, la tâche décrite aura préséance sur la CI. Le statut de professionnel ne change pas le statut de salarié et comme le professionnel employé est soumis aux horaires que lui incombent son poste³³⁴, si la CI n'est pas une tâche priorisée, on peut difficilement imaginer comment le professionnel salarié et débordé pourrait prioriser la collaboration par rapport aux autres obligations administratives ou

³³¹ Desmarais, *supra* note 330; Bernier, Blanchet & Séguin, *supra* note 330; Michel Coutu et al, *Droit des rapports collectifs du travail au Québec*, 3e édition. éd, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2019 aux para 592-598.

³³² *Syndicat des travailleuses et travailleurs en réadaptation de la Montérégie-Ouest (CSN) c Services de réadaptation du Sud-Ouest et du renfort – le centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO)*, *supra* note 329 au para 15.

³³³ Bernier, Blanchet & Séguin, *supra* note 330.

³³⁴ Jean-Michel MONTBRIAND, « L'obligation des membres d'un ordre professionnel de dénoncer le comportement dérogatoire d'un autre membre » EYB2019DEV2721 Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire (2019) (Service de la formation continue du Barreau du Québec, 2019) à la p 55.

déontologiques qui lui incombent³³⁵. De plus, ces horaires ne sont pas flexibles en principe et le professionnel ne peut donc pas les modifier en accord avec ses collègues, ses confrères ou ses collaborateurs pour faciliter la collaboration ou le soin du patient³³⁶.

Nonobstant ce que nous avons discuté plus haut, le statut de salarié de plusieurs professionnels peut aussi potentiellement faciliter l'organisation de la CI. Médié par la notion de description de tâche, le statut de salarié avec une description claire permet justement de clarifier les tâches et les objectifs de chaque professionnel dans l'équipe et donc d'introduire ces éléments importants dans une pratique en équipe fonctionnelle. Par exemple, si les contrats de travail demandent spécifiquement des « compétences interprofessionnelles » en plus de décrire les attentes de l'établissement quant à la participation dans l'équipe en fonction des compétences cliniques propres à chaque profession, le statut de salarié sera promoteur de la CI. Concrètement, cela se voit déjà dans certaines situations organisationnelles exceptionnelles comme les centres dédiés de soins transitionnels ou chroniques, tels les centres de gériatrie, les centres de réhabilitation de neurologie ou de traumatologie où les professionnels sont tous dédiés à une tâche commune

³³⁵ *Ibid* aux pp 55-56.

³³⁶ *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières c. Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec (SPDNQ)*, *supra* note 329.

où les rôles sont définis³³⁷, comme le rapporte aussi Miller et Freeman pour le Royaume-Uni³³⁸.

Cependant, le contenu des descriptions de tâches inclus dans les contrats de travail ne sont pas les seuls éléments normatifs issus de la relation salarié-employeur pouvant limiter ou faciliter la CI : la personnalité morale de droit public que sont les établissements peuvent aussi influencer les pratiques par la production de politiques internes.

Section 2.4.2 Le professionnel, le salarié et le respect des politiques internes des établissements

La LSSSS donne le pouvoir au conseil d'administration de chaque établissement d'émettre des politiques internes pour la gestion efficace des ressources de son établissement³³⁹. Pour les cliniciens, les politiques internes qui ont le plus d'impact sont les règles

³³⁷ En effet, les professionnels de ces organisations ont souvent une description de tâche lié à l'amélioration clinique du patient ou son retour à la fonctionnalité, qui est souvent aussi la mission de l'établissement. L'uniformité relative des unités de ces établissements évite la rotation ou réorganisation fréquente de personnel professionnel, particulièrement les physiothérapeutes, ergothérapeutes et psychologues, souvent vue dans les établissements de soins aigus. Aussi, historiquement, les approches de réadaptation et de gériatrie ont mieux intégré la CI. Voir à ce sujet entre autres Lynette R Goldberg et al, « Considering accreditation in gerontology: The importance of interprofessional collaborative competencies to ensure quality health care for older adults » (2012) 33:1 *Gerontology & Geriatrics Education* 95-110; Hardin, Kilian & Spykerman, « Competing health care systems and complex patients », *supra* note 26; Zwarenstein, Goldman & Reeves, *supra* note 6.

³³⁸ Carolyn Miller & Marnie Freeman, « Clinical teamwork: The impact of policy on collaborative practice » dans Audrey Leathard, dir, *Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care*, Hove ; New York, Brunner-Routledge, 2004.

³³⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 112, arts 170-172; Voir aussi à ce sujet Garant, Garant & Garant, *supra* note 181 à la p 133.

d'utilisation des ressources médicales et matérielles. Ce pouvoir est délégué sous l'autorité du directeur général et du directeur des services professionnels au chef de département clinique³⁴⁰ : c'est ce dernier qui doit développer les règles de gestion de son département. Cependant, ces politiques d'utilisation des ressources doivent être approuvées par le conseil d'administration après consultation du CMDP avant de prendre effet³⁴¹.

Ces politiques doivent être respectées par les employés au même titre que toutes les directives administratives pouvant venir de leur supérieur hiérarchique³⁴². Ces politiques et règles administratives ne peuvent contredire le code de déontologie et les règles professionnelles issues du CP et des lois habilitantes puisque ceux-ci sont d'ordre public³⁴³. Cependant, ils peuvent sans les contredire en restreindre la portée ou imposer des limites plus rigides là où le droit professionnel est souple. Un excellent exemple est la mise en place de règle de soins dans les établissements demandant aux infirmières des ordonnances médicales pour des actions faisant partie de leur champ descriptif indépendant, comme la mise en place de mesure de contention ou d'isolement. En ce qui a trait à la CI, les employés peuvent se retrouver dans une situation similaire. Prenons par exemple les infirmières. Dans leur code de déontologie, ces professionnels ont une obligation de collaborer qui se lit comme suit :

³⁴⁰ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 112, art 189 al 1 3e.

³⁴¹ *Ibid*, art 192.

³⁴² MONTBRIAND, *supra* note 334 aux pp 54-57.

³⁴³ Villeneuve, *supra* note 253 aux pp 343-344; Garant, Garant & Garant, *supra* note 181 aux pp 127, 131 et 311.

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.³⁴⁴

Ainsi, dans la mesure où l'employé infirmier a une obligation déontologique de ne pas refuser la collaboration en vertu de son code de déontologie, l'employeur ne peut pas forcer un employé à contrevenir à cette obligation et peut exiger la participation aux équipes interprofessionnelles, ce qui est de nature à favoriser la CI. Cependant, l'obligation déontologique pour les infirmières est passive, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent refuser de collaborer, mais n'ont pas l'obligation d'initier la collaboration ou de s'assurer du fonctionnement adéquat de la CI en général. Cela laisse une grande latitude à l'employeur pour mettre en place des politiques internes qui peuvent limiter implicitement la CI sans explicitement lui nuire. La portée juridique de toute politique interne de nature à venir limiter l'obligation déontologique de collaboration sera donc laissée à la libre appréciation des tribunaux.

Selon notre lecture, les règles internes de l'équipe interprofessionnelle peuvent être à la fois considérées comme des règles de gestion des ressources au sens de l'article 189 de la LSSSS et comme une directive. Les deux éléments n'ont pas la même force coercitive, les premières devant être respectées sous peine de sanction administrative, les secondes, étant plus des guides de conduite pouvant ne pas être appliqués³⁴⁵. Si le chef de département clinique considère la CI comme un mode de délivrance du soin important, les règles internes de la CI seront considérées comme des règles de gestion soit « des règles

³⁴⁴ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ c I-8, r 9, art 46.

³⁴⁵ Garant, Garant & Garant, *supra* note 181 aux pp 275-282; Voir aussi *Mario Giroux c Centre hospitalier Régional de Trois-Rivières*, [2012] 1611 QCCA .

d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes qui tiennent compte notamment de la nécessité de favoriser l'accessibilité aux services de l'établissement »³⁴⁶. Cependant, elles peuvent aussi être construites comme des directives si le chef de département ne considère pas la CI comme un mode de soin, mais une décision purement clinique : elles sont alors discrétionnaires pour l'organisation. Considérer les règles entourant la CI comme des directives serait en accord avec la réalité que la majorité des équipes ne sont pas constitués clairement dans les départements cliniques ou dans les établissements de soins au Québec. Pour résumer, leur existence clinique est indéniable, leur existence administrative est souvent minime. Pour la CI, cette détermination « règle de gestion versus directive » peut avoir un impact majeur au-delà de la seule force administrative sur les employés. Son impact peut être décuplé en raison du statut particulier du médecin dans l'établissement.

Nous avons vu que tous les professionnels de l'équipe n'ont pas un statut d'employé de l'établissement, particulièrement les médecins. L'impact immédiat de ce statut est que le médecin n'a donc pas de supérieur hiérarchique administratif à l'intérieur de l'établissement : il ne peut donc pas être soumis à l'application de simples directives, comme le souligne le juge Giroux dans une cause en appel :

D'autre part, il m'apparaît également difficile de considérer les médecins comme des membres subordonnés au regard des directives d'un supérieur hiérarchique. Au départ, les médecins ne sont pas réputés faire partie du personnel de l'établissement et notre Cour a consacré le principe qu'il n'y a pas de lien de préposition entre l'hôpital et le médecin lors de l'exécution d'un acte médical. S'il est vrai que le médecin ne peut être considéré comme un tiers au regard des RBO, cela ne signifie pas pour autant qu'il est un subordonné dans le cadre d'une relation « [...] de commandement hiérarchique, dont le respect

³⁴⁶ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, supra note 112, art 189 al 1 3e.

est garanti par des sanctions relevant de la discipline interne applicable aux agents publics ». ³⁴⁷

Malgré ce fait, le médecin se doit de respecter les règles de gestion de l'établissement, du moins quand il s'agit de l'utilisation des ressources que ce dernier met à sa disposition. Le champ des possibles dans la détermination de ce qui devient une règle de gestion des ressources médicale et matérielle en ce qui a trait à la CI est dépendant de la volonté du chef de département clinique de les inclure dans les règles de gestion. Si la CI et ses règles internes font partie de la catégorie « règle de gestion », adoptée par le conseil d'administration, le médecin, malgré son statut de travailleur autonome, se doit de les respecter ³⁴⁸. Sinon, il garde le plein contrôle sur l'existence de la collaboration.

Pour résumer, puisque les soignants professionnels qui idéalement doivent travailler en collaboration n'ont pas le même statut par rapport à l'établissement, ils n'ont pas les mêmes structures de contrôle par l'établissement. C'est cette différence de statut qui, à notre avis, a un impact sur l'implantation de la CI. En effet, cette différence induit un changement dans les paramètres de pratique des professionnels au-delà de leur seule identité professionnelle : la détermination des « règles du jeu » administrative pour un employé ou pour un travailleur autonome ne se fait pas de la même manière, tout comme les incitatifs et les sanctions.

³⁴⁷ *Mario Giroux c Centre hospitalier Régional de Trois-Rivières*, supra note 345 au para 127.

³⁴⁸ *Mario Giroux c Centre hospitalier Régional de Trois-Rivières*, supra note 345.

Section 3 : Les responsabilités professionnelle et civile partagées entre les professionnels de l'équipe

Comme nous venons de le voir dans la section précédente, les relations de pouvoir entre les professionnels peuvent être le fruit de normes professionnelles et de normes administratives. Cependant, les relations de pouvoir ne sont pas les seuls aspects qui influent sur la CI. Du point de vue du droit, la responsabilité sous toutes ses formes est un des facteurs principaux d'influence.

Section 3.1 La collaboration interprofessionnelle comme une obligation déontologique : uni dans une même obligation

Dans le contexte québécois, les codes de déontologie sont des règlements d'une portée particulière pour le professionnel. Au-delà de leur nature de règlement d'ordre public³⁴⁹, ces codes régulent plus que n'importe quel règlement le contenu effectif de la pratique en déterminant les obligations déontologiques, c'est-à-dire les règles de conduite que tout professionnel doit respecter dans le cadre d'une pratique exemplaire³⁵⁰. Puisqu'ils contiennent des règles de conduite et obligations professionnelles, leur non-respect ouvre la possibilité d'engager des recours disciplinaires devant les comités de discipline, recours

³⁴⁹ MONTBRIAND, *supra* note 334 à la p 54.

³⁵⁰ Luc Bégin, « Légiférer en matière d'éthique : le difficile équilibre entre éthique et déontologie » (2011) vol. 13, n° 1 Éthique publique 39-61.

qui sont habituellement intentés alors par le syndic de l'ordre³⁵¹. L'administration de ces recours par le syndic sera discutée dans une section ultérieure.

Les codes de déontologie des médecins et des infirmières font bel et bien mention de la collaboration³⁵². En premier lieu, comme mentionné précédemment, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec*³⁵³ comporte l'article suivant donnant une certaine obligation déontologique à l'infirmière :

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.³⁵⁴

L'article du Code ne donne pas à l'infirmière l'obligation « positive » de collaborer : elle ne peut simplement pas refuser. Cette position un peu passive³⁵⁵ renforce la hiérarchie intrinsèque des règlements de partage d'activités vu plus haut en positionnant l'infirmière comme un professionnel réagissant à un décideur qui lui est extérieur. Elle ne met pas en oeuvre la collaboration. Conséquemment, refuser de collaborer avec les autres professionnels devrait être considéré comme un non-respect par l'infirmière de son code de déontologie. Par contre, omettre d'amorcer la collaboration si celle-ci n'est pas demandée par un autre professionnel ne serait pas une infraction à ce même code. La portée

³⁵¹ *Ibid.*

³⁵² Nous ne parlerons pas ici des obligations de collaborer à une enquête du syndic, une évaluation de l'Ordre ou au processus d'inspection professionnelle

³⁵³ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers, supra* note 344.

³⁵⁴ *Ibid.*, art 46.

³⁵⁵ Voir nos propos précédents en ce sens à la page 132

clinique ou juridique de cette interprétation est difficile à évaluer face à une absence de jurisprudence ou de décision disciplinaire sur le sujet³⁵⁶.

Le choix sémantique du *Code de déontologie des médecins*³⁵⁷ est différent. Le texte impose une obligation aux membres de collaborer avec de multiples intervenants. En effet, plusieurs articles couvrent la collaboration, soit en lien avec les proches du patient ou avec les autres soignants :

59. Le médecin doit collaborer avec les proches du patient ou toute autre personne qui démontre un intérêt significatif pour celui-ci.³⁵⁸

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.³⁵⁹

Cette valeur proactive donnée à l'obligation peut paraître mineure, mais elle facilite techniquement l'évaluation versus une obligation passive : il est en effet plus simple de noter l'absence de quelque chose qui aurait dû être. Dans l'éventualité d'un recours, l'obligation de collaboration du médecin envers les autres professionnels et les proches du patient a la même teneur que ses autres obligations de collaboration, notamment celle avec le CMQ³⁶⁰. La preuve devra donc être faite comme dans le contexte de collaboration avec le syndic de l'ordre : relance répétée sans retour, communication sans retour ou énoncés

³⁵⁶ En effet, nos recherches dans les bases de données juridiques (CanLII™, SOQUIJ™, La référence™) n'ont permis de retrouver aucun cas où ces articles ont été évoqués dans un jugement de plainte.

³⁵⁷ *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17.

³⁵⁸ *Ibid*, art 59.

³⁵⁹ *Ibid*, art 112.1.

³⁶⁰ *Ibid*, art 116.

fautifs ou malhonnêtes dans le cadre de la communication³⁶¹. Cette analyse ne peut malheureusement pas, comme ci-haut, être confrontée à la jurisprudence et aux décisions sur le sujet, celle-ci étant lacunaire³⁶².

L'influence des codes de déontologie ne se limite pas seulement aux obligations de collaboration qu'ils imposent à leurs membres. Les professionnels doivent collaborer, mais pas dans n'importe quelles conditions ou avec n'importe qui. Les codes de déontologie fournissent aussi des balises pour l'initiation de la relation avec les collaborateurs. Les obligations sont cependant différentes pour les infirmières et les médecins à ce sujet.

Dans le code de déontologie des infirmières, l'obligation de contrôle des collaborateurs est centrée sur la notion de protection de la profession. L'obligation donnée à l'infirmière est en effet celle d'empêcher une personne non inscrite au tableau de l'OIIQ de réaliser des gestes appartenant à la profession infirmière, d'utilisation le titre d'infirmière ou de personnifier une infirmière. L'article se lit comme suit :

51. Sous réserve d'une loi ou d'un règlement à l'effet contraire, l'infirmière ou l'infirmier ne peut autoriser une personne qui n'est pas inscrite au tableau de l'Ordre à exercer une activité réservée aux infirmières et aux infirmiers, ni l'aider ou l'inciter à le faire.

³⁶¹ Villeneuve, *supra* note 253 à la p 156.

³⁶² En effet, nos recherches dans les bases de données juridiques (CanLIITM, SOQUIJTM, La référenceTM) n'ont permis de retrouver aucun cas où ces articles ont été évoqués dans un jugement de plainte. Voir aussi à ce sujet Nicholas Léger-Riopel & Patrice Deslauriers, *Code de déontologie des médecins*, Montréal, QC, Éditions Yvon Blais, 2015 aux pp 174-175; D'ailleurs, dans une décision récente portant sur un comportement dérogatoire d'un chirurgien envers son équipe de travail, l'obligation de collaboration avec les confrères et les autres professionnels n'a même pas été soulevée comme chef d'accusation. Voir *Médecins (Ordre professionnel des) c Malo*, [2021] QCCDMD 25.

De plus, l'infirmière ou l'infirmier ne peut autoriser une personne qui n'est pas inscrite au tableau de l'Ordre à utiliser le titre d'infirmière ou d'infirmier ou à laisser croire qu'elle est infirmière ou infirmier, ni l'aider ou l'inciter à le faire.³⁶³

On retrouve donc chez les infirmières la même notion dont nous avons déjà discuté où le titre ou l'inscription au tableau de l'ordre fait office de garant de compétence. Il ne s'agit pas de compétence ou de qualification, mais de titre. Cependant, les infirmières n'ont pas *per se* une obligation de s'assurer que les autres membres sont compétents à faire le geste qu'ils posent, mais plus de s'assurer que celles qui se disent infirmières ou agissent comme tel le sont vraiment. Ces professionnels n'ont donc jamais l'obligation déontologique de contrôle envers le reste de l'équipe. Cela peut sembler un aspect très managérial, mais son impact potentiel réside dans le fait que les médecins, eux, ont cette obligation claire par l'article suivant :

53. Le médecin doit, lorsqu'il pose un acte qui requiert une assistance, s'assurer que le personnel qui l'assiste est qualifié.³⁶⁴

Bien que ce ne soit pas des articles portant en tant que tels sur la collaboration, ces articles se réfèrent quand même à la notion de travail assisté, de partage du travail, des situations qui font partie du continuum du travail en équipe. De plus, comme ce sont les seuls articles ayant subi le test des comités de discipline ils nous permettent d'avoir une idée de la position que pourraient prendre ces comités quant à la collaboration entre professionnels.

³⁶³ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers, supra* note 344, art 51.

³⁶⁴ *Code de déontologie des médecins, supra* note 357, art 53.

Les faits d'un cas à l'autre sont différents, mais ont un point commun : la notion de compétence est synonyme de possession d'un titre selon les comités de discipline³⁶⁵. Les comités de discipline ne semblent pas dans leurs décisions référer à une évaluation complète de la compétence de l'individu en elle-même (c'est-à-dire de la capacité de réaliser un acte selon des normes établies et de comprendre les risques et les bénéfices dudit acte³⁶⁶). Pour déterminer si le professionnel défendeur a enfreint ou non son devoir professionnel en lien avec la compétence de ses assistants ou en lien avec le partage d'activité, les comités se pose, non pas la question de la compétence clinique, mais la question de la possession du titre professionnel donnant légalement la compétence d'agir. Cette position des comités de discipline peut avoir deux effets opposés sur la CI. Le premier est assez positif : cette importance mise sur la notion de titre professionnel dédouane le professionnel du besoin de s'assurer par lui-même de la compétence des membres de son équipe. Elle est présumée s'ils sont inscrits au tableau de leur ordre. Les équipes peuvent donc organiser la répartition des tâches et rôles de chacun en fonction des champs de pratique légalement reconnus pour chaque profession. Ainsi, dans un contexte de processus disciplinaire concernant une pratique en équipe, les comités de disciplines utiliseront la notion du titre en lieu et place de la compétence de l'individu à faire le geste. Le médecin ou l'infirmière n'auront nullement le besoin de faire passer un « examen » à l'autre professionnel pour juger de leur compétence pour respecter leur obligation déontologique. La validité de ce titre suffit.

³⁶⁵ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Therrien*, supra note 233; *Mario Giroux c Centre hospitalier Régional de Trois-Rivières*, supra note 345; *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c Perreault*, supra note 231.

³⁶⁶ P Gilbert, « La compétence : concept nomade, significations fixes » (2006) 12:2 *Psychologie du Travail et des Organisations* 67-77.

Le second effet est au mieux mitigé. La position des comités de discipline liant la compétence d'un individu à son inscription au tableau de l'ordre peut avoir un effet rigidifiant sur la CI, les médecins et infirmières se voyant renforcés dans leur vision hiérarchique des professions et leur vision de leur obligation déontologique face aux actes des autres membres de l'équipe qui ne seraient pas membre d'un ordre et dont l'expérience antérieure ne semble pas prise en compte par le comité de discipline.

Section 3.1.1 L'impact sur la détermination de la faute disciplinaire

La faute disciplinaire est à la fois simple et complexe : elle est un manquement à un devoir professionnel explicitement indiqué dans le code de déontologie, règlement issu de l'ordre professionnel, c'est une « infraction aux dispositions du [Code des professions], de la loi constituant l'ordre dont il est membre ou des règlements adoptés conformément au présent code ou à ladite loi »³⁶⁷. Simple dans sa définition, mais complexe dans sa preuve, qui est soumise aux mêmes règles que la procédure en responsabilité civile : il faut prouver la déviation du comportement par rapport à ce que concrètement les pairs considèrent comme la norme établie, par la balance des probabilités³⁶⁸. Il en serait de même pour une faute disciplinaire concernant la CI.

³⁶⁷ Laverdière, *supra* note 253 aux para 7-55.

³⁶⁸ *Ibid.*

Nous avons vu plus haut que, dans le cas qui nous occupe, tant les médecins³⁶⁹ que les infirmières³⁷⁰ ont des obligations professionnelles eu égard à la collaboration. Bien que l'absence de jurisprudence sur ces articles ne permettent pas de statuer clairement sur comment les tribunaux évalueraient ces obligations, les différents guides de pratique publiés par les ordres concernés peuvent être utilisés pour mieux déterminer le comportement attendu du professionnel en regard de cette obligation. En effet, comme le mentionne Laverdière :

Les tribunaux reconnaissent généralement une valeur et une portée déontologiques à ces instruments lorsque vient le temps d'interpréter et d'appliquer des normes plus générales, énoncées par les textes législatifs et réglementaires formels. On ne pourrait toutefois suggérer que ces actes pararélementaires ont la même portée qu'un texte législatif ou réglementaire. Il doit ainsi être compris que, dans un contexte disciplinaire, leur utilité sera surtout de soutenir la preuve à l'égard d'un chef de plainte qui, lui, devra notamment indiquer à quelle disposition législative ou réglementaire se rapporte l'infraction alléguée³⁷¹.

Ainsi, les comités de disciplines pourraient juger du comportement des acteurs en fonction de ces guides, un soutien à la preuve du comportement attendu du professionnel en lien avec les articles du code de déontologie portant sur la collaboration.

Bien que les ordres aient émis de nombreux énoncés de position favorable à la CI³⁷², les guides et lignes directrices doivent avoir une portée concrète et décrire un comportement

³⁶⁹ *Code de déontologie des médecins*, supra note 357, arts 59 et 112.1.

³⁷⁰ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, supra note 344, art 46.

³⁷¹ Laverdière, supra note 253 aux para 7-34.

³⁷² L'énoncé central est *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des Médecins du Québec, & Ordre des Pharmaciens du Québec, Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle* :

souhaité pour éclairer les tribunaux. Les énoncés de position peuvent favoriser l'avènement de la CI en présentant cette approche du soin comme souhaitable, mais en ce qui a trait au soutien à la preuve, ils sont de peu d'utilité. Les lignes directrices claires comportant une suggestion quant aux comportements que les professionnels devraient adopter ne sont pas très nombreuses. En fait, il n'en existe que peu. Un excellent exemple de lignes directrices claires quant aux attentes des ordres est *La collaboration interprofessionnelle dans le service d'hémodynamie : Lignes directrices pour la pratique des infirmières et des technologues en radiologie*³⁷³. Produit en collaboration entre l'OIIQ et l'Ordre professionnel des technologues en radiologie du Québec (OPTRQ), le document comprend trois tableaux qui attribuent à chaque professionnel les activités qui surviennent chronologiquement dans le continuum de l'hémodynamie (la gestion minimalement invasive des pathologies coronariennes) en fonction de leur champ de pratique³⁷⁴. Les tableaux comprennent trois sections : ce qui est du ressort de l'infirmière, par exemple « Administrer les médicaments en cours d'intervention³⁷⁵ » ce qui est du ressort du technologue, par exemple « gérer le processus de surveillance lié à l'examen radiologique et à la radioprotection³⁷⁶ » et ce qui est partageable, par exemple « assurer l'asepsie³⁷⁷ ».

rehausser la qualité et la sécurité des soins, Montréal, QC, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015 Voir aussi sur le même thème le site web collaborationinterprofessionnelle.ca.

³⁷³ Suzanne Durand, Lise Bergevin & Joël Brodeur, *La collaboration interprofessionnelle dans le service de l'hémodynamie: lignes directrices pour la pratique des infirmières et des technologues en radiologie*, Westmount, QC, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2008.

³⁷⁴ *Ibid* à la p 27 à 29.

³⁷⁵ *Ibid* à la p 27.

³⁷⁶ *Ibid*.

³⁷⁷ *Ibid*.

Cette répartition ancrée dans la clinique et dans le droit est assez directive. Elle a l'avantage de bien décrire ce que chaque professionnel devrait pouvoir faire en regard de son champ de pratique, mais il a le désavantage d'être cristallisé dans le temps, représentant le champ de pratique à un moment X et non pas la fluidité que l'on reconnaît à l'évolution du droit professionnel et à la CI. Cette approche ne se retrouve pas dans les lignes directrices plus récentes. Deux documents produits en collaboration par de nombreux ordres peuvent être de bons exemples de cette évolution. Le premier est intéressant, car les ordres ont choisi de formuler leurs lignes directrices non pas en fonction des activités juridiquement attribuées, mais de présenter les problématiques cliniques. Dans *Expertises Professionnelles Adaptées aux Besoins des Personnes Hébergées en CHSLD – Collaboration interprofessionnelle en CHSLD*³⁷⁸, les ordres présentent les professionnels concernés dans le cadre de problématiques de soins spécifiques, comme l'usage optimal des médicaments en CHSLD, la gestion de la douleur, etc. En voici un exemple :

e) Maintien de la mobilité et de l'autonomie

Principaux professionnels concernés : ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, médecin, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique.

- Dépistage systématique des troubles de la mobilité, y compris les risques de chutes et les risques de plaies de pression;
- Évaluation de l'autonomie fonctionnelle de chaque résident à l'admission dans son nouvel environnement, et au besoin par la suite;
- Portrait fonctionnel de l'équilibre et de la mobilité de tous les résidents mis à jour annuellement ou lors d'un changement de la condition du résident;
- Plan d'activités de mobilité selon les capacités de la personne;

³⁷⁸ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et al, *EXPERTISES PROFESSIONNELLES ADAPTÉES AUX BESOINS DES PERSONNES HÉBERGÉES EN CHSLD - Collaboration interprofessionnelle en CHSLD*, Montréal, QC, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016.

- Prévention des accidents, notamment par l'évaluation du risque de chute par le professionnel concerné;
- Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle;
- Soutien au préposé aux bénéficiaires pour des pratiques de mobilisation sécuritaires selon la situation du résident (prévention des chutes et des blessures).³⁷⁹

L'autre approche est aussi orientée vers la problématique clinique, mais inclut une définition légale des champs de pratique³⁸⁰ pour permettre au lecteur d'interpréter la description des approches cliniques en fonction de son champ de pratique. *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent - Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie*³⁸¹ est donc plus un document produit par les ordres pour s'assurer que tous les professionnels ont un glossaire commun, une vision commune face à la pratique clinique de la psychothérapie³⁸².

Ces modes de présentation ont le mérite de souligner l'adaptabilité de la répartition des tâches dans chaque situation en fonction des professionnels présents, de proposer un consensus clinique de la part des ordres et de permettre l'analyse en fonction de la potentielle évolution des champs de pratique. Elle a cependant le désavantage de porter à interprétation et d'éclairer moins les tribunaux que l'approche plus rigide de l'énumération des activités réservées ou partageables. Ainsi, bien que les ordres se disent fortement en

³⁷⁹ *Ibid* à la p 12.

³⁸⁰ Collège des médecins du Québec et al, *supra* note 277 aux pp 11-12.

³⁸¹ Collège des médecins du Québec et al, *supra* note 277.

³⁸² Le CMQ a aussi produit un document similaire pour la collaboration en santé oculaire, avec la collaboration de l'Ordre des Optométristes du Québec. Voir à ce sujet Ordre des optométristes du Québec & Collèges des Médecins du Québec, *supra* note 277.

faveur de la CI, les outils qu'elles produisent pour aider leurs conseils de discipline respectifs à analyser les articles de déontologie se rapportant à la CI demeurent limités.

En résumé, pour un professionnel qui pratique en équipe, la discipline professionnelle est un aspect important de l'action des ordres professionnels sur sa pratique clinique et il possède assez de repères normatifs pour déterminer son comportement. Pour les ordres, elle est aussi centrale, car elle permet de sanctionner les comportements déviant de la norme et donc, une partie importante du mandat de protection du public. Cependant, la discipline dépend de chaque ordre et se base sur l'analyse des obligations contenue dans les codes de déontologie des professions spécifiquement. Ces obligations déontologiques à la collaboration seront donc paradoxalement évaluées en dehors de cette collaboration, en silos dans chaque Ordre, et ce malgré des lignes directrices et des énoncés de position communs.

Section 3.1.2 L'impact sur l'administration de la discipline

Nous avons déjà exposé les obligations relatives à la CI qui sont présentes dans les codes de déontologie des ordres dans la section précédente, maintenant, regardons leur administration. Comme nous venons de l'écrire plus haut, chaque ordre a son syndic, son conseil de discipline et son code de déontologie. Bien que les règles de procédures soient communes, puisqu'elles sont fixées en partie par le CP³⁸³, les ordres sont actuellement étanches entre eux, permettant peu l'approche collaborative si celle-ci s'avérait nécessaire

³⁸³ *Code des professions*, *supra* note 13, arts 116-149.1; Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 aux para 25-26.

à l'administration d'une plainte³⁸⁴. Ainsi, si une problématique interprofessionnelle devait être traitée, elle le serait par chaque conseil de discipline de chaque ordre, tant dans l'enquête que dans l'administration de la plainte à l'intérieur du processus disciplinaire.

Peu importe la profession, le processus disciplinaire en lui-même s'initie de manière uniforme par la formulation d'une plainte³⁸⁵. Elle peut être exogène, venant d'une personne en dehors de l'ordre, d'un patient ou d'un collègue, ou endogène, venant d'une personne de l'ordre, syndic ou non³⁸⁶. Un professionnel témoin d'une situation peut donc faire une plainte contre tout membre professionnel de son équipe. Ainsi, il est primordial que tous les professionnels soient tous au fait de leurs obligations déontologiques en lien avec la collaboration, mais aussi des obligations des autres membres de l'équipe, car tous ces professionnels ont des obligations de collaboration, mais elles peuvent être passives ou actives³⁸⁷.

En assumant la connaissance de ces obligations, chaque professionnel de l'équipe est à même de mieux comprendre le comportement de chacun des membres de l'équipe et ainsi, de juger de leur adéquation face à leur déontologie.

Ensuite, l'administration de chacune de ces plaintes se fera par le ou les syndics appropriés. On retrouve encore ici un certain paradoxe quant à l'utilisation de la discipline comme outil

³⁸⁴ Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 au para 29.

³⁸⁵ *Code des professions*, *supra* note 13, art 116.

³⁸⁶ *Ibid*, art 122; Villeneuve, *supra* note 253 à la p 155.

³⁸⁷ Voir section ci-haut au sujet des obligations déontologiques à la collaboration des médecins et infirmières.

effectif de promotion de la CI. Tous les professionnels ont une forme d'obligation déontologique relative à la CI, mais elle est variable : seule la connaissance des formes d'obligation de tous par tous permet de rendre effective la discipline comme outils pour la CI. Et comme les professionnels évalueront le comportement des autres membres de l'équipe en fonction de leur propre obligation, l'interprétation des obligations déontologiques envers la collaboration par tous les membres de l'équipe dépendra ultimement de la perception de l'importance de la CI par ces mêmes membres ou par leur syndicat respectif.

Dans ce contexte, il est difficile de voir l'administration de la justice disciplinaire comme une administration favorisant l'évaluation de la CI chez les membres des ordres respectifs puisque ceux-ci seront évalués individuellement dans leur système disciplinaire respectif, système qui sera hautement dépendant de la valeur accordée à la CI par les membres de l'ordre. Comme le mentionnent les auteurs Laverdière et Régis :

Au chapitre des mécanismes d'inspection et d'enquête, la situation est sensiblement la même que celle observée pour la réglementation, en ce sens que les principaux leviers dont disposent les ordres, soit l'inspection professionnelle et la discipline, n'obéissent pas à des règles qui favorisent explicitement des approches collaboratives interordres. Bien sûr, on peut sans doute souligner le fait que les règles actuelles n'interdisent pas aux responsables de différents ordres professionnels dont les membres exercent des activités connexes de coordonner certaines interventions, voire d'échanger de l'information. Il reste toutefois que l'ADN du système actuel est, sauf quelques exceptions, beaucoup plus orienté vers des approches parallèles.³⁸⁸

³⁸⁸ Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 au para 29.

Sans égard à ce que nous venons d'établir plus haut en lien avec l'administration des plaintes, il est cependant possible qu'un professionnel reçoive une plainte en lien avec sa pratique collaborative puisque celle-ci fait bel et bien partie des obligations professionnelles des médecins et des infirmières du Québec. Il n'est pas clair par contre comment les conseils de discipline feraient l'administration d'une telle plainte.

Pour résumer, bien que l'évaluation en silos de chaque professionnel ne rendrait pas justice à la nature intégrative de la CI, la présence dans les codes de déontologie d'obligation de visant la collaboration est un premier pas essentiel dans l'action des comités de discipline, qui ne peuvent statuer que sur des comportements contraires aux obligations déontologiques. Malgré l'absence de collaboration de haut niveau entre les conseils de discipline, la présence quasi uniforme de ces obligations permettrait une administration en parallèle de plaintes liées aux comportements nuisant à la CI. Aussi, puisque le titre fera foi de la compétence, tous les professionnels inscrits au tableau de leur ordre respectif ont cette obligation déontologique et doivent agir en conséquence : ce n'est pas une compétence clinique supplémentaire pertinente, c'est une obligation liée à la dignité de la profession. L'évaluation par les Ordres du comportement de leurs pairs respectifs n'est cependant pas la seule modalité pour évaluer les agissements d'une équipe interprofessionnelle.

Section 3.1.3. La contribution du recours disciplinaire dans les recours de responsabilité civile

La discipline professionnelle et la responsabilité civile sont deux processus pouvant porter un certain jugement sur les agissements non criminels d'une équipe interprofessionnelle.

Ce sont des processus indépendants. La responsabilité civile a en effet des règles de gestion, dictées par le *Code de procédure civile*³⁸⁹, et des règles de faute qui lui sont propres³⁹⁰. Aussi, la responsabilité ayant pour objectif de compenser un dommage subit, elle nécessite l'existence d'un tel dommage et aussi que ce dommage soit la conséquence de la faute. Cependant, en raison d'un similaire fardeau de preuve, pour prouver la faute en responsabilité civile, la décision du conseil de discipline peut être utilisée comme élément de preuve³⁹¹. Ainsi, son processus peut être influencé par le cadre déontologique³⁹² et administratif³⁹³. Comme le mentionne Baudouin, Deslauriers et Moore :

En effet, adoptant le raisonnement développé dans l'arrêt *Ali*, la Cour d'appel a entériné l'admissibilité du jugement disciplinaire condamnant le professionnel comme élément de preuve pour trois raisons. Premièrement, le fardeau de preuve en matière disciplinaire s'avère identique à celui prévu en matière civile. Deuxièmement, le fait d'avoir été jugé par ses pairs, dans une matière où il est difficile de porter un jugement sans un bagage technique adéquat, confère au jugement disciplinaire une grande légitimité. Troisièmement, plusieurs décisions, qui refusaient d'admettre la preuve d'une condamnation disciplinaire, fondaient leur raisonnement sur un arrêt de la Cour d'appel qui traitait de l'impact d'un rapport du coroner. Cet aspect limitait considérablement sa portée. Le jugement disciplinaire, en tant qu'élément de preuve pertinent, possède donc une autorité de fait indéniable. Étant donné que, dans les deux instances (disciplinaire et civile), le fardeau de preuve est similaire, il devrait en être également de même d'un acquittement. En revanche, une enquête du syndic ou l'introduction de procédures disciplinaires ne constituent pas des éléments de preuve pertinents.³⁹⁴ (nos soulignés)

³⁸⁹ *Code de procédure civile*, RLRQ c C-2501.

³⁹⁰ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 1-193 et suivants.

³⁹¹ *Ibid* aux para 2-2 et 2-3.

³⁹² *Ibid* aux para 2-2.

³⁹³ *Ibid* aux para 2-26.

³⁹⁴ *Ibid* aux para 2-3.

Le jugement disciplinaire aurait donc une autorité de fait, un élément de la preuve de la faute en tant que telle. Le jugement disciplinaire est une aide à la prise de décision du juge, similaire à l'éclairage que peut donner une expertise des faits de la cause faite par un expert scientifique : c'est une évaluation in vivo par les pairs du comportement du professionnel en défense par rapport à des balises acceptées par son propre groupe comme celles encadrant la bonne pratique. Ainsi, en mettant dans leur code de déontologie respectif des obligations de collaboration, les ordres professionnels ont le potentiel d'influer sur les éléments de preuve entourant ce que les tribunaux civils vont considérer comme la pratique d'un professionnel raisonnable mis dans les mêmes circonstances. Il reste que l'absence de cas d'espèce lié à l'obligation déontologique de collaboration ne permet pas de tester cette hypothèse, particulièrement en ce qui a trait au poids que les tribunaux donneraient au non-respect de ces articles.

En effet, toute faute disciplinaire aux yeux de la responsabilité civile ne sera pas utilisée de la même façon, cela dépendra si le tribunal lui confère le statut de norme élémentaire de prudence. Si la norme est analogue à de la prudence élémentaire, son non-respect aura plus de poids et pourrait aller plus loin que l'élément factuel de preuve : c'est ce que nous apprend l'arrêt *Morin c. Blais*³⁹⁵. Si les obligations déontologiques de collaboration sont analogues à des normes élémentaires de prudence, comme de s'assurer d'être visible dans un véhicule en mouvement, leur non-respect devient une présomption de faute civile, comme le mentionne la Cour en rapport avec le respect des dispositions du Code de la route :

³⁹⁵ *Morin c Blais*, [1977] 1 RCS 570. Dans cette cause, l'intimé conduisait son tracteur sur la route au coucher du soleil alors que l'appelant, un automobiliste, lui rentra dedans. La cause de l'accident étant la faible visibilité du tracteur ce qui contredisait la norme législative des tracteurs, norme qui est analogue à une norme élémentaire de prudence pour tenter d'éviter de tels accidents. L'intimé fut donc déclaré fautif.

Si pareille contravention n'engage pas la responsabilité civile du délinquant lorsqu'elle ne cause préjudice à personne, il demeure que bon nombre de ces dispositions concernant la circulation expriment, tout en les réglementant, des normes élémentaires de prudence. Y contrevenir est une faute civile. Lorsque cette faute est immédiatement suivie d'un accident dommageable que la norme avait justement pour but de prévenir, il est raisonnable de présumer, sous réserve d'une démonstration ou d'une forte indication contraire, qu'il y a un rapport de causalité entre la faute et l'accident.³⁹⁶

Ainsi, dans le cadre de l'analyse de la relation entre déontologie et responsabilité, c'est une question majeure qui reste à résoudre dans ce contexte d'absence de décision disciplinaire : comment les tribunaux civils, dans le cadre d'un recours en responsabilité, qualifieraient les articles des codes de déontologie relatifs à la collaboration ? Est-ce des normes élémentaires de prudence ? En absence de décisions disciplinaires et de décisions des tribunaux de droit commun sur le sujet, il est difficile de présumer de la réaction des tribunaux, ce qui dépasse en outre l'objectif de cette thèse. Il faudrait en effet différentes causes où la défense aurait fait l'objet d'une décision disciplinaire défavorable et portant sur ces articles spécifiques des codes de déontologie pour savoir si les tribunaux utiliseraient ces obligations déontologiques comme des normes élémentaires de prudence et appliqueraient les principes de l'arrêt *Morin c. Blais*³⁹⁷ dans une cause civile³⁹⁸.

Section 3.2 Les responsabilités civiles partagées entre les professionnels de l'équipe : isolé dans la responsabilité

³⁹⁶ *Ibid* aux pp 570-571.

³⁹⁷ *Morin c. Blais*, *supra* note 395.

³⁹⁸ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 1-685 et 1-686.

Du point de vue de la managérialisation du droit, la responsabilité est toute particulière. Malgré le fait que la combinaison entre déontologie professionnelle et sanction administrative organise et influence probablement beaucoup plus la pratique en CI que la responsabilité civile, les écrits et les positions foisonnent dans la littérature au sujet de l'impact de la responsabilité sur la CI. En fait, du point de vue de la littérature en Droit et Société, la responsabilité est un des aspects centraux de l'encadrement normatif de la CI, car elle a été traduite dans l'organisation par les acteurs institutionnels et les professionnels de par leur désir de se protéger³⁹⁹. Comme le souligne Heimer :

Because reviews, checklists, protocols and reports have been shaped with an eye to liability, in effect tort law is incorporated into the discussion of most problems and potential solutions.⁴⁰⁰

Le principe central de la responsabilité civile est inchangé : c'est l'obligation de tout justiciable de respecter son devoir envers autrui et de bien se comporter⁴⁰¹. La faute consiste donc à ne pas respecter ce devoir. Mais comment la responsabilité civile conçoit-elle la pratique collaborative des soignants ? Comment l'évaluer, comment déterminer la faute, quelles sont les règles ? La CI est une réalité clinique : elle existe de plus en plus dans notre réseau de soins, mais force est de constater que le droit de la responsabilité civile en ce qu'il ne reconnaît pas l'équipe multidisciplinaire en tant que personne juridique ne reflète pas cette réalité clinique. Comme le mentionne l'auteur Leroux :

Paradoxalement, si l'importance voire la nécessité absolue de l'existence de l'équipe multidisciplinaire est factuellement établie, aucune norme ne reconnaît

³⁹⁹ Heimer, « Competing Institutions », *supra* note 61 aux pp 48-49.

⁴⁰⁰ *Ibid* à la p 49.

⁴⁰¹ Suzanne Philips-Nootens, Pauline Lesage-Jarjoura & Robert P Kouri, *Éléments de responsabilité civile médicale: le droit dans le quotidien de la médecine*, quatrième édition éd, Montréal, QC, Éditions Yvon Blais, 2016 au para 50; Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 1-163.

l'existence de celle-ci. La réalité factuelle de la place qu'occupe l'équipe multidisciplinaire au sein de notre réseau de santé n'existe tout simplement pas au moment de la répartition des responsabilités en cas d'accident. L'équipe multidisciplinaire n'est pas une entité juridique et celle-ci n'est pas imputable en cas d'erreur (...) ⁴⁰²

Bien que la littérature ait mis l'accent sur le médecin, les principes de bases de la responsabilité civile personnelle de chaque professionnel de la santé sont les mêmes pour tous les professionnels et que cette responsabilité doit être analysée individuellement ⁴⁰³. Ainsi, comme le mentionne l'énoncé commun des assureurs représentant infirmières et médecins au Canada « chaque professionnel de la santé est responsable de sa propre pratique professionnelle à titre individuel et en tant que membre d'une équipe de pratique collaborative » ⁴⁰⁴. Plus précisément, pour le professionnel de la santé, la faute reste « la violation de la norme de conduite objective du praticien raisonnablement compétent et habile placé dans les mêmes circonstances ⁴⁰⁵ ».

Dans le contexte actuel du soin, il devient de plus en plus clair que tous les professionnels sont des professionnels à part entière qui doivent être évalués individuellement, même si leurs relations avec les autres professionnels ou les structures administratives peuvent être

⁴⁰² Leroux, Jean-François, *supra* note 180 à la p 4.

⁴⁰³ *Code civil du Québec*, *supra* note 178, art 1457; Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-34 et 2-39.

⁴⁰⁴ Association de protection médicale canadienne (ACPM) & Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC), *ÉNONCÉ COMMUN DE L'ACPM ET DE LA SPIIC SUR LA PROTECTION EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES ET DES MÉDECINS EN PRATIQUE COLLABORATIVE*, 2013.

⁴⁰⁵ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 au para 66.

une relation de subordination⁴⁰⁶. Aussi, puisque l'organisation des soins répartit de plus en plus les différents aspects du soin sur plusieurs professionnels, que le soin en équipe est rendu plus la norme que l'exception, il serait pertinent de considérer que les différentes obligations normalement imputées au seul médecin (consentement, information, diagnostic et traitement)⁴⁰⁷ s'appliquent en fait à des degrés divers, avec la même intensité d'obligation⁴⁰⁸, à l'ensemble des professionnels en santé, et ce, en fonction de leur champ d'exercices⁴⁰⁹.

C'est un des grands défis de la responsabilité quand elle est confrontée au processus de soin actuel et à l'évolution du système professionnel. Le geste, potentiellement fautif, historiquement posé par un médecin pourra maintenant être posé par d'autres professionnels. Cette augmentation graduelle du partage des activités, et donc de l'augmentation des différents professionnels habilités à exercer des activités historiquement médicales, ne multiplie pas seulement les standards de pratique pour un acte donné. Elle modifie les « territoires » potentiels de responsabilité et ajoute une complexité dans l'évaluation de tous les membres de l'équipe. L'évaluation reste

⁴⁰⁶ Leroux, Jean-François, *supra* note 180 à la p 10; *Crawford c Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS)*, [1980] JE 80-967; *Laurendeau c Centre hospitalier de LaSalle*, [2015] QCCS 1923; *Tremblay c Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*, [2017] QCCS 1727; *Hébert c Centre hospitalier affilié universitaire de Québec — Hôpital de l'Enfant-Jésus*, [2011] QCCA 1521.

⁴⁰⁷ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-45 et 2-53; Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 aux pp 147 et suivantes.

⁴⁰⁸ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-39.

⁴⁰⁹ Pour le consentement, voir *ibid* aux para 2-46; Jocelyne Richard, *La responsabilité civile de l'infirmière à la salle d'urgence*. (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 2000) [unpublished] à la p 65; Pour le secret professionnel et la confidentialité, voir Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-81; Richard, *supra* note à la p 67; Nous croyons logique dans le contexte actuel de présumer que les IPS auraient les mêmes obligations face aux patients que le médecin. Voir à ce sujet Kim-Luan Ferré Deslongchamps, *L'infirmière praticienne spécialisée et la responsabilité civile* (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 2012) [unpublished] à la p 37.

individuelle, mais le champ des possibles est beaucoup plus vaste, ce qui ouvre à de nombreuses professions des nouvelles responsabilités, comme le mentionnent Laverdière et Régis :

(..) les tribunaux, même si de plus en plus sensibles à la pratique interdisciplinaire, continuent surtout d'évaluer la responsabilité des membres de l'équipe sur la base de leur contribution individuelle aux soins fournis; les professionnels de la santé qui se voient déléguer de nouveaux actes professionnels, notamment à la suite d'un repartage des champs d'exercices, verront leur responsabilité professionnelle ajustée à cette redéfinition; en revanche, le travail en collaboration ne peut pas exiger des professionnels qu'ils dépassent leur champ de compétence.⁴¹⁰

La détermination de la faute causale du dommage est souvent un défi pour les tribunaux, car l'étude du comportement de chaque professionnel doit se faire dans le contexte, mais aussi de façon isolée. Simplement parce que la majorité des équipes interprofessionnelles n'existent pas du point de vue du droit et ne peuvent donc pas être évaluées en globalité. Présentant la réalité de l'équipe chirurgicale, Jean-François Leroux résume en ces mots la problématique de l'équipe par rapport au droit :

La prise en charge du patient sera dans les faits assurée par l'équipe multidisciplinaire et l'issue de l'épisode de soins sera en partie influencée par la composition de l'équipe, la compétence des membres ainsi que les moyens techniques dont elle dispose.

Paradoxalement, si l'importance voire la nécessité absolue de l'existence de l'équipe multidisciplinaire est factuellement établie, aucune norme ne reconnaît l'existence de celle-ci. La réalité factuelle de la place qu'occupe l'équipe multidisciplinaire au sein de notre réseau de santé n'existe tout simplement pas au moment de la répartition des responsabilités en cas d'accident.

(...)

⁴¹⁰ Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 au para 18.

De ce qui précède, d'un point de vue juridique, l'équipe multidisciplinaire n'existe pas. Telle est la réalité du droit québécois.⁴¹¹

Les exceptions notables seraient donc des équipes formées officiellement par la loi ou par un règlement et nous n'avons malheureusement pas trouvé de tels exemples dans les différents textes ou dans la réalité clinique du système de soin de santé québécois.

Cependant, la preuve de la faute n'est pas le seul élément constitutif de la responsabilité civile : il faut aussi prouver que le dommage pour lequel le demandeur exige réparation est en lien avec la faute prouvée. Bien que l'évaluation du dommage en soi ne soit pas influencée par le nombre de responsables potentiels ou de défendeurs, le lien de causalité peut être influencé par l'existence de la CI, ce dont nous discuterons plus loin dans ce texte. Mais ce qui influe le plus sur la nature de l'impact de la CI sur la responsabilité civile est le régime de responsabilité, c'est-à-dire la nature des liens juridiques entre le patient, l'établissement et médecin. En somme, y a-t-il contrat ou non ?

Section 3.2.1 La caractérisation des régimes de responsabilité

Depuis le début des années 2000, la décision de la Cour d'appel a statué clairement sur un point. Dans la décision *Camden-Bourgault*⁴¹², la Cour d'appel a en effet établi que l'établissement hospitalier et le patient n'ont pas de lien contractuel. Le lien entre

⁴¹¹ Leroux, Jean-François, *supra* note 180 aux pp 4-5.

⁴¹² *Hôpital de l'Enfant-Jésus c Camden-Bourgault*, [2001] RJQ 832.

l'établissement et le patient est donc purement légal et sous le régime de responsabilité extracontractuelle.

D'un autre côté, la majorité de la littérature juridique en responsabilité médicale débute avec une notion de moins en moins représentative de la réalité québécoise : le « schéma volontariste et consensuel » de la relation médecin-patient⁴¹³. En effet, la nature même du contrat médical nécessite un certain volontarisme de la part des cocontractants, ce qui est de moins en moins d'actualité dans la bureaucratisation actuelle du système public⁴¹⁴. Par souci de qualité des soins primaires, les modalités de prise en charge de groupe comme les groupes de médecine familiale (GMF) sont maintenant plus la norme que l'exception⁴¹⁵. Pour l'accès à ces soignants de première ligne, une part de plus en plus grande des patients utilise des systèmes d'accès gouvernementaux comme le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) et Rendez-Vous Santé Québec (RVSQ), où le choix est minime⁴¹⁶. Pour accéder à la seconde ligne ou aux spécialistes, la majorité des demandes et références à un spécialiste doivent passer par les centres régionaux d'accès aux spécialistes (CRDS)⁴¹⁷. De ce point de vue, puisque personne ne choisit personne, le lien entre tous les soignants du système public et le patient, et ce peu importe leur profession, devrait être logiquement

⁴¹³ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-29.

⁴¹⁴ *Ibid* aux para 2-33.

⁴¹⁵ Le Gouvernement du Québec avait comme objectif d'avoir 300 GMF accrédité sur le territoire en date de 2020. Voir à ce sujet Nathalie Clavel, Régis Blais & Jean-Louis Denis, *Leadership dans le contexte de transformation des organisations de santé de première ligne au Québec : étude de la création et de l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF)* (mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 2013) [unpublished]; Anne Plourde, *CLSC ou GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources*, Montreal, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), 2017.

⁴¹⁶ « Guichet d'accès à un médecin de famille | RAMQ », en ligne:
<https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/GRL/LM_GuichAccesMdFamCitoy/fr>.

⁴¹⁷ « L'accès priorisé aux services spécialisés - Professionnels de la santé - MSSS », en ligne:
<<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/l-acces-priorise-aux-services-specialises/>>.

extracontractuel ou légal. Le contrat médical n'est pas pour autant complètement dépassé, car il reste quelques soignants qui pratiquent encore dans un modèle de choix du patient, comme la médecine en clinique privée, les dentistes ou les optométristes, mais le modèle contractuel ne représente clairement plus la réalité de la majorité des situations où la CI a lieu. Dans ce contexte, l'opinion des auteurs Baudouin, Deslauriers et Moore semble celle qui reflète mieux la réalité du système de soins au Québec :

Force est de constater que les contraintes de droit public et du cadre administratif qui en est l'expression rendent plus plausible à l'heure actuelle la référence obligée au modèle extracontractuel. Celui-ci toutefois, et de façon marginale, reste applicable à certains cas particuliers, fidèles au schéma antérieur.⁴¹⁸

Bien que cette qualification n'influe pas tant sur l'analyse des obligations des soignants d'une équipe envers le patient, cela faciliterait l'argumentaire juridique lors des causes liées à la CI si tous les défendeurs relevant du même régime⁴¹⁹. Particulièrement, cela permettrait d'ouvrir la discussion avec les tribunaux et les juristes sur la réelle indépendance du médecin par rapport à l'établissement hospitalier. Comme le mentionne Leroux :

(..) le médecin n'est certainement plus, et ce, contrairement à la conception traditionnelle de la chose, un libre entrepreneur œuvrant selon son bon gré au sein d'un établissement de santé.

(...)

⁴¹⁸ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-33.

⁴¹⁹ Notons que la nature contractuelle ou extracontractuelle est peu débattue dans la jurisprudence moderne, ce qui peut être lié au type de cas de ces jurisprudence (cas intra-hospitalier, médecins disponibles sur la liste de garde) ou être lié à une mise à l'écart par les juges de la discussion contractuel/extracontractuel. Voir à ce sujet *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, *supra* note 406; *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*, *supra* note 406; *Hébert c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec — Hôpital de l'Enfant-Jésus*, *supra* note 406.

Aujourd'hui, la pratique du médecin en milieu hospitalier est fortement encadrée et dans l'éventualité où il ne se conforme pas à cet encadrement, il peut être contraint de cesser de pratiquer au sein de l'hôpital.⁴²⁰

L'existence de la CI ne limite en rien la responsabilité de chaque acteur de l'équipe et ne devrait pas non plus compliquer l'analyse des faits. Cependant, puisque les courants doctrinaux sont divisés sur la question des régimes de responsabilité en santé (tout contractuel, tout légal ou une mixité)⁴²¹, la CI peut compliquer l'administration des recours. Comme nous venons de l'établir, il serait complexe de considérer l'ensemble du réseau comme relevant du régime contractuel. De fait, les régimes applicables seront donc tous considérés comme légal ou mixte. Or, cela nous amène à la détermination complexe du lien de préposition comme le mentionnent les auteurs Baudouin, Deslauriers et Moore :

Une étude plus approfondie de ces divers arrêts révèle que les tribunaux tiennent grand compte du degré de contrôle virtuel imposé au professionnel, sans toutefois jamais clairement poser la question préalable de savoir s'il s'agit d'un véritable contrôle de préposition. Dans bien des cas, en effet, l'existence de certains facteurs (services rendus par le médecin aux patients de l'hôpital ; fourniture par l'hôpital du matériel et de l'assistance nécessaire ; assignation par l'hôpital d'un médecin au patient, etc.) peut donner l'apparence d'un lien de subordination. Toutefois, si subordination il y a, elle ne se situe pas au niveau de l'exécution de l'acte médical lui-même, mais plutôt à celui de l'organisation générale de la tâche⁴²².

Une vision plus uniforme du régime de responsabilité, incluant tous les professionnels (le médecin inclus) sous le même régime, particulièrement dans le contexte où la responsabilité actuelle ne reconnaît pas d'obligation légale à l'établissement pour les

⁴²⁰ Leroux, Jean-François, *supra* note 180 aux pp 22-23.

⁴²¹ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 1-853.

⁴²² *Ibid.*

actions d'une équipe collaborative entière⁴²³, pourrait faciliter l'indemnisation des demandeurs, principalement en facilitant l'application de la solidarité présumée de l'article 1480 C.c.Q⁴²⁴. La preuve des fautes respectives, ou la preuve que le dommage ne peut être le résultat que d'une action collective fautive seraient suffisantes sans tenter de déterminer la contribution des différentes fautes ou des participants au dommage⁴²⁵. Toutefois, cela n'empêcherait pas la problématique de la détermination du lien préposé-commettant.

Section 3.2.2 La caractérisation de la faute

Comment détermine-t-on les obligations d'un professionnel dans le cadre de la CI ? Nous avons vu plus haut que le médecin et l'infirmier ont une obligation déontologique de collaborer⁴²⁶. La CI affecte-t-elle les obligations du professionnel telles que décrites dans le cadre de la responsabilité civile ? Le professionnel qui participe à la CI a-t-il plus d'obligations que le professionnel qui ne participe jamais à une équipe de soin, s'il existe de telles situations dans notre système de soin moderne ? La réponse à cette question est complexe. En fait, on peut répondre par l'affirmative et la négative tout en étant en accord avec la doctrine et la jurisprudence actuelle.

⁴²³ *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, *supra* note 412.

⁴²⁴ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 1-58.

⁴²⁵ *Code civil du Québec*, *supra* note 178, art 1480; À ce sujet, Leroux, Jean-François, *supra* note 180 à la p 8 fait état de l'affaire *Leroux c. Hôtel-Dieu d'Arthabaska* où deux professionnels non employés (dentiste et anesthésiste) ont été jugé conjointement responsable du dommage puisqu'il était impossible de discerner les actions des deux professionnels dans la cause du dommage, celui-ci ne pouvant résulter que de l'action fautive d'un des deux professionnels. Cependant, nous ne savons pas si ce jugement serait applicable dans le cas de défendeur ne relevant pas du même régime de responsabilité. Voir; *Leroux c Hôtel-Dieu d'Arthabaska*, [1990] RRA 378, REJB 1990-76605.

⁴²⁶ Voir ci-haut

Premièrement, les obligations du médecin ont été l'objet de multiples publications en droit québécois. On peut les catégoriser en fonction de l'obligation d'information⁴²⁷, de l'obligation de diagnostic⁴²⁸, de l'obligation de traitement⁴²⁹, l'obligation de suivi⁴³⁰ et finalement de l'obligation du secret professionnel ou de confidentialité⁴³¹. Ce sont des obligations qui sont personnelles au médecin et la pratique de groupe ou la CI, comme mode de soin, ne modifie pas ces catégories reconnues. Les autres professionnels de la santé, à des degrés divers, ont des obligations similaires dans le cadre du soin⁴³². Par contre, la CI modifie-t-elle ce que les juges vont considérer comme étant le contenu de ces obligations ? Potentiellement. En effet, la CI peut modifier le contenu des obligations en ajoutant l'obligation de collaborer et les procédures qui lui sont propres comme critères d'évaluation du soin. La CI viendrait alors teinter les différentes obligations des professionnels en introduisant la communication, le partage d'information, le travail en équipe dans la pratique du praticien diligent.

⁴²⁷ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 aux pp 149 et suivantes; Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-46 à 2-71.

⁴²⁸ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-72 à 2-74.

⁴²⁹ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 aux pp 281 et suivantes; Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-75 à 2-80.

⁴³⁰ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 aux pp 341 et suivantes; Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-80.

⁴³¹ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 aux pp 385 et suivantes; Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-45.

⁴³² Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-39.

Déjà, la littérature reconnaît que le travail d'équipe en santé est une norme de soins⁴³³. Or, la notion d'équipe inclut de facto une certaine communication entre les membres de l'équipe. La jurisprudence a reconnu cet aspect lorsqu'il était question de diagnostic. Les tribunaux québécois ont en effet reconnu la responsabilité des infirmières et des inhalothérapeutes envers leurs collègues médecins face à la communication des paramètres cliniques pour une prise de décision efficace en équipe⁴³⁴. Cependant, les juges ne relient pas l'efficacité de la communication et la pratique en CI en tant que telle, mais plus à l'importance pour le médecin d'avoir toutes les informations en sa possession pour faire correctement le diagnostic. Or, la CI n'est pas une série de processus distincts, ce n'est pas un rassemblement d'informations qui concourent au diagnostic médical et à la détermination de l'intervention médicale. La CI est un processus complexe de rétroaction et action où tous les éléments professionnels de l'équipe peuvent contribuer à la décision clinique.

Cette fragmentation des tâches lors de l'analyse des juges n'est cependant pas entièrement nuisible à la CI particulièrement dans l'analyse de la communication. Elle a le mérite, comme le souligne l'organisation du *Conference Board of Canada* (ci-après *Conference Board*), de forcer le professionnel à s'assurer de la présence de règles internes adéquates

⁴³³ Association de protection médicale canadienne (ACPM) & Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC), *supra* note 404; Association de protection médicale canadienne (ACPM), *Les soins concertés: perspective de responsabilité médicale*; Ries, « Innovation in Healthcare, Innovation in Law », *supra* note 183; Dower, Moore & Langelier, *supra* note 190; Lahey & Currie, *supra* note 143; Roy, *supra* note 173.

⁴³⁴ Pour les infirmières, *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, *supra* note 406 aux para 137 et 199; *Caron c Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) (Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL))*, [2006] QCCS 3293; Pour les inhalothérapeutes, *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*, *supra* note 406.

quant au respect des champs d'expertise⁴³⁵, pour faciliter justement la délimitation de « qui devait faire quoi » et l'attribution secondaire des responsabilités dans le cas de dommages prouvés. En accord avec les principes de la responsabilité, le *Conference Board* a mis de l'avant un portrait de la situation de la responsabilité plus axée sur ce que nous comparerons à une approche multiprofessionnelle, un respect strict de chaque champ d'expertise et une hiérarchie intrinsèque à l'équipe⁴³⁶. Cette volonté de fragmenter les tâches est conforme à l'approche des tribunaux dans les analyses des équipes, comme nous le démontrent les causes récentes de *Laurendeau*⁴³⁷, *Tremblay*⁴³⁸ et *Hébert*⁴³⁹. Malheureusement, dans le contexte de la CI, cette approche peut sembler contraire à l'esprit même de la pratique collaborative dans une situation où les tâches peuvent se recouper, ce qui peut arriver de plus en plus souvent dans le cadre d'un traitement en raison de l'augmentation constante du partage des activités.

Bien qu'aucune jurisprudence québécoise n'existe sur l'obligation de traitement spécifiquement, il existe des décisions canadiennes reconnaissant la communication dans l'équipe et la procédure interne de résolution de conflit comme une obligation solidaire de tous les professionnels membres de l'équipe⁴⁴⁰. Si on appliquait ces principes aux obligations civiles professionnelles des médecins et des autres professionnels de soin, il y

⁴³⁵ Conference Board of Canada & Gabriela Prada, *Liability risks in interdisciplinary care: Thinking outside the box*, Conference Board of Canada, 2007 à la p 16.

⁴³⁶ *Ibid* à la p 15.

⁴³⁷ *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, *supra* note 406.

⁴³⁸ *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*, *supra* note 406.

⁴³⁹ *Hébert c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec — Hôpital de l'Enfant-Jésus*, *supra* note 406.

⁴⁴⁰ Conference Board of Canada & Prada, *supra* note 435 à la p 16; *Saint John Regional Hospital v Comeau*, [2001] NBCA 113; *Lachambre v Nair et al*, [1989] 2 WWR 749.

aurait techniquement une augmentation du fardeau en termes d'obligation de traitement, particulièrement en conjonction avec l'obligation déontologique de collaborer pour les médecins et les infirmières, quoiqu'on puisse argumenter qu'il s'agit plus d'un changement et d'une complexification de l'acte de soin que d'une réelle augmentation des obligations des professionnels.

Pour résumer, nous n'avons pas actuellement d'illustrations jurisprudentielles démontrant que la CI ait eu une influence quelconque sur la responsabilité hormis l'importance plus grande que prend la communication dans l'analyse des faits, ce qui peut être le reflet de la multiplication des acteurs au chevet du patient plutôt qu'une vraie volonté juridique de considérer les équipes interprofessionnelles comme un tout indissociable ou une personne juridique à part entière.

Section 3.2.3 Le lien de causalité

Dans le cadre d'une équipe de soin, c'est ce dernier élément, le lien de causalité entre la faute et le dommage, qui peut être débattu, souvent dans le cadre de la théorie du *novus actum interveniens*, soit le fait nouveau brisant le lien de causalité entre la faute et le dommage. La réalité d'un soin en équipe favorise en effet l'avènement d'évènements indépendants, simultanés ou non, qui auront tous une certaine incidence sur le soin. Cependant, force est de constater que la CI ne change pas l'analyse que les tribunaux devront faire des éléments factuels de chaque cas qui leur seront présentés. Pour que le *novus actus* s'applique selon Baudouin, Deslauriers et Moore :

(...), deux conditions essentielles sont requises. D'une part, il faut qu'il existe une disparition complète du lien entre la faute initiale et le dommage subi.

D'autre part, il faut que ce lien survienne à nouveau, mais cette fois-ci en raison de l'existence d'un acte sans aucun rapport avec la faute initiale. Dans les autres hypothèses, il y a seulement continuation d'un même processus qui peut mener, dans certains cas, à un partage de responsabilité.⁴⁴¹

Selon cette analyse, la CI pourrait-elle contribuer à la théorie du *novus actum interveniens* du fait qu'une faute ou un fait de l'équipe collaborative viendrait briser le lien de causalité entre la faute initiale et le préjudice ? En fait, cela dépendra des faits de chaque cause et des fautes invoquées. En premier lieu, dans le cas où il y aurait plusieurs fautes successives commises par différents professionnels, il y aurait quand même une continuité temporelle dans le cadre d'un travail d'équipe. En effet, pour qu'un acte fautif commis par un autre professionnel soit considéré comme un élément brisant le lien de causalité, il faut une rupture temporelle, un « temps d'arrêt entre la première et la seconde faute⁴⁴² ». La CI est rarement une action asynchrone, où l'action de chaque professionnel est un îlot temporel dans le grand continuum du soin. En fait, cette vision relève davantage du multiprofessionnel que de l'interprofessionnel. Au contraire, la CI a l'aspect d'un dialogue synchrone entre des professionnels centrés sur le patient, c'est une prise en charge simultanée du patient par différents professionnels. Ce qui serait plus compatible, dans le cas où plusieurs professionnels seraient fautifs, avec la notion de faute collective ou à la notion de fautes contributives⁴⁴³, en fonction des comportements de chaque professionnel en cause⁴⁴⁴.

⁴⁴¹ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 1-692.

⁴⁴² *Ibid* aux para 1-693.

⁴⁴³ *Ibid*.

⁴⁴⁴ *Tabah c Liberman*, [1990] RJQ 1230; *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, *supra* note 406; *Hébert c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec — Hôpital de l'Enfant-Jésus*, *supra* note 406.

L'aspect non fautif des événements qui pourraient venir briser le lien de causalité n'affecte pas le raisonnement ci-haut. La CI en elle-même est un continuum et non pas une succession d'événements imprévisibles et le résultat d'un comportement fautif peut être raisonnablement prévisible dans ce contexte. Il ne s'agit pas ici tout à fait des mêmes situations que dans *Chartier c. Laramée* (CSC)⁴⁴⁵, où une fracture subit dans le cadre d'une hospitalisation secondaire à un accident de la route a été jugée en lien avec l'accident de la responsabilité du camionneur ayant causé l'accident, ou *Couture c. Fabrique de la paroisse de Saint-Henri* (C.S.)⁴⁴⁶, où la seconde fracture subit à domicile un mois et demi après la chute dans un stationnement glacé à l'entretien reconnu fautif est secondaire à la témérité de la demanderesse, et non pas à la chute initiale. Contrairement aux faits de ces décisions, les membres de l'équipe de soins sont liés entre eux par le soin lui-même. Il n'y aurait pas de déconnexion entre la faute d'un professionnel de l'équipe et la prise en charge de l'équipe à proprement parler sauf si l'événement n'était pas lié à l'équipe. Le lien causal, même s'il peut être affecté par des interventions non fautives de l'équipe, n'est pas brisé parce que la temporalité et la prévisibilité restent intactes.

L'évaluation tant du lien de causalité que de la faute peut être plus simple dans le cadre d'une faute technique dans une séquence d'événements techniques. Prenons par exemple le cas *Hébert c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec —Hôpital de l'Enfant-Jésus* (ci-après *Hébert*)⁴⁴⁷. Sous la plume des honorables juges Pelletier, Morin et Dufresne, ce jugement a décortiqué le soin de l'angiographie cérébrale en de multiples actes isolés

⁴⁴⁵ *Chartier et Chartier c Laramée*, [1969] RCS 771.

⁴⁴⁶ *Couture c Fabrique de la paroisse de Saint-Henri*, [2013] QCCS 1398.

⁴⁴⁷ *Hébert c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec — Hôpital de l'Enfant-Jésus*, *supra* note 406.

pour déterminer et isoler la faute. Le radiologiste ici a donc été exonéré de tout blâme puisque :

[...] le geste mécanique consistant à aspirer le liquide dans la seringue et celui d'actionner par la suite le piston permettant de l'évacuer sont en eux-mêmes étrangers aux conséquences néfastes subies par la victime. Ces dernières résultent essentiellement de la nature du liquide introduit dans la seringue. En somme, ces gestes sont non seulement secondaires au regard du rôle de Dr Hébert, mais ils n'entretiennent pas de rapport causal avec le préjudice. Aussi, la seule interrogation pertinente concernant le lien susceptible de relier la conduite de Dr Hébert au préjudice consiste à se demander si, par sa faute, il a omis de découvrir en temps utile l'existence de l'erreur causale commise par M. Tremblay.⁴⁴⁸

Les juges ont donc jeté exclusivement le blâme sur le technologue en radiologie puisque le dommage était le résultat de sa faute dans la préparation du plateau. Il est dommage que les juges n'aient pas eu d'autres choix que de morceler l'acte de soins pour en faire l'analyse. Bien que les faits montrent l'élément fautif, qui est l'acte de verser le mauvais produit sur la table stérile, acte hautement technique, les juges ne statuent pas sur la notion d'équipe en tant que telle. Ce jugement est donc conservateur dans l'appréciation de l'équipe et contribue que partiellement à éclairer la problématique de la responsabilité civile dans le contexte des soins non techniques donnés en équipe interprofessionnelle.

La question en CI n'est donc pas vraiment de savoir si les événements qui ont eu lieu au sein de l'équipe sont susceptibles de briser le lien de causalité, mais plutôt de savoir quelle part du dommage est directement liée à la faute ou aux fautes initialement prouvées. En ce sens, la CI n'influence en rien la responsabilité de chaque membre de l'équipe, elle ne

⁴⁴⁸ *Ibid* au para 41.

modifie ni l'analyse du comportement de chaque professionnel, ni le lien de causalité, ni la position des juges qui devront fragmenter le continuum de soins pour isoler chaque professionnel. Cependant, la CI peut complexifier l'analyse des faits comme dans Hébert en multipliant les expertises nécessaires pour éclairer le tribunal. En effet, l'analyse des tribunaux devra utiliser toutes les expertises nécessaires pour juger de ce continuum et des contributions au dommage de chaque intervention et de chaque intervenant. Les tribunaux reviendront donc dans cette situation à évaluer le comportement de chacun des protagonistes, et déterminer s'il y a lieu la faute personnelle de chaque professionnel, le lien de cette faute avec le dommage et finalement, la relation entre ces professionnels pour déterminer la responsabilité de chaque professionnel pour le fait d'autrui⁴⁴⁹. Cependant, bien qu'il semble que la CI n'affecte pas ces premiers éléments de l'analyse de responsabilité, il faut nous questionner sur son impact sur la caractérisation de la faute en ce qui a trait aux relations entre les professionnels dans un contexte de pratique collaborative, analyse qui peut être des plus complexes.

Section 3.2.4 La relation commettant-préposé

Enfin, le grand défi des tribunaux dans l'évaluation de la CI dans une cause de responsabilité civile est d'étudier les relations entre les professionnels pour déterminer s'il y a subordination ou non, même si elle n'est que temporaire. D'emblée, l'existence de la CI n'induit pas de subordination entre les professionnels, mais ne l'empêche pas non plus. C'est une étape essentielle dans une cause touchant un dommage dans le cadre d'un soin collaboratif et souvent celle qui porte le plus à débat. La perception de ces liens a

⁴⁴⁹ Leroux, Jean-François, *supra* note 180 à la p 6.

grandement évolué dans la jurisprudence et incidemment dans la doctrine : des années 1970, où le médecin était vu comme le chef d'équipe universel et les autres soignants, comme ses subordonnés, à une vision plus égalitaire de la responsabilité de chaque professionnel dans l'acte de soins⁴⁵⁰.

Bien qu'il soit clair depuis *Hébert et Crawford* que tous les professionnels d'une équipe ne sont pas les subordonnés du médecin du seul fait de leur travail dans l'équipe, le Code civil spécifie quand même que toute personne est responsable de ses commettants⁴⁵¹, situation qui pourrait être invoquée dans le cas d'un leadership vertical (comme on voit avec des personnes en formation comme les étudiants et les résidents) ou d'un lien dans une équipe de soins qui peut être difficile à définir et surtout à circonscrire, comme dans certaines circonstances entourant certains actes délégués par règlements⁴⁵², ce qui est un élément crucial pour discuter de l'impact de la CI et du partage d'activité :

A correlative consequence is that the range of medical acts that may be performed by non-physicians will be decided at the level of the individual healthcare facility. This is indicative of a general trend towards decreased regulation and, inevitably, greater disparities between facilities. From a legal perspective, it will become far more difficult to distinguish the legal responsibility of physicians from that of the other health professionals assisting in the patient's treatment.

To the extent that physicians will have a direct hand in determining which medical acts may be shared, they are likely, once again, to be found personally

⁴⁵⁰ En fait cette vision perdue depuis l'arrêt *Crawford c. Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (C.H.U.S.)*, *supra* note 406.

⁴⁵¹ *Code civil du Québec*, *supra* note 178, art 1463.

⁴⁵² La jurisprudence à ce sujet a cependant évolué de *Crawford c. Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (C.H.U.S.)*, *supra* note 406; à *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, *supra* note 412 mais n'est pas plus claire sur la nature juridique de l'équipe de soins en ce qui a trait au droit québécois.

liable if the other health professional did not in fact have the skill or training required to perform the said act.⁴⁵³

La clé ici est la présence ou le contrôle effectif du médecin, la « surveillance directe »⁴⁵⁴. La relation préposé-commettant peut être évidente dans une relation physique : le médecin qui travaille avec son résident ou une infirmière première assistante de chirurgie⁴⁵⁵. La relation psychologique par contre peut être sujette à débat, particulièrement dans un contexte où il n’y a pas de lien pédagogique qui lie les parties et que les activités font partie du champ descriptif d’une autre profession ou que les activités sont l’objet de protocoles usuels dans l’établissement. De nos jours, on constate que la doctrine juridique est assez unanime sur un point. Les médecins ne doivent plus contrôler leurs collaborateurs en tout temps du seul fait qu’ils collaborent. Ainsi, l’équipe interprofessionnelle, en se basant sur les critères présentés par les auteurs Baudouin, Deslauriers et Moore, ne créerait pas d’emblée une relation de préposition entre les différents professionnels, le contrôle de chacun sur l’action de l’autre étant minimal⁴⁵⁶.

Cette notion de contrôle et de relation dans l’équipe a pris une importance particulière depuis quelques années. Auparavant, une des premières étapes reconnues dans la détermination du commettant d’un professionnel par la jurisprudence était de se questionner sur la nature de l’activité posée par le professionnel fautif. Le geste fautif du

⁴⁵³ Robert-Jean Chenier, « RESOURCE ALLOCATION AND THE STANDARD OF CARE OF PHYSICIANS » (2004) 83:1 1 1-34 à la p 11.

⁴⁵⁴ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 au para 150.

⁴⁵⁵ *Ibid* au para 142; *Ban c Centre universitaire de santé McGill*, [2005] CanLII 12602, 2005 CanLII 12602.

⁴⁵⁶ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 1-848.

professionnel non-médecin devrait-il être qualifié de médical ou d'hospitalier ?⁴⁵⁷ Dans nos systèmes de soins de santé moderne, l'organisation des soins complexifie l'identification des activités comme médicale ou hospitalière⁴⁵⁸. C'est encore plus vrai lorsque l'équipe agit selon les principes de la CI. Dans ce contexte, il est essentiel de se questionner sur la validité de cette qualification. La jurisprudence nous enseigne que le lien d'emploi (la subordination du professionnel à la structure administrative hospitalière) et les activités professionnelles réservées semblent beaucoup plus importants dans la détermination de cet aspect hospitalier / médical⁴⁵⁹. En effet, les dernières causes ne semblent pas se questionner sur l'appartenance de l'activité à la sphère médicale ou hospitalière. Les juges analysent maintenant les activités en fonction des règles internes administratives et des activités reconnues par les différentes lois professionnelles⁴⁶⁰ et en fonction des relations entre les professionnels. Dans *Laurendeau c. Centre Hospitalier de Lasalle*⁴⁶¹ et dans *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*⁴⁶², concernant respectivement les activités d'une infirmière⁴⁶³ et d'une inhalothérapeute⁴⁶⁴, l'établissement de soins, comme employeur respectivement de l'infirmière et de l'inhalothérapeute, a été reconnu responsable pour le fait de ses préposés.

⁴⁵⁷ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 au para 143 à 149.

⁴⁵⁸ Par exemple, il est possible qu'une équipe de traitement en néonatalogie, suite à l'introduction des IPS en néonatalogie, n'ait aucun médecin dans l'équipe de traitement actif, avec une présence médicale d'un point de vue administrative seulement. Les actes en ce sens deviendraient-elles toutes hospitalières alors qu'une définition traditionnelle les auraient jugées en partie médicales?

⁴⁵⁹ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-87.

⁴⁶⁰ *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, *supra* note 406; *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*, *supra* note 406.

⁴⁶¹ *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, *supra* note 406.

⁴⁶² *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*, *supra* note 406.

⁴⁶³ *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, *supra* note 406.

⁴⁶⁴ *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*, *supra* note 406.

Les juges n'ont cependant pas tenté de catégoriser la faute de l'employé comme étant une activité médicale ou hospitalière : ils se sont concentrés sur le fait que les actes faisaient bel et bien partie du champ d'exercices des professionnels concernés et que ceux-ci étaient dans l'exercice de leurs fonctions⁴⁶⁵ et donc, qu'ils ont engagés la responsabilité de leur employeur⁴⁶⁶. Dans les deux causes, le médecin, sans être exonéré, a été considéré comme un professionnel membre de l'équipe et non pas le chef absolu de l'équipe par défaut⁴⁶⁷.

On peut donc ainsi constater l'évolution des tribunaux dans l'analyse de la responsabilité pour autrui lorsque des activités historiquement médicales sont en présence. Le chef médical ne doit plus s'assurer que les autres professionnels ont la compétence d'effectuer certains gestes, particulièrement si la loi les autorise à les effectuer sans supervision directe⁴⁶⁸. Il n'est pas le commettant présumé et l'analyse se fait maintenant beaucoup plus en fonction des pratiques usuelles de répartition des actes dans le contexte de soins donné⁴⁶⁹. En effet le jugement en cour d'appel *Hébert c. Enfant-Jésus*⁴⁷⁰ a réitéré que les professionnels, les médecins particulièrement, peuvent assumer la compétence de leur collaborateur dans le contexte d'un soin fait en équipe où les tâches sont clairement

⁴⁶⁵ Voir à ce sujet Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-104 à 2-119.

⁴⁶⁶ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 au para 124.

⁴⁶⁷ *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, *supra* note 406; *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*, *supra* note 406; *Hébert c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec — Hôpital de l'Enfant-Jésus*, *supra* note 406.

⁴⁶⁸ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 aux para 149 et suivants.

⁴⁶⁹ *Ibid* au para 141; Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-87.

⁴⁷⁰ *Hébert c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec — Hôpital de l'Enfant-Jésus*, *supra* note 406.

attribuées et que la répartition de ces tâches est celle reconnue dans l'institution des défenseurs.

Les prochaines décisions qui mettront en cause des infirmières praticiennes pourront enrichir ou clarifier ce débat, particulièrement depuis la modification de la LII et l'intégration du diagnostic dans les activités réservées des infirmières praticiennes⁴⁷¹. Leur pratique est devenue plus médicale qu'hospitalière ce qui rend les pratiques entre professionnels encore plus difficiles à différencier. Entre autres, il sera très intéressant de voir la position des tribunaux sur la notion de commettant momentanée⁴⁷² quand il ne s'appliquera pas à un médecin, mais à une IPS en position de leadership. La position des tribunaux dans cette situation sera particulièrement importante pour résoudre le paradoxe actuel où les actes médicaux sont encore présumés faire partie de la sphère médicale sauf exception⁴⁷³ et que le préposé ne peut avoir historiquement que deux commettants en santé : son employeur ou le médecin, indépendant de l'hôpital. Si l'IPS a la même liberté quant à ses moyens diagnostics et ses traitements, sera-t-elle une préposée de l'hôpital ou un professionnel indépendant au même titre que le médecin ? Si elle travaille en collaboration avec des infirmières cliniciennes, employées de l'hôpital, celles-ci peuvent-elles devenir ses préposées puisque l'IPS est en position de contrôle ? Si oui, s'agit-il d'un dédoublement du lien de préposition⁴⁷⁴ ou d'une relation de commettant momentanée entre

⁴⁷¹ *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, *supra* note 241, art 3.

⁴⁷² Il peut en effet y avoir alternance dans la relation de commettant préposé. La relation peut être temporairement transférée du commettant habituel, l'employeur dans notre situation, à une autre personne qui assume temporairement le contrôle du préposé. Voir à ce sujet Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 1-883.

⁴⁷³ *Ibid* aux para 2-87; Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 au para 149.

⁴⁷⁴ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 1-856.

l'IPS et l'infirmière clinicienne ? Le fait que la doctrine continue de maintenir la nature historique de l'acte comme un des facteurs d'analyse dans le lien de préposition momentané peut amener avec l'introduction de professionnels de la santé de plus en plus autonome dans leur pratique, à une perte de concordance interne du droit⁴⁷⁵.

En effet, pour résumer ce que nous venons d'écrire, la combinaison de notre système de responsabilité individualisé, de l'évolution de la répartition des tâches entre professionnels et de la variabilité des liens professionnels – établissement entraîne une situation paradoxale quand on regarde la relation commettant-préposé. Cette variabilité de la relation professionnel-établissement entraîne des situations plutôt incongrues, comme l'écrit Leroux :

Comment alors concilier le fait que l'hôpital soit responsable de la faute commise par d'innombrables professionnels posant quotidiennement des actes exclusifs à leur profession ? De plus, si les tribunaux refusaient de reconnaître le médecin comme étant un préposé de l'hôpital au motif de l'absence de contrôle de l'acte, il devrait en être de même pour ce qui est des autres professionnels qui posent à nouveau quotidiennement d'innombrables actes sans que qui que ce soit ne contrôle les gestes posés.

La situation décrite précédemment est encore plus absurde lorsque l'on constate les récents changements législatifs déléguant des actes médicaux à d'autres professionnels.⁴⁷⁶ (nos soulignés)

⁴⁷⁵ La doctrine majoritaire cite en effet encore la nature de l'acte comme un déterminant de la relation. La détermination du commettant momentané passe encore par la détermination de la nature de l'activité puis par la notion de contrôle immédiat. Une tâche hospitalière, malgré la présence physique du médecin, ne fera pas du médecin le commettant momentané tandis qu'une tâche jugée médicale pourrait faire que le médecin soit considéré comme le commettant momentané si l'activité est réalisée sous son contrôle immédiat. L'analyse de la nature de l'acte dépendra donc de la situation dans l'hôpital donné ce qui est quelque peu paradoxal. Voir à ce sujet Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 aux para 141-142.

⁴⁷⁶ Leroux, Jean-François, *supra* note 180 à la p 21.

La jurisprudence a souvent basé son analyse sur le fait que le médecin ne peut être en aucun cas considéré dans son exercice clinique comme un préposé de l'établissement puisque sa pratique est tellement complexe que l'établissement ne peut effectuer un contrôle d'une telle pratique⁴⁷⁷. Cette position jurisprudentielle a donné naissance au besoin de catégoriser les activités en ce qui relève du médecin et ce qui relève de l'établissement⁴⁷⁸. Habituellement, c'est le fait que l'activité médicale relève de la pratique médicale qui définissait la nature médicale de l'activité⁴⁷⁹. Ceci n'a jamais été contesté malgré l'augmentation du partage d'activité et l'arrivée dans le système québécois des infirmières praticiennes spécialisées⁴⁸⁰. La doctrine semble dire que ces activités ne changent pas de nature du seul fait que le professionnel qui les exécute n'est pas un médecin⁴⁸¹. Il est donc très difficile de convaincre les professionnels qu'ils sont égaux face à une tâche donnée dont ils ont tous la compétence dans cette situation. Si le droit civil considère que la même tâche exécutée par l'un est un acte dont l'établissement a le contrôle tandis que lorsque la même tâche est exécutée par un médecin, le même acte dépasse la compétence de l'établissement et est propre au médecin, il semble y avoir deux poids, deux mesures. Dans le contexte d'une augmentation de la présence des IPS, avec l'abolition de plus en plus fréquente des structures de supervision et l'augmentation des champs autonomes de

⁴⁷⁷ *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, *supra* note 412; *Laurendeau c. Centre hospitalier de LaSalle*, *supra* note 406; *Mario Giroux c Centre hospitalier Régional de Trois-Rivières*, *supra* note 345.

⁴⁷⁸ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 aux para 139-140.

⁴⁷⁹ *Ibid* au para 139.

⁴⁸⁰ Ainsi, *Tremblay c. Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine*, *supra* note 406 au para 299 à 302 et 314 l'inhalothérapeute reste la préposée de l'établissement malgré la potentielle nature médicale de son geste en raison de son affirmation que le geste faisait partie de son champ d'exercice et que les professionnels non-médecin n'ont émis aucune protestation.

⁴⁸¹ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 au para 149.

pratique légale de tous les professionnels, la position des tribunaux devra évoluer en fonction de cette nouvelle réalité pour éviter que les courants doctrinaux en responsabilité civile ne soient interprétés par les cliniciens comme un reflet inexact de leur pratique.

Section 4 : L'épisode de soins et le leadership adapté aux besoins du soigné.

Nous avons déjà exploré dans une section précédente comment la gestion des professionnels de la santé dans le cadre de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*⁴⁸² (ci-après LSSSS) a un certain impact sur la CI⁴⁸³. Cependant, avec la *Loi sur l'Assurance-Maladie*⁴⁸⁴ (ci-après LAM), la *Loi sur l'Assurance-Hospitalisation*⁴⁸⁵ (ci-après LAH) et la *Loi sur les services de santé et services sociaux pour les autochtones cris*⁴⁸⁶, la LSSSS et ses règlements afférents déterminent plus que la gestion et le contrôle des soignants participant à la CI. Ces multiples lois et règlements sont les fondations de la structure administrative de l'ensemble du secteur de soins de santé. Leurs impacts sur la CI dépassent donc le seul contrôle des relations et de la représentation par les différents conseils et nous explorerons plus en détail dans les prochaines pages ceux qui ont trait à l'ensemble des déterminants de l'épisode de soin.

⁴⁸² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, supra note 112.

⁴⁸³ Voir à ce sujet Chapitre 3 section 1.4 de cet ouvrage.

⁴⁸⁴ *Loi sur l'assurance-maladie*, RLRQ c A-29.

⁴⁸⁵ *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, RLRQ c A-28.

⁴⁸⁶ *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, RLRQ c S-5.

La LSSSS organise la délivrance du soin autour de deux points centraux : les besoins des patients ou de la population que chaque établissement dessert et des ressources disponibles de ces établissements. Ces principes sont établis dès l'amorce de la loi, par les articles 4, 5 et 13 qui se lisent :

4. Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.

5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

13. Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6 s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.⁴⁸⁷

Les ressources financières exercent donc une certaine influence et elles sont déterminées par le gouvernement sans limiter l'indépendance des établissements dans la détermination et l'utilisation de ces ressources pour leur mission tel que noté à l'article 2 de la LAH.

Afin que les résidents du Québec et les autres personnes déterminées par règlement reçoivent gratuitement des services assurés selon des modalités uniformes, le ministre attribue aux établissements visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) et qui exploitent un centre hospitalier et à l'établissement visé à la partie IV.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) les sommes nécessaires au financement du coût des services assurés qu'ils dispensent (...)

⁴⁸⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux, supra note 112, arts 4, 5 et 13.*

Le financement des services assurés dispensés par les établissements visés au premier alinéa est fait conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, selon le cas. (nos soulignés)

Ce modèle de gestion, choisi par le législateur, a une influence certaine sur le sujet qui nous préoccupe. En effet, quelques études en sciences sociales ont déjà souligné qu'un tel type de système est peu propice à une forte CI, et ce pour plusieurs facteurs⁴⁸⁸. Le premier est lié généralement à ce type de gestion. Les équipes interprofessionnelles nécessitent toutes certaines ressources humaines spécifiques et surtout, nécessitent une certaine stabilité dans ces ressources pour assurer leur fonctionnement. Or, l'organisation, dans sa structure légale actuelle, ne détermine pas ses ressources internes en fonction de ces équipes ou des besoins identifiés. L'établissement, en fait, détermine séquentiellement son orientation stratégique⁴⁸⁹ et son plan d'organisation⁴⁹⁰. Il doit évaluer ses ressources en fonction de ces plans. Le contenu de ces plans est précisé dans la LSSSS et il ne fait nullement mention d'objectif de santé ou de CI. D'où la valse imposée à plusieurs professionnels employés d'un établissement en raison de l'attribution des tâches dans le cadre de leur emploi. Puisque les équipes interprofessionnelles ne sont pas spécifiées dans le plan d'organisation, l'attribution des tâches ou leur priorisation est donc mobilisable par l'établissement, l'employeur, en fonction de limites dans la disponibilité du personnel⁴⁹¹.

⁴⁸⁸ Nelson et al, *supra* note 188; Mulvale, Embrett & Razavi, « 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care », *supra* note 3.

⁴⁸⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 112, art 182.0.2.

⁴⁹⁰ *Ibid*, art 183.

⁴⁹¹ Voir à ce sujet entre autres les décisions concernant la surcharge de travail et le travail des professionnels employés de l'établissement dans *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières c. Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec (SPDNQ)*, *supra* note 329; *Centre local de services communautaires*

Le deuxième facteur, peut-être celui qui techniquement a le plus d'impact, repose sur le fait que l'établissement se doit de respecter un certain budget de fonctionnement⁴⁹². Comme la majorité des professionnels d'une équipe interprofessionnelle sont à sa charge⁴⁹³, les coûts liés aux ouvertures de postes pour augmenter le nombre ou la variété des professionnels disponibles sont un élément important à considérer pour l'établissement⁴⁹⁴. Maintenir une attribution des ressources en CI dans ce contexte peut être prohibitif pour un établissement qui doit gérer un budget serré, en plus d'avoir à gérer la rareté de ces ressources (absences, postes vacants, etc.). Pour créer de l'innovation, une des méthodes dont disposent les établissements dans cette situation est ce que certains appellent « le développement à coût nul » où toutes les initiatives doivent être prises en respect des ressources existantes⁴⁹⁵. Deux cas de figure sont alors possibles : la réorientation des ressources humaines (mouvement de personnel ou réorganisation des tâches) ou le développement par des ressources financières externes (autre enveloppe budgétaire, fondations). Comme seuls les médecins, les dentistes et les sages-femmes ne sont pas à la charge de l'établissement, une certaine portion de développement des soins

Châteauguay et Syndicat des travailleurs du Centre local de services communautaires Châteauguay, [2002] SOQUIJ AZ-02145102 .

⁴⁹² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 112, arts 183-184; Voir aussi *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*, RLRQ c E-120001.

⁴⁹³ En effet, seuls les médecins, dentistes et sage-femmes sont réputés ne pas faire partie du personnel et donc, ne pas faire partie de la masse salariale des professionnels de la santé de l'établissement. Voir *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 112, art 236.

⁴⁹⁴ *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières c. Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec (SPDNO)*, *supra* note 329; *Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec (FIQ) et Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec)*, [2014] CanLII 60097.

⁴⁹⁵ Cette méthode, sous ce vocable, est assez commune dans le réseau de la santé mais nous n'avons pas trouvé de littérature sur le sujet.

qui sont prévus dans le plan d'organisation sont liés à la participation spécifique de ces professionnels, majoritairement médecins⁴⁹⁶.

L'origine du financement du professionnel peut paraître banal du point de vue administratif, mais son impact n'est pas négligeable à nos yeux, car il met en échec partiellement une des avancées soulignées du PL90/L33. Ainsi, malgré le fait que « l'offre de services professionnels dans le réseau [ait] été élargi et le recours à plus d'un professionnel pour exercer les mêmes activités est davantage permis », le manque de ressources professionnelles aux frais de l'établissement peut ralentir le processus de transfert des activités dans les nouveaux champs de compétence. Si l'infirmière est déjà surchargée par ses tâches, que les infirmières auxiliaires manquent et qu'elle ne peut déléguer certaines tâches aux préposés, et ce, peu importe leur compétence, comment peut-on s'attendre à ce qu'elle prenne en charge les activités partageables du médecin⁴⁹⁷? On peut ajouter à cet exemple la possibilité que pour le gestionnaire d'une enveloppe budgétaire fermée institutionnelle, il puisse devenir « plus rentable pour l'établissement que ce soient les médecins qui accomplissent certaines activités, puisque leur rémunération

⁴⁹⁶ Le plan d'organisation n'a en effet qu'à stipuler les ressources médicales et non pas les autres ressources disponibles pour remplir une mission, le reste, comme les ratio patients-infirmières, étant souvent du ressort des ententes syndicales, ou établi à la discrétion des ententes internes. Voir *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 112, arts 183 et 184.

⁴⁹⁷ Voir à ce sujet Trudeau et al, *supra* note 189 à la page 269 qui argumente que le projet de loi 90 «établit une distinction claire entre l'offre de services professionnelles et les prérogatives des milieux de soins en matière d'organisation du travail. Par exemple, si l'établissement peut décider que certaines activités ne pourront pas être exercées, il ne peut jamais permettre à des personnes autres que celles qui y sont autorisées d'exercer des activités réservées par un protocole.».

ne fait pas partie du budget de l'établissement, et représente donc une économie d'argent⁴⁹⁸ ».

Il ne faut pas se méprendre, l'employeur a bel et bien une obligation de maintenir les ressources, particulièrement en ce qui a trait aux ressources infirmières⁴⁹⁹. Ainsi, la détermination des tâches des professionnels employés sera souvent évaluée en fonction de la charge de travail clinique totale de l'établissement et de la pénurie ou non de personnel pouvant exécuter ladite charge de travail. Ainsi, d'une journée à l'autre, la présence d'un professionnel ou la personne qui prend la tâche peut varier sans que le professionnel en soi puisse déterminer sa tâche. C'est le phénomène appelé par le réseau des équipes « volantes ». Par exemple, une même infirmière pivot peut couvrir plusieurs services et devoir limiter sa présence ou sa contribution auprès de certaines clientèles⁵⁰⁰.

De plus, si la CI est importante pour le professionnel, il ne peut invoquer la surcharge de travail face à la CI que si son employeur lui impose de répondre à l'ensemble des demandes dans des heures normales de travail⁵⁰¹, ce qui dans le cas de la CI peut mener à une situation paradoxale. En reprenant l'exemple de l'infirmière pivot, élément souvent central à la CI dans le réseau québécois, l'employeur peut ne pas engager plus de ressources humaines pour satisfaire les besoins, l'infirmière pivot se doit de respecter son horaire de travail

⁴⁹⁸ Roy, *supra* note 173 à la p 44 soutenu par les entrevues de ; Nelson et al, *supra* note 188 à la p 41.

⁴⁹⁹ *Centre de santé et de services sociaux de la Côte-de-Gaspé c Gauvin*, [2011] QCCS 6444.

⁵⁰⁰ C'est une situation analogue à la problématique du « bed filling policy » rapporté par Miller & Freeman, *supra* note 338.

⁵⁰¹ *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières c. Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec (SPDNQ)*, *supra* note 329.

malgré la charge et le syndicat ne peut invoquer la surcharge pour « forcer » le développement de ressources supplémentaires tant et aussi longtemps que l'établissement employeur n'oblige pas l'infirmière pivot à exécuter toute la charge de travail dans un même horaire... Dans le contexte où la CI est encore vue comme un élément non essentiel du soin au Québec dans nos établissements en manque de ressources humaines de façon chronique, il est difficile de voir comment la CI avec son partage des responsabilités pourrait fleurir facilement⁵⁰².

De surcroît, la jurisprudence reconnaît que, bien que le code de déontologie soit d'ordre public, il y a un certain arbitrage à faire entre celui-ci et la volonté de l'employeur ou les impératifs de la convention collective. La volonté de respecter l'interprétation du professionnel de son code de déontologie (ce qu'il considère comme une pratique adéquate...) n'est pas une raison pour justifier l'argument de surcharge de travail au sens de la convention collective⁵⁰³. Ainsi, le professionnel qui désire exiger de son employeur une stabilisation des équipes, ce qui favorise la CI, pourrait difficilement invoquer son code de déontologie ou le maintien des ressources pour le respect des articles 5 et 6 de la LSSSS.

Hormis ce que nous venons de discuter, un avantage est à noter avec ce type de gestion : la CI est a priori un mode de soins efficace du point de vue financier. Quelques études le

⁵⁰² Tanya Rechael Lawlis, Judith Anson & David Greenfield, « Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: a literature review » (2014) 28:4 *Journal of Interprofessional Care* 305-310.

⁵⁰³ *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières c. Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec (SPDNQ)*, supra note 329.

soulignent⁵⁰⁴. Dans ce contexte, pour favoriser l'atteinte de la mission de l'établissement, qui est d'offrir des soins et d'améliorer la santé de la population desservie⁵⁰⁵, l'intégration des compétences dans l'objectif d'éviter la dégradation des états chroniques, les hospitalisations fréquentes ainsi que l'amélioration de la satisfaction des patients⁵⁰⁶ entre clairement dans la mission d'un établissement de soins. La CI deviendrait-elle donc un impératif de ressources, au même titre que les autres ressources matérielles ? Seule la généralisation d'une telle pratique pourrait contribuer à la concrétisation de cet énoncé.

Pour résumer, on peut constater que les aspects financiers de la gouvernance des établissements ne sont pas fondamentalement favorables à une répartition élargie des tâches historiquement médicales. L'attribution des financements historiquement en silos structurels ne permet pas une flexibilité dans le financement global nécessaire par la CI. Ce ne sont cependant pas les seuls vestiges législatifs ou réglementaires qui peuvent avoir un impact notable sur l'existence d'une CI robuste avec un leadership adaptable aux besoins des patients.

Section 4.1 L'admission et le congé : signature du médecin requise

Ce qui nous semble un obstacle juridico-administratif notable à la collaboration interprofessionnelle dans le système de soins de santé n'est pas dans la LSSSS en tant que

⁵⁰⁴ Jena & Philipson, *supra* note 25; Hardin, Kilian & Spykerman, « Competing health care systems and complex patients », *supra* note 26.

⁵⁰⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 112, arts 1, 2 et 81.

⁵⁰⁶ Voir à ce sujet chapitre 1 section 1.2 de la présente thèse

tel, mais dans le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*⁵⁰⁷ (ci-après ROAE).

Ce texte, qui détermine l'organisation interne du continuum de soin, dicte deux éléments centraux dans la relation entre l'établissement et le patient : l'admission et le congé. Le début et la fin effective de la relation du patient avec l'établissement de soins. Or, ces deux éléments sont déterminés par règlement par le médecin. En effet, le ROAE attribue spécifiquement la responsabilité d'admettre ou de donner congé au patient au médecin ou au dentiste :

26. Une personne est admise dans un centre hospitalier de soins de courte durée à la suite d'une demande d'admission écrite, accompagnée d'un diagnostic provisoire et fait par un médecin ou un dentiste, membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement et agissant dans les limites de ses privilèges. Le médecin ou le dentiste au nom de qui le bénéficiaire est admis devient le médecin ou le dentiste traitant du bénéficiaire.⁵⁰⁸

30. Dans un centre hospitalier, le congé d'un bénéficiaire doit être signé par le médecin ou le dentiste traitant.⁵⁰⁹ (nos soulignés)

Bien que dans la réalité clinique, ces deux événements amorçant et terminant l'épisode de soins peuvent être des décisions interprofessionnelles, rien n'empêche administrativement le médecin d'agir unilatéralement. De plus, ce dernier oblige le reste de l'équipe à se soumettre à sa décision, c'est sa seule signature qui compte. Ainsi, la rédaction de ces deux articles ne favorise pas une flexibilité dans les équipes de soignants. En effet, ces textes

⁵⁰⁷ *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ c S-5, r 5.

⁵⁰⁸ *Ibid*, art 26.

⁵⁰⁹ *Ibid*, art 30.

favorisent le seul médecin traitant⁵¹⁰ par rapport à un autre soignant qui aurait pu avoir autant de compétence pour la problématique active du patient. D'ailleurs, les IPS⁵¹¹ ou les travailleurs sociaux peuvent être également, tout comme le médecin traitant, des soignants pivots. De plus, il faut noter que la notion de diagnostic nécessaire pour l'admission réduit le champ des possibles quant aux professionnels pouvant effectivement admettre un patient, et ce malgré l'ouverture toute récente du système au diagnostic pour les IPS.

Section 4.2 La prescription ou la consultation médicale pour l'accès aux services spécialisés et aux outils d'assistance.

Nous avons vu plus haut que l'ordonnance médicale peut être un moyen de contrôle d'un groupe de professionnel sur un autre dans le cadre d'une pratique interprofessionnelle⁵¹², principalement en faisant de la profession médicale le déterminant de l'utilisation des services de l'autre profession. Ce procédé de contrôle ne se trouve pas seulement dans le monde professionnel : le modèle organisationnel de notre réseau de soins y a aussi recours. Hormis le contrôle dans l'admission et le congé, dans les organisations de soins, le contrôle de la profession médicale sur le continuum de soins peut se recouper en deux catégories : le contrôle de l'accès aux services et le contrôle sur le remboursement des outils d'assistance. Souvent oubliés, ces éléments organisationnels, dont nous discuterons ici-bas,

⁵¹⁰ *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ S-5 r. 5 a.26.

⁵¹¹ En effet, la *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, supra note 241 n'a pas modifié le ROAE.

⁵¹² Voir à ce sujet les sections précédentes portant sur les règlements de partage d'activité.

précèdent les changements en droit professionnel et ont un potentiel certain pour limiter l'impact positif des changements normatifs du système professionnel :

Alors que les lois sur les professions de la santé peuvent être réformées pour promouvoir des champs d'exercices plus larges dans les modèles de collaboration, les lois plus anciennes peuvent structurer les environnements de soins de santé d'une manière qui va à l'encontre de cette approche moderne (p. ex., des règles plus anciennes qui nécessitent l'ordonnance médicale d'un médecin pour certaines procédures de soins de santé, tandis que les nouvelles lois autorisent les infirmières à exécuter plus de tâches sans ordonnance de médecins).⁵¹³

La première catégorie regroupe les éléments de contrôle sur l'accès aux services spécialisés médicaux et non médicaux. Les accès passent tous par des demandes de consultation ou des requêtes de services. Pour les services spécialisés non médicaux, que ce soit en lien avec le service de physiothérapie, d'ergothérapie, de travail social ou d'inhalothérapie, la présence de ces professionnels au chevet du patient hospitalisé nécessite une demande d'intervention faite par un médecin requérant. Pour justifier leur apport au patient, ils doivent en effet s'assurer de remplir les formulaires de *Requête de services professionnels AH-248 DT9055*⁵¹⁴, leur présence étant conditionnelle à une « invitation » de l'équipe traitante à faire partie de l'équipe de soins. Depuis 2014 par contre, la demande de services auprès d'un professionnel non-médecin peut être rempli par un requérant autre que le médecin traitant, modifications incluses depuis l'apport de plus en plus important des infirmières-pivot, infirmières responsables de la préparation des convalescences et des

⁵¹³ Nelson et al, *supra* note 188 à la p 60.

⁵¹⁴ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Requête de services professionnels - Formulaire AH-248 DT9055*, 2014.

réorientations en soins non actifs, et des IPS. Malheureusement, aucune donnée statistique provinciale ne permet de savoir qui effectivement remplit ces demandes.

Pour les services spécialisés médicaux, l'accès est régi uniquement par la profession médicale elle-même et par le Centre de Répartition des demandes de services (CRDS) dans le cadre de l'Accès priorisé aux Services Spécialisés (APSS). Pour avoir accès aux spécialités médicales hors d'une hospitalisation ou d'une consultation en salles d'urgence des établissements, le patient doit rencontrer un médecin de première ligne (en ambulatoire ou à l'urgence) qui fera la demande de consultation⁵¹⁵. Par exemple, un patient rencontre son médecin de famille pour une douleur à la hanche. Une demande de consultation en orthopédie est faite au moyen du formulaire *Consultation en orthopédie – adulte - AH-753 DT9286*⁵¹⁶. Cette demande est envoyée au CRDS du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) d'attache et sera priorisée dans les plages horaires disponibles du chirurgien orthopédiste. Cette demande ne peut être faite que par un médecin omnipraticien, médecin qui recevra rapport de la consultation et du plan de traitement mis ou non en place par le consultant⁵¹⁷.

La seconde catégorie, le contrôle sur le remboursement des services externes, est le fruit de plusieurs articles réglementaires imposant l'obligation de délivrer une ordonnance

⁵¹⁵ note 417.

⁵¹⁶ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *CONSULTATION EN ORTHOPÉDIE – ADULTE - Formulaire AH-753 DT9286*, 2018.

⁵¹⁷ Cette procédure devrait s'ouvrir aux IPSPL (IPS de première ligne) mais, au moment d'écrire ces lignes, soit l'automne 2021, aucune procédure n'était disponible pour notre évaluation.

médicale pour l'obtention d'un service assuré, comme les aides à la marche⁵¹⁸, les aides auditives⁵¹⁹. Discuter ici des règles de l'assurance maladie privée, mécanisme de couverture très utilisé pour l'obtention des aides à la fonctionnalité, est hors de la portée de ce texte. Nous discuterons plutôt du contrôle financier public par règlement de la LAM, liant l'ordonnance du médecin au remboursement par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (ci-après RAMQ), même si l'évaluation des besoins n'est pas de la compétence exclusive du médecin⁵²⁰. Ces éléments normatifs, même s'ils peuvent paraître banals, contribuent à véhiculer la notion que les autres professions peuvent moins contribuer aux bien-être de leur patient en n'étant pas reconnu par le payeur public comme un fournisseur fiable d'évaluation des besoins des patients, leur opinion étant subordonnée à l'ordonnance du médecin. Ce « deux poids deux mesures » face à une compétence égale n'est pas limitée à la santé malheureusement⁵²¹. Comme le partage des leaderships et la reconnaissance des rôles complémentaire est central à la réalisation d'une CI efficace, cette obligation de preuve médicale par les organisations étatiques de remboursement oblige une communication toujours médico-centriste sans apport bénéfique au patient ou au fonctionnement de l'équipe.

⁵¹⁸ *Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ c A-29, r 4, art 15.1.

⁵¹⁹ *Règlement sur les aides auditives et les services assurés*, RLRQ c A-29, r 2.

⁵²⁰ En effet, les aides à la marche peuvent être de la compétence des ergothérapeutes et des physiothérapeutes, tandis que les aides auditives relèvent aussi des audiologistes et des audioprothésistes.

⁵²¹ Janic Perreault, « Qu'en est-il des opinions et expertises médicales réalisées par des professionnels de la santé, non-médecins, tels les ergothérapeutes? » (2011) 2011 Formation continue du Barreau - Développements récents EYB2011DEV1745.

Section 4.3 Le difficile leadership non médical en première ligne : le statut du professionnel face à la pratique privée facturée à l'État.

La rémunération, qu'il s'agisse du montant ou du mode, est un acte juridique, un contrat, une entente entre deux parties. Nous en parlons beaucoup au Québec pour plusieurs raisons que nous pouvons sommairement relier à la variabilité des sources de paiement, la variabilité des modes des rémunérations et la variabilité des montants. La littérature en sciences sociales souligne en effet le mode de rémunération à l'acte comme un facteur de résistance à l'instauration de la CI⁵²². Son impact serait médié par son effet sur la motivation du professionnel de faire un acte lui-même pour en recevoir l'émolument⁵²³. Il est tout à fait logique en effet dans ce modèle de paiement des services que le paiement du service soit attaché à la réalisation de celui-ci. Nous avancerons cependant une hypothèse : ce n'est probablement pas tant le mode de rémunération que le contenu de ce mode qui limite la pratique collaborative. En effet, si l'acte était lié au processus interprofessionnel, le mode de paiement aurait probablement moins d'impact⁵²⁴, mais c'est une hypothèse qui manque en ce moment de données permettant d'en infirmer ou d'en confirmer la véracité.

⁵²² Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 à la p 208; Margaret Champion, *Enabling Collaboration within Health Systems*, Capital Health, 2008; Lahey & Currie, *supra* note 143; San Martin-Rodriguez L. et al, *supra* note 30.

⁵²³ *Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative*, Rapport de recherche, by Jean-Louis Denis et al, Regards sur les modes de rémunération des médecins Rapport de recherche 2015-BE-187386, École nationale d'administration publique, 2015; Nelson et al, *supra* note 188.

⁵²⁴ En effet, le paiement de la réunion multidisciplinaire (terme utilisé par la RAMQ) ne se fait que depuis janvier 2014. Voir à ce sujet Régie de l'Assurance Maladie du Québec, *Infolettre 229 - Modification 67 à l'Accord-cadre et autres renseignements administratifs*, 2013.

Ce que nous désirons amener dans ces pages comme argumentaire est que la problématique de la rémunération est double. Ce n'est pas seulement le mode de rémunération en tant que tel qui doit être étudié par le chercheur comme un facteur d'impact sur la CI, mais aussi son hétérogénéité parmi les professionnels. En effet, les professionnels sont rémunérés différemment tant à l'intérieur d'une même profession qu'entre les professions. Cette variation dans les modes de rémunération implique que les incitatifs pour promouvoir la CI seront de facto différents puisque les paramètres financiers seront différents. Cette variation n'est pas qu'historique, elle est légale. En fait, dans la problématique du mode de rémunération, nous nous référerons en général aux médecins en raison de plusieurs articles dans la LAM et dans la LCS, dont nous discuterons maintenant les effets.

Le premier impact des LAM et LCS sur la CI est la géolocalisation des professionnels en CISSS ou en CHSLD de la CI. En premier lieu, le fait que les professionnels appartiennent ou non à une institution de soin (CISSS, CHSLD) va avoir un impact sur le mode de rémunération qui à son tour influencera la CI. Selon la LAM, seuls les médecins, dentistes, optométristes et pharmaciens sont des professionnels de la santé au sens de cette loi. En effet, l'article 1 de loi statue que :

1. Dans la présente loi, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les expressions et mots suivants signifient ou désignent:

(...)

b) «professionnel de la santé» ou «professionnel» : tout médecin, dentiste, optométriste ou pharmacien légalement autorisé à fournir des services assurés⁵²⁵;

⁵²⁵ *Loi sur l'assurance-maladie, supra note 484, art 1.*

Bien que nous comprenions l'importance de limiter la portée de la LAM, le choix politique de spécifiquement restreindre les professionnels pouvant être soumis à la LAM a un impact. Les professionnels de la santé qui ne sont pas reconnus comme tels par la LAM ne peuvent pas être payés par l'assureur public, la RAMQ, s'ils travaillent à l'extérieur de l'établissement. Dans ce dernier, ils ont le statut d'employés et font donc partie des services hospitaliers couverts par la LAH, sauf quelques exceptions contextuelles⁵²⁶. Ils ne sont pas des professionnels de la santé au sens de la LAM. Ils n'ont pas la possibilité de discuter de leur mode de rémunération en dehors de leur relation d'emploi, comme le feraient les médecins, dentistes, optométristes et pharmaciens qui eux, entrent dans la définition d'un professionnel de la santé selon la LAM. Ils ne peuvent avoir de modes alternatifs, adaptés à leur réalité locale ou organisationnelle⁵²⁷. Soit ces professionnels, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc. sont payés par l'établissement dans le cadre d'une relation contractuelle d'emploi, soit ils sont payés par le patient, soit ils sont employés d'une entreprise privée, soit ils sont employés de la clinique privée comme dans les GMF⁵²⁸. Ils sont, par la combinaison de la LSSSS et de la LAM, des professionnels moins flexibles que ceux qui négocient leur rémunération par le biais de la LAM. Ainsi, aucune

⁵²⁶ *Ibid*, art 3.

⁵²⁷ En effet, la rémunération des professionnels soumis à la LAM est variable en fonction des disciplines et aussi en fonction des types de pratique permettant une meilleure adoption aux besoins. Voir par exemple le complexe Régie de l'Assurance-maladie du Québec, « Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte | RAMQ », en ligne: <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes-nouvelle-facturation/manuels/Pages/facturation.aspx>>.

⁵²⁸ Ce fait n'empêche pas la présence des IPSPL dans les GMF en raison d'une entente possible entre le CISSS et la GMF privée. La rémunération est alors soumise à la Régie de l'Assurance Maladie du Québec, *LETTRÉ D'ENTENTE No 229 AYANT TRAIT À L'INTÉGRATION DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE (IPS-SPL) DANS UN CABINET PRIVÉ, DANS UN CLSC OU DANS UN GMF-U*, 2011 Par contre, l'infirmière clinicienne a habituellement un statut d'employé de la GMF elle-même. Francine Pelletier, *L'activité infirmière dans deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec* (mémoire de maîtrise, Université Laval, 2008) [unpublished].

équipe interprofessionnelle payée entièrement par le régime public ne peut exister en dehors de l'organisation du CISSS.

Ce facteur d'indépendance par rapport à l'établissement nuit aussi à la cohésion des équipes du point de vue de la négociation des ressources financières. Comme nous l'avons vu plus tôt, la majorité des professionnels de la santé (infirmières, inhalothérapeutes, infirmières auxiliaires, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes...) sont des employés de l'établissement de santé tandis que les médecins et dentistes sont des travailleurs indépendants utilisant les ressources de l'établissement pour effectuer leurs actes de soin⁵²⁹. Cette différence de statut, présente dans la LSSSS, est cristallisée dans la LAM et entraîne deux problèmes : le problème des types de solutions applicables et le problème des instances.

Prenons en premier lieu le problème des instances : la négociation des ressources financières se fait par le biais de deux instances différentes pour les professionnels de la santé. Les organisations représentant les médecins, dentistes, optométristes et pharmaciens, en fonction de l'article 19 de LAM, négocient directement avec le MSSS et le Conseil des Ministres⁵³⁰. Leur enveloppe budgétaire est indépendante de celle des établissements. Tandis que les autres professionnels négocient dans le cadre d'entente syndicale globale avec une autre enveloppe budgétaire du MSSS. Il est donc ardu d'un point de vue administratif de négocier collectivement des ressources pour la CI si les acteurs intéressés sont divisés et peu coordonnés.

⁵²⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux, supra note 112, art 236.*

⁵³⁰ *Loi sur l'assurance-maladie, supra note 484, art 19.*

En second lieu, les types de solutions applicables sont différents, en raison des modes de rémunération, mais aussi des modes de négociation. Une négociation syndicale typique comprend des demandes globales⁵³¹, soit des demandes à incidence monétaires⁵³² ou des demandes purement normatives⁵³³. Les employés syndiqués le savent bien, toute négociation est une question de priorisation et les gains sont souvent obtenus sans égard aux personnes non représentées dans le cadre de négociation, sauf dans les cas de front commun syndical⁵³⁴. Or, nous n'avons trouvé aucun front commun d'envergure regroupant TOUS les professionnels de la santé dans l'histoire du système de soins de santé québécois. Ces négociations s'orientent toujours en fonction du statut : les professionnels employés d'un côté et les professionnels soumis à la LAM de l'autre. De fait, dans un tel contexte, l'octroi de ressources pour des équipes interprofessionnelles relève de l'exploit.

⁵³¹ La négociation d'une convention collective commence par le dépôt, habituellement par le syndicat, d'une proposition de nouvelle convention collective, inspirée de la dernière convention. Ce dépôt comprend les demandes globales du syndicat qui se divisent en fonction de l'impact monétaire.

⁵³² Les demandes à incidence monétaires ne se limitent pas aux demandes salariales mais incluent aussi par exemple les demandes de participation monétaire de l'employeur aux assurances collectives, la participation de l'employeur au paiement des assurances professionnelles, les congés payés dépendant de l'employeur comme les congés de maladie ou les jours de congé personnels, etc.

⁵³³ Les demandes normatives n'ont pas d'impact monétaire. Elles sont habituellement reliées à l'organisation du travail, comme le processus d'affichage de poste ou la détermination des contenus obligatoires des descriptions de postes, ou reliés à la relation entre l'employeur et le syndicat, comme les processus de résolution de conflit interne à l'institution.

⁵³⁴ Un front commun syndical est l'association temporaire et non-contraignante de plusieurs syndicats dans le cadre de négociation de convention collective du secteur public. Dans le contexte d'un front commun syndical, tous les syndicats concernés par la négociation se regroupent en une seule table de négociation avec l'État et accepte de terminer la négociation avec une seule et même convention collective. Ces fronts sont rendus nécessaires par la multiplication des unités syndicales dans le secteur public de la santé.

Finalement, l'impact de la Loi canadienne sur la santé (ci-après LCS) ne doit pas être négligé. La LCS est une loi de financement des soins qui encadre le transfert de fonds du gouvernement fédéral vers les gouvernements provinciaux. Cette loi conditionne le transfert de fonds à la couverture par les régimes d'assurance maladie des provinces de tous les soins médicalement nécessaires, ce qui a pour effet de donner une place privilégiée à la science médicale pour déterminer ce qui sera considéré comme des soins essentiels à couvrir par le système public et non pas une autre science. Comme le mentionnent les auteurs Flood et Thomas :

When it is not issuing categorical exclusions, the CHA is surprisingly open-ended in defining the medicare basket. Section 2 of the CHA notionally limits medicare dollars to “medically necessary” hospital services and “medically required” physician services. But there is no rigour in the application of these limitations—as Nuala Kenny puts it, “medical necessity is what doctors decide needs to be done or what doctors actually do.”⁵³⁵

Il n'est pas anodin que la LCS se centre sur la notion du médicalement nécessaire, car par l'introduction de cette notion, la LCS incite les provinces à se doter d'une obligation d'inclure dans leur panier de services tout soin donné ou dicté par des médecins, dans la mesure où ils sont reconnus comme étant médicalement requis (cela exclut par exemple la majorité des soins esthétiques)⁵³⁶. Ainsi, la LCS, dans un contexte de limitation des ressources financières d'un système public, influe grandement sur le médico-centrisme du

⁵³⁵ Colleen M Flood & Bryan Thomas, « Modernizing the Canada Health Act » (2016) 39:2 Dalhousie Law Journal 397-411 à la p 403.

⁵³⁶ La LCS, *Loi canadienne sur la santé*, LRC 1985 c C-6, dans son premier article portant sur les définitions définit « services de santé assurés Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail. » où « services médicaux Services médicalement nécessaires fournis par un médecin. » Les services hospitaliers quant à eux couvrent tous les services posés en établissement spécifiquement.

panier de soins reconnus par la LAM et la LAH du législateur québécois. Elle donne le pouvoir à la perception médicale, souvent curative, de déterminer ce que signifie « santé » pour le système public plutôt que donner ce pouvoir à la perception holistique incluant toutes les professions. Les professionnels non-médecins doivent donc, pour financer publiquement leur service, soit être dans le réseau hospitalier et faire partie ainsi de l'offre globale de soins, soit livrer des soins à la suite d'une prescription médicale.

Conclusion Chapitre 3

Nous venons de voir ensemble ce qui a trait au droit positif et aux normes organisationnelles entourant la CI au Québec. Le premier constat que ces pages peuvent offrir est que les aspects normatifs structurant la CI dans le système de santé québécois sont complexes et nombreux. Que l'on s'intéresse aux normes relatives à l'organisation des services⁵³⁷, aux normes relatives à la responsabilité⁵³⁸ ou aux normes relatives à l'exercice professionnel⁵³⁹, la pratique interprofessionnelle collaborative subit de nombreuses influences qui tiennent à la complexité des textes, à leur caractère nécessitant une interprétation constante, à leur compréhension par les cliniciens et finalement, à leur mise en œuvre par les professionnels du réseau.

Puisqu'aucun des textes actuels ne s'aventure dans la complexité de la normativité de la pratique collaborative dans un sens large telle que vécue sur le terrain ou comprise par les acteurs, nous avons choisi de regrouper en un seul chapitre toutes les normes juridiques touchant la CI et ainsi fournir au lecteur, juriste et non-juriste, un premier portrait global. Cette timidité dans la littérature juridique actuelle n'est cependant pas du snobisme

⁵³⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, supra note 112; *Loi sur l'assurance-maladie*, supra note 484; *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, supra note 486.

⁵³⁸ *Code civil du Québec*, supra note 178, arts 1457 et suivant; Lahey & Currie, supra note 143; Conference Board of Canada & Prada, supra note 435; Nola Ries, *MYTHE : Le travail en équipe interprofessionnelle accroît les risques liés à la responsabilité civile*; Leroux, Jean-François, supra note 180; Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, supra note 401.

⁵³⁹ *Code des professions*, supra note 13; *Loi médicale*, supra note 199; *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, supra note 200; Lahey & Currie, supra note 143; Laverdière, Marco & Régis, Catherine, supra note 4.

juridique, les auteurs reconnaissent la place du professionnel clinicien comme modificateur et comme agent d'application des normes juridiques, comme l'écrit avec justesse Ries :

The knowledge and perceptions of healthcare providers about the legal context is another significant influence. Barriers to interprofessional collaboration include health professionals' liability fears and confusion about what they can lawfully do within their scope of practice as well as "structural boundaries" between professionals.⁵⁴⁰

Pour reprendre nos remarques introductives en début de chapitre, il faut noter que la CI, bien que n'étant pas une pratique nouvelle, commence à peine à être au centre de la culture de soins. Cette intégration dans la culture pourra changer l'évaluation de la responsabilité individuelle, non pas en créant une responsabilité collective propre – en droit civil, cela nécessiterait un changement de paradigme important – mais en changeant les critères d'évaluation du comportement d'un professionnel. En effet, si la norme devient celle de travailler en équipe, le non-respect de cette norme pourra tout autant être un critère de non-diligence que le non-respect de toute autre norme professionnelle.

Cependant, ces dernières pages sont une vision théorique, ancrée dans le droit et la recherche juridique. Tous les auteurs soulignent la difficulté de statuer sur l'effet de l'encadrement actuel sur la CI, partiellement en raison de l'absence de données empiriques sur l'efficacité des lois ou des changements apportés, ou de données sur les barrières effectives dans le cadre du travail des professionnels de la santé et des équipes de soins⁵⁴¹.

⁵⁴⁰ Ries, « Innovation in Healthcare, Innovation in Law », *supra* note 183 à la p 4.

⁵⁴¹ Reeves et al, *supra* note 6; Reeves et al, « Interprofessional education », *supra* note 6; Zwarenstein, Goldman & Reeves, *supra* note 6; Merrick Zwarenstein & Scott Reeves, « Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork » (2006) 26:1 Journal of Continuing Education in the Health Professions 46-54.

Sur ce sujet, le souci est donc, non pas de déterminer les manquements de la littérature, mais plus de circonscrire la portée de la recherche actuelle dans le contexte d'une absence de connaissance sur les interactions de la norme juridique en regard de la CI.

Actuellement, les règles juridiques ayant un impact sur la pratique collaborative sont nombreuses et leur potentiel pour cadrer la pratique professionnelle dans une vision monoprofessionnelle est fort. Cependant, des éléments notables sont présents pour contrecarrer cet effet et tenter de favoriser normativement la collaboration entre les professionnels. Nous pouvons donc en conclure que, dans son ensemble, l'encadrement juridique est relativement neutre face à la CI. Il nous est cependant impossible à l'heure actuelle de déterminer leur effet réel, car il nous manque un élément essentiel de l'équation : la connaissance effective du professionnel de ces règles que nous venons d'exposer. Sans cette connaissance, on ne peut présumer que les normes juridiques influencent le comportement des cliniciens. C'est ce que notre prochain chapitre tentera de corriger.

Chapitre 4 : Les connaissances juridiques des infirmières et médecins du Québec

Bien que les lois, les textes réglementaires et leur interprétation par les spécialistes du droit soient centraux dans l'organisation de la CI, l'implantation de cette dernière dépend beaucoup des acteurs soignants. Ces professionnels, cliniciens ayant une formation principalement en santé et non en science juridique, sont en effet ceux qui appliquent les règles et les normes aux situations de soins. Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique de cette thèse, l'impact des normes sur la CI sera médié par la connaissance du droit, implicite et explicite, des soignants qui composent l'équipe pratiquant en CI. Ce chapitre s'intéresse donc à l'état des connaissances implicites et explicites des normes structurant la CI chez les médecins et infirmières du Québec.

Une technique de sondage web anonyme a été choisie pour maximiser la protection des répondants et faciliter une représentation géographique étendue. Les données descriptives démographiques seront présentées en premier, suivies des données sur la collaboration interprofessionnelle en elle-même. En effet, avant de s'intéresser aux aspects normatifs qui encadrent la CI, il faudra déterminer la position de notre échantillon par rapport à la pratique clinique qu'est la CI. Suivront ensuite les données cardinales du projet. En premier, les sources d'apprentissage du droit chez les professionnels questionnés permettront de brosser un portrait des influences dans l'acquisition des connaissances en droit. Ces sources peuvent en effet influencer sur le positionnement d'un individu par rapport au droit ou son interprétation et sa priorisation des règles normatives connues. Finalement, les données sur les connaissances juridiques de l'échantillon de soignants seront discutées.

L'analyse de ces données indique une certaine fracture entre les textes et la compréhension effective de ceux-ci par les participants. Cette même analyse tentera de mettre en lumière de potentiels éléments expliquant cette fracture.

Section 1 : Les données descriptives générales de l'échantillon

Nous avons fait parvenir virtuellement une invitation à remplir anonymement un questionnaire web à un échantillon non probabiliste de médecins et d'infirmières réparti sur tout le territoire québécois.

Trois cent quarante-six (346) professionnels ont signé le consentement pour participer au questionnaire. De ce groupe, 267 répondants ont effectivement rempli le questionnaire. Les questionnaires ont été ensuite tous évalués, qu'ils aient été partiellement remplis ou entièrement complétés. Au total, 194 questionnaires ont été remis complets. Cet échantillon initial (267 questionnaires analysés) représente 0,3 % de la population à sonder⁵⁴². L'échantillon est en dessous des attentes pour la généralisation et les statistiques. Par contre, comme cet échantillonnage n'a jamais été fait par le passé et que les données descriptives de l'échantillon semblent nous indiquer un échantillonnage représentatif du groupe, ces données ont une valeur certaine. Les données descriptives sont résumées dans le tableau 8.

⁵⁴² En date de l'étude (2018), il y avait un total de 92674 médecins et infirmières en pratique active soit 71 487 infirmières (source : OIIQ) et 21 187 médecins (source : CMQ).

Tous les questionnaires ont donc été analysés et les résultats sont présentés en fonction de leur pourcentage de l'échantillon total. En raison de la grosseur de l'échantillon, aucun test statistique multivarié n'a été réalisé puisqu'il n'aurait eu aucune valeur statistique. En effet, les incertitudes statistiques (erreur bêta et alpha) d'un si petit échantillon auraient donné des résultats d'analyse invalides, l'absence ou la présence de lien statistique aurait pu être due à la chance simple. Cela ne diminue cependant pas la valeur de la majorité des résultats descriptifs, mais plutôt le nombre d'inférences statistiques qui pourront être réalisées dans le cadre de cette thèse.

La distribution géographique, par souci d'anonymisation, a été agrégée en trois grandes régions : urbaine⁵⁴³, périphérique⁵⁴⁴ et rurale⁵⁴⁵. Une quatrième catégorie, mixte, a été ajoutée pour représenter les professionnels travaillant dans plus d'un type de région, et ce, pour mieux représenter leur type de pratique et les influences sur leurs connaissances juridiques qui avaient le potentiel d'être différentes de leur collègue ne travaillant que dans une seule région. Parmi les 204 répondants s'étant identifiés dans une région, après répartition des zones mixtes, la zone urbaine est légèrement sous représentée (35 % de l'échantillon, contre 46,02 % dans la population cible), la zone périphérique largement sous représentée (17,6 % de l'échantillon, contre 40,2 %) et la zone rurale, largement surreprésentée (25,7 % de l'échantillon, contre 9 %). Cette surreprésentation du milieu

⁵⁴³ Ont été considérées des régions urbaines les régions à forte densité de population, relativement homogènes et considérées comme des régions de référence pour les soins tertiaires et quaternaires, avec un ou plusieurs centres universitaires comme Montréal et la Capitale Nationale.

⁵⁴⁴ Ont été considérées des régions périphériques les régions de densité populationnelle variable avec plusieurs établissements de soins communautaires généralistes ou spécialisés, qu'ils soient jugés universitaire ou non, comme l'Estrie, la Montérégie et le Saguenay-Lac-St-Jean.

⁵⁴⁵ Ont été considérées des régions rurales les régions de faible densité populationnelle, avec un large territoire géographique et des établissements de soins principalement généralistes, comme la Gaspésie-Îles de la Madeleine ou la Baie-James.

rural peut être reliée à la méthode de recrutement choisie, les affichages ayant le potentiel d’être plus efficaces en centre de soins communautaire. Aussi, la chercheuse principale ayant une pratique dans ces régions, il y a eu un potentiel de meilleure adhésion au projet de la part des collègues de ces régions. Nous ne pouvons exclure que la problématique de la CI soit plus importante pour les régions rurales en raison de la fragilité des petites équipes de soins et donc, leur désir de promouvoir la recherche sur le sujet serait plus grand.

Deux groupes de professionnels, les médecins et les infirmières, ont été ciblés initialement dans le cadre du questionnaire, puisqu’ils composent la majorité des professionnels répartis dans tout le Québec. Dans notre échantillon, 130 répondants se sont identifiés comme médecins (64 %) et 54 comme infirmières (27 %). 20 répondants se sont identifiés comme un autre professionnel (ergothérapeute, inhalothérapeute, etc.) et 63 participants ne se sont identifiés à aucun groupe. Nous notons donc une sous-représentation des infirmières dans l’échantillon par rapport à leur poids réel dans la population cible. Cette sous-représentation peut être causée par un moindre intérêt pour les aspects médico-légaux, ou par l’impact des différents outils de recrutement (affichage physique dans les établissements, réseaux sociaux, affichage dans les infolettres professionnelles) qui étaient disponibles et qui ont été utilisés. En effet, le fait que la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a accepté de distribuer le questionnaire alors que les organisations infirmières ont continuellement refusé de participer peut avoir eu une certaine influence.

Les répondants décrivent leur pratique comme principalement spécialisée (70 % des répondants) tant chez les infirmières que chez les médecins. Cela peut être le reflet d’un certain biais dans le recrutement. Cette description peut être aussi le reflet de la notion de spécialisation chez les soignants, particulièrement les infirmières, où les participants de ce

groupe de professionnel ont quasiment unanimement répondu « pratique spécialisée » en se référant au département de travail. Cette interprétation de la spécialisation n'est pas tant liée à leur formation qu'aux compétences effectives sur le terrain déterminé par l'employeur. Nous verrons plus loin l'importance de cette interprétation du terme « spécialisation » quand nous discuterons de la priorisation des règles normatives par les différents groupes.

Une majorité de l'échantillon non probabiliste (60 % des répondants) occupait des tâches administratives. Cette proportion peut être due à un biais d'intérêt, les professionnels effectuant ces tâches étant plus au fait des politiques et de la réglementation entourant les soins de santé. Dans ce contexte, l'échantillon de notre sondage devrait présenter une meilleure connaissance générale des règles et une perception plus claire du rôle du droit dans la pratique collaborative que la population générale.

Tableau 8: Données descriptives

		n	% échantillon (n=267)
Âge	Moins de 30 ans	20	7,5
	Entre 31 et 40 ans	79	29,6
	Entre 41 et 50 ans	53	19,9
	Entre 51 et 60 ans	35	13,1
	61 ans et plus	17	6,4
	Préfère ne pas répondre	63	23,6
	DEC (diplôme collégial)	29	10,9

Dernier niveau scolaire atteint	Diplôme universitaire de premier cycle (BAC, MD, LLB)	102	38,2
	Diplôme universitaire de deuxième cycle (maîtrise, DESS, LLM)	22	8,2
	Diplôme universitaire de troisième cycle (PhD, LLD)	51	19,1
	Préfère ne pas répondre	63	23,6
Profession	Autre	20	7,5
	Infirmier/Infirmière	54	20,2
	Médecin	130	48,7
	Préfère ne pas répondre	63	23,6
Nombre d'années de pratique	Moins de 2 ans	10	3,7
	Entre 2 ans et 5 ans	30	11,2
	Entre 6 ans et 10 ans	43	16,1
	Entre 11 ans et 15 ans	28	10,5
	Plus de 15 ans	93	34,8
	Préfère ne pas répondre	63	23,6
Région de pratique	Urbain	65	24,3
	Périphérique	70	26,2
	Rural	57	21,3
	Mixte	11	4,1
	Préfère ne pas répondre	64	24,0
Type de pratique	Principalement généraliste	60	22,5
	Principalement spécialisée	139	52,1
	Préfère ne pas répondre	68	25,5
Tâches administratives	Oui	122	45,7
	Non	82	30,7
	Préfère ne pas répondre	63	23,6

La participation à une équipe interprofessionnelle, qu'elle soit formelle ou non, est la réalité de la majorité des professionnels questionnés. En effet, 153 répondants (57,3 %) affirment faire partie d'une équipe interprofessionnelle formelle, répartie dans toutes les régions représentées (voir tableau 9). Par contre, lorsqu'on analyse les descriptions de ces équipes, on constate qu'elles sont variées, et que la majorité ne correspond pas à ce que la littérature décrit comme une « équipe formelle ». En effet, la majorité des équipes décrites ne semblent pas constituées selon les participants dans un but thérapeutique comme les équipes en santé mentale ou en réadaptation. De fait, ces équipes décrites par les participants semblent constituées dans le cadre d'une situation sociale et organisationnelle en lien avec l'épisode de soin (groupe de médecine de famille, bloc opératoire...).

Tableau 9: Équipe interprofessionnelle formelle

	Région	n	% du groupe
Je fais partie d'une équipe interprofessionnelle formelle	Urbain	43	66,1
	Périphérique	42	60
	Rural	28	59,6
	Mixte	9	81,8
	Préfère ne pas répondre	31	48,4

Cette différence peut être due au choix d'approche de recrutement. Contrairement à beaucoup de recherches présentées dans le passé⁵⁴⁶, nous n'avons pas ciblé les équipes

⁵⁴⁶ Zwarenstein, Goldman & Reeves, *supra* note 6; Michael Bentley et al, « Interprofessional teamwork in comprehensive primary healthcare services: Findings from a mixed methods study. » (2018) 32:3 J Interprof Care 274-283; Isabelle Gaboury et al, « Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components » (2009) 69:5 Social Science & Medicine 707-715; Sarah Cowley et al,

interprofessionnelles historiques (comme les équipes en gériatrie, en neurologie ou en réadaptation), mais notre échantillon se voulait représentatif de la réalité de l'ensemble du réseau de soin. L'objectif était de refléter ce que les professionnels, les acteurs centraux du réseau, considèrent eux comme des équipes interprofessionnelles. Ainsi, la majorité des équipes auxquelles les répondants participent sont celles moins structurées qui composent la majorité des soins aigus, équipes qui dépendent beaucoup plus de la disponibilité des professionnels et des compétences nécessaires à chaque situation que de règles préétablies. Les participants se réfèrent d'ailleurs beaucoup plus au lieu physique de soin où ces équipes existent (« GMF », « bloc opératoire », « clinique de gestion de la douleur », « UCDG »), ce qui peut être le signe que la pratique interprofessionnelle est intimement liée à ces lieux géographiques spécifiques. Elle viendrait « avec le territoire » et la composition de ces équipes serait prédéterminée par le contexte de ces lieux de soins.

Cependant, en dépit de cette déviation par rapport aux critères descriptifs usuels des équipes interprofessionnelles, les descriptions fournies par les participants sont en adéquation avec les critères établis au premier chapitre pour désigner la CI, et ce, même si les participants ne font référence à aucune structure administrative ou managériale déterminée. La majorité des équipes présentées, lorsque les répondants nomment effectivement les professions impliquées plutôt que le lieu, sont sur la base de binômes (« infirmière-médecin » en GMF, « médecin-inhalothérapeute » au bloc opératoire...).

« Effective interagency and interprofessional working: facilitators and barriers » (2002) 8:1 International Journal of Palliative Nursing 30-39; Anna R Gagliardi, Mark J Dobrow & Frances C Wright, « How can we improve cancer care? A review of interprofessional collaboration models and their use in clinical management » (2011) 20:3 Surgical Oncology (Special Issue: Education for Cancer Surgeons) 146-154.

Dans ce contexte, malgré les limitations de l'échantillon, nous avons choisi d'analyser les données quantitatives descriptives et les données qualitatives fournies par ces médecins et infirmières travaillant au Québec. Bien que la généralisation et les inférences soient limitées, l'analyse de ce premier échantillon n'est pas sans valeur, particulièrement dans un contexte exploratoire où aucune donnée empirique de cette nature n'est disponible actuellement.

Section 2 : Les données sur la vision de la collaboration interprofessionnelle de l'échantillon

L'interprétation du positionnement des participants face au droit entourant la CI nécessitait la détermination de deux éléments différents : l'élément « pratique interprofessionnelle » et l'élément « droit ». Ainsi, il nous fallait tout d'abord déterminer comment les répondants se positionnaient en regard de la pratique interprofessionnelle en elle-même et explorer ce qu'ils considèrent comme des éléments prioritaires dans les limites et les facilitateurs de la CI. Pour ce faire, une combinaison de questions quantitatives et de questions qualitatives ouvertes a été posée aux participants.

2.1 La perception de la collaboration interprofessionnelle

L'échelle de Sicotte⁵⁴⁷, modifié ici pour le besoin du questionnaire, montre que les participants se positionnent favorablement eu égard à la CI. Ils ont été majoritairement en accord avec les affirmations selon lesquelles la CI a un impact positif sur le patient et sur les membres de l'équipe (voir tableau 10). La profession ou la participation à une équipe interprofessionnelle formelle ne semble pas affecter ces perceptions positives envers la CI.

De plus, les participants associent librement des expressions écrites positives, expressions issues de la littérature scientifique et de leurs pratiques, avec la CI, comme « qualité du soin », « but commun », « partage des responsabilités ». Cependant, la notion d'« équipe » dans « équipe de soin » semble moins présente à l'esprit des participants, les termes « interdépendance » et « communication à égalité » étant moins choisis. Finalement, pour soutenir les données issues de l'échelle de Sicotte, le groupe questionné ne semble pas se positionner négativement face à la CI en n'associant pas les termes « lenteur du processus », « leadership unique » et « complexité du processus » à la CI (voir tableau 10).

Tableau 10: Positionnement par rapport à la CI

			n	% échantillon (267)
Échelle de Sicotte modifiée	permet de mieux répondre aux besoins du client ou de l'utilisateur	Fortement / complètement en accord	254	95,1 %
	entraîne une meilleure satisfaction du client ou de l'utilisateur	Fortement / complètement en accord	237	88,8 %
	apporte le soutien que les membres d'une équipe requièrent pour faire	Fortement / complètement en accord	232	86,9 %

⁵⁴⁷ Sicotte, D'Amour & Moreault, *supra* note 157.

	leur travail auprès du client ou de l'utilisateur			
	améliore la qualité de ce qui doit être fait pour le client ou l'utilisateur	Fortement / complètement en accord	237	88,8 %
	favorise la concertation des actions bénéfiques au client ou à l'utilisateur	Fortement / complètement en accord	237	88,8 %
			n	% échantillon (267)
Termes positifs (facilitant)	but commun		212	79,4
	qualité du soin		209	78,3
	communication à égalité		140	52,4
	partage des responsabilités		190	71,2
	interdépendance		84	31,5
Termes neutres	équipe de travail		214	80,1
Termes négatifs (limitant)	lenteur du processus		35	13,1
	complexité du processus		48	18,0
	conflit de valeurs		18	6,7
	leadership unique		15	5,6
	multiplication des intervenants		67	25,1

Ainsi, on peut affirmer le groupe sondé est sensiblement favorable à la CI. Ce positionnement global ne devrait donc pas affecter défavorablement leur perception du droit qui entoure la pratique collaborative. Mais les aspects normatifs sont-ils des éléments que les participants associent intuitivement avec le processus de la CI ? Si oui, sont-ils vus comme des facilitateurs ou des freins ?

2.2 La perception des freins et des facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle

Les participants devaient dans le questionnaire nommer librement ce qui selon eux limitait la CI et ce qui la facilitait. L'objectif de ces questions ouvertes était d'explorer la priorisation spontanée des participants, c'est-à-dire ce qui leur venait en premier à l'esprit dans le cadre de telles questions. Ces questions se voulaient aussi larges pour minimiser l'impact potentiel de la formulation d'une question sur ce que les participants considèrent comme une réponse adéquate ou sur ce qu'ils considèrent comme des aspects normatifs. La connaissance effective qu'ils avaient des normes était sondée plus loin dans le questionnaire. Le premier constat que ces questions nous permettent de faire est que les participants rapportent souvent les mêmes éléments thématiques, tant en termes positifs qu'en termes négatifs. Un même élément, la communication par exemple, étant tantôt rapporté par les participants comme un facilitateur, tantôt comme un frein, selon la présentation choisie par le participant (l'importance d'une bonne communication ou l'impact d'une mauvaise communication). Le livre de codification (codebook) est fourni en annexe 4 à titre indicatif.

2.2.1 Les facilitateurs

Trente-huit des 246 répondants ayant inscrits une réponse aux questions qualitatives, soit 15,4 % des répondants, ont inscrit des éléments normatifs dans les principaux facilitateurs de la CI selon leur réalité clinique. Les aspects normatifs facilitateurs ne semblent pas être prioritaires pour les membres de notre échantillon. La majorité des facilitateurs nommés étaient en fait en adéquation avec la littérature actuelle, soient la « communication

efficace », la « culture de collaboration », le « respect » des autres professionnels, l'« absence de hiérarchie perçue » et la « complexité des cas cliniques ».

Les aspects normatifs n'étaient cependant pas absents des réponses. Ils peuvent être thématiques sous quatre grands thèmes : la structure organisationnelle, la gestion des ressources humaines, la gestion des ressources financières et les obligations professionnelles envers le patient. Les deux premiers thèmes se recoupent et regroupent la majorité des aspects liés aux normes. Selon les participants, la CI est facilitée par l'organisation de l'administration publique, qui doit permettre une « structure organisationnelle basée sur la collaboration interprofessionnelle » (INF139). Une telle administration peut mandater la CI par « une structure organisationnelle qui la rend obligatoire » (MD26) ou la faciliter en assurant « la disponibilité des ressources et l'organisation du travail et des lieux physiques » (Rep273). Les participants ont aussi souligné en parallèle à l'organisation administrative l'importance de la stabilité des équipes et la disponibilité accrue des professionnels dans le cadre d'une pratique en CI (MD76), particulièrement en lien avec les décisions des gestionnaires d'appliquer les règles syndicales et organisationnelles de façon à favoriser l'atteinte de cette stabilité.

Le troisième thème recoupe aussi partiellement ce dernier aspect de disponibilité des ressources, notamment en rapport avec son aspect monétaire. Les participants ont rappelé l'importance du « modèle de financement » (MD51) dans la facilitation de la CI, élément qui est en adéquation avec la littérature organisationnelle⁵⁴⁸. Des participants ont été plus

⁵⁴⁸ D'Amour et al, « The conceptual basis for interprofessional collaboration », *supra* note 3; San Martin-Rodriguez L. et al, *supra* note 30; D'Amour et al, *supra* note 5.

spécifiques concernant l'importance de « la rémunération des différents intervenants pour leur temps pour les interventions en externe » (INF111), rémunération qui peut être complexe comme nous l'avons vu au chapitre précédent.

Finalement, les participants ont souligné l'importance de la connaissance des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe. Les participants orientaient leur commentaire vers l'impact qu'une telle connaissance sur la pratique clinique. Il ne semblait pas mettre de l'avant l'importance du processus d'acquisition de la connaissance des rôles (l'éducation interprofessionnelle). Selon ces individus, la connaissance permettrait « le respect mutuel des compétences de chacun et de ses propres limites. » (INF198) et favoriserait que le professionnel « rester[ait] dans son champ [et] arrêter[ait] de vouloir toujours faire ce que les autres font » (INF198). Les participants qui s'identifiaient comme médecins avaient tendance à introduire la notion de responsabilité dans la pratique de la CI en mettant l'accent sur le fait que celle-ci est facilitée par une « pratique encadrée dans un milieu où les membres de l'équipe ont les mêmes responsabilités envers le patient » (MD47).

2.2.2. Les freins

Les aspects normatifs sont plus associés à des limites pour le groupe sondé. Quarante-vingt-quinze (95) participants, soit 38,6 % du groupe, ont nommé des éléments normatifs à la question « selon vous, qu'est-ce qui limite la collaboration interprofessionnelle ». Bien que la limite la plus fréquemment citée soit « le manque de temps », c'est une proportion nettement plus importante de répondants qui associent normes et impact négatif.

La description des éléments normatifs est aussi beaucoup plus détaillée. Ils peuvent être regroupés dans les mêmes quatre grands groupes thématiques que les facilitateurs : la structure organisationnelle, la gestion des ressources humaines, la gestion des ressources financières et les obligations professionnelles envers le patient. Il faut noter que les participants ont été beaucoup plus précis dans leur description des limites normatives à la CI que dans la description des facilitateurs, ce qui nous permet de mieux développer les diverses thématiques.

Encore ici, les participants ont souvent traité des deux premiers thèmes ensemble. Il est difficile d'attribuer les réponses à un seul thème, les deux étant souvent représentés dans les concepts rapportés par les participants. Cependant, nous notons que la majorité des commentaires sur ces grands thèmes se sont développés autour de la relation d'emploi que certains professionnels ont avec les institutions du milieu de la santé, lien qui apporte son lot de contraintes. Les expressions sont différentes entre médecin et infirmière sur le sujet. En effet, les médecins mettent souvent de l'avant le statut d'employé des autres professionnels comme une limite à la CI, en le comparant à leur statut de travailleur autonome qui leur confère une indépendance essentielle selon eux à la CI. Ils semblent se positionner en dehors du système ou en gestionnaire des listes dudit système. Nous citerons en illustration quatre réponses très évocatrices :

« Dans un GMF privé, l'implication de chacun. Un médecin qui investit dans une structure n'a pas la même motivation qu'un employé syndiqué prêté d'un CISSS. » (MD3)

« Professionnels autres sont assujettis à l'administration (devoir de loyauté) contrairement aux médecins qui, selon ma vision, est plus libres de décider ce qui est le mieux pour le patient (par exemple résister aux pressions administratives pour congédier un patient du fait d'un manque de lits!). » (MD72)

« La disponibilité. C'est du 8h à 16h chez nous alors que je travaille jusqu'à 20hres... Rotation du personnel, car bumping de postes via la ciuss. Nous ne pouvons pas choisir qui pourrait mieux s'intégrer dans notre équipe : la convention collective des professionnels fait que le plus ancien a le poste... » (MD22)

« la structure hospitalière non favorisante et le débit qui s'en suit il est beaucoup plus lent de travailler de la sorte que individuellement sur le coup, mais au bout du processus c'est plus gagnant pour de multiples raisons, mais le système actuel favorise le débit, la réduction des listes par définition l'interdisciplinarité sera plus lente, mais de qualité supérieure » (MD107)

Le ton chez les non-médecins était légèrement différent. Bien que le contenu thématique soit le même, l'accent est plus sur l'imposition administrative de barrières que sur le statut d'emploi, comme le soulignent les extraits suivants :

« Les barrières souvent imposées par les gestionnaires et le ministère. La fermeture d'esprit de certains intervenants. » (INF170)

« La lourdeur bureaucratique, la fermeture de certaines équipes qui refusent de participer » (INF138)

« Le manque d'organisation de l'institution, le manque de personnel avec une augmentation des besoins, l'absence d'objectifs précis avec les intervenants attirés » (INF151)

Le troisième thème se retrouve quasiment exclusivement parmi les participants s'étant identifiés comme médecins : la gestion des ressources financières. Les participants font ici référence tant au mode de rémunération qu'aux ressources financières nécessaires à la création de postes de professionnels ou au financement de la contribution des

professionnels à l'équipe. Le premier aspect du thème, le mode de rémunération, semble plus clairement lié au manque de différents incitatifs de financement des organisations de soins de première ligne et à l'impact de répartir les tâches qu'ils jugent « faciles » sur leur revenu personnel. En d'autres mots, le financement des soins étant lié à un nombre de patients et non pas à une complexité de soins, les patients aux problématiques plus simples auraient un impact plus favorable sur les revenus que la prise en charge des patients uniquement plus complexes, en raison du nombre que l'on peut voir dans une même unité de temps. Le statut de travailleur autonome avec un paiement à l'acte en pratique clinique pourrait expliquer que les limites imposées par les ressources financières soient plus « présentes » dans la perspective médicale. Voici quelques extraits :

« L'absence de ressource ! (je voudrais travailler + avec d'autres professionnels, mais il n'y en a pas!) [...] Aussi les systèmes de rémunération actuels sont peu adaptés. Si les infirmières voient tous les cas faciles et rapides et que je me retrouve à voir 4 pt hypercompliqués dans ma journée, je fais beaucoup moins [d'argent] que si j'avais vu 12 cas faciles... aussi pas [d'argent] pour discuter avec mes collègues infirmières alors que ça prend un certain temps chaque jour » (MD60)

« [...] la peur de certains médecins de manquer de travail -le manque de rémunération des médecins en bureau privé pour les réunions multidisciplinaires/les supervisions des autres professionnels au besoin [...] » (MD19)

« Le taux d'assiduité comme critère de financement du GMF. La notion du lui-même pour la facturation à la RAMQ. [...] » (Rep234)

« Le débalancement entre les nombres d'intervenants. (Pas assez de professionnels par rapport au nombre de médecins) » (MD21)

« Les considérations budgétaires. De plus, il y a présentement une crise nationale sur le recrutement dans les professions de la santé. » (MD32)

« Financement approprié, conséquent, récurrent et pérenne des différents collaborateurs. Extrême résistance des administrations hospitalières et du MSSS de financer de telles équipes. » (MD50)

Contrairement au thème précédent, le dernier thème, celui des obligations professionnelles, est plus mis de l'avant par les participants s'identifiant à la profession infirmière. La notion de profession, particulièrement la hiérarchisation des professions et leur pouvoir respectif dans le parcours de soin, est vue comme une limite importante à la CI par ce sous-groupe des participants, comme le soulignent ces extraits :

« La préséance historique reconnue à la prescription médicale vs le consensus autour d'une équipe multi. Le médecin applique souvent son veto... Le non-respect de la volonté du patient ou de son représentant légal. » (INF173)

« Les médecins ont plus de pouvoir que les autres professionnels. L'infirmière a souvent besoin d'une requête remplie par le médecin pour demander des services. [...] » (INF174)

« La rétention de pouvoir au niveau médical et la hiérarchisation » (INF135)

Tant ces freins que les facilitateurs présentés par le groupe questionné sont en accord avec la littérature publiée dans le passé sur la CI⁵⁴⁹. La question qui reste à élucider est celle-ci :

⁵⁴⁹ Voir entre autres D'Amour et al, « The conceptual basis for interprofessional collaboration », *supra* note 3; San Martin-Rodriguez L. et al, *supra* note 30; I Supper et al, « Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors » (2015) 37:4 *Journal of Public Health* 716-727.

jusqu'à quel point les participants associent-ils les freins et facilitateurs qu'ils perçoivent à des règles, des éléments juridiques ou des éléments normatifs ? La première étape pour répondre à cette question est de positionner les participants par rapport à leur perception de l'impact du droit dans la pratique en CI.

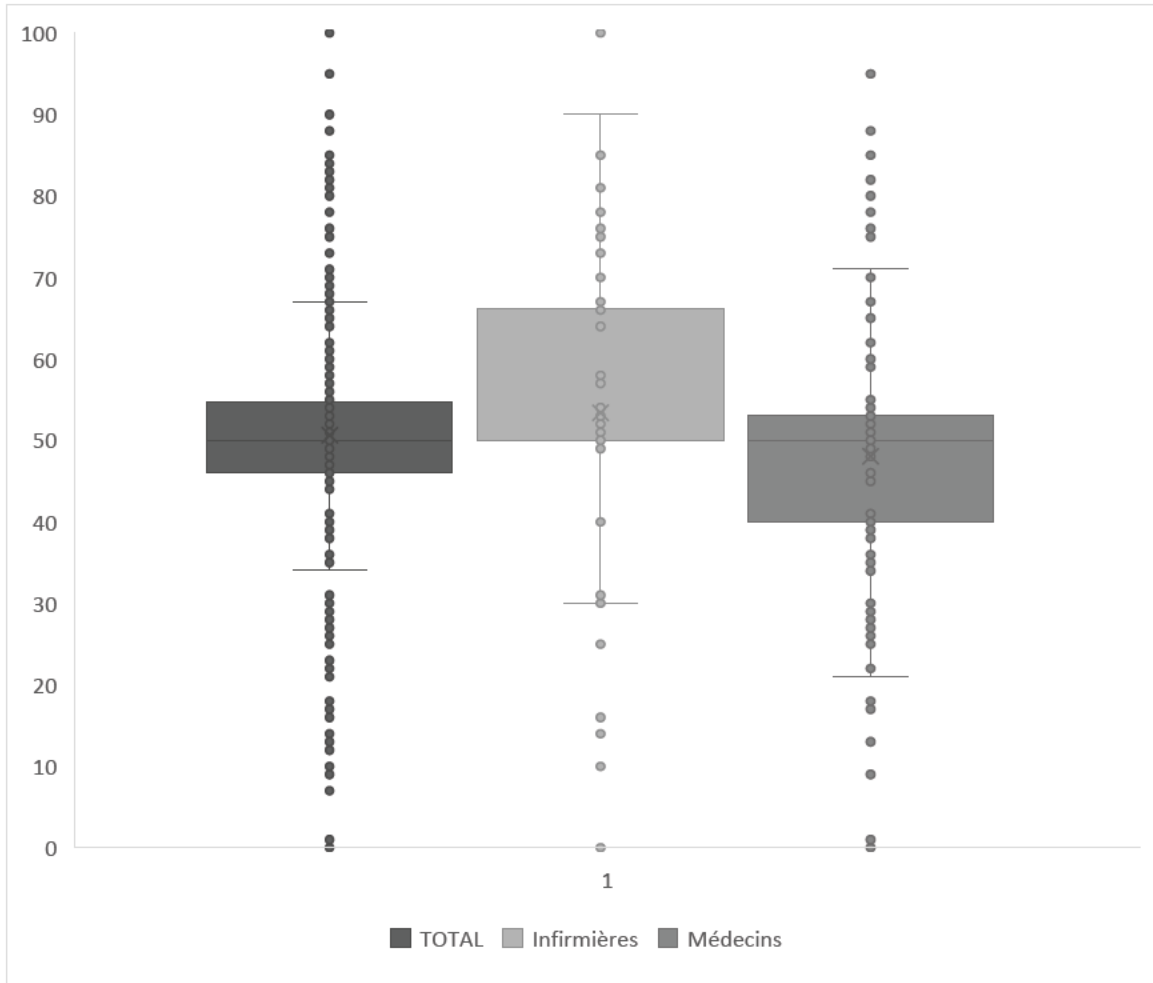
2.3 La perception de l'impact du droit sur la collaboration interprofessionnelle

Nous venons de le voir, les notions compatibles avec des éléments normatifs sont présents dans les réponses qualitatives de nos participants sur ce qui influe sur la CI selon eux. En se basant uniquement sur ces résultats, il n'est cependant pas clair à quel point les participants reconnaissent que ces notions sont effectivement des éléments normatifs. Cette détermination doit se faire en étape. En premier, il faut clarifier à quel point selon eux le « droit » (ce qu'une personne non-juriste comprendrait comme « droit ») influe sur la CI. Notons que dans le questionnaire nous n'avons pas défini le terme « droit » volontairement pour éviter d'introduire un biais de réponse chez les participants. Pour la question « pensez-vous que le droit favorise ou limite la collaboration interprofessionnelle ? », ce que le participant entendait comme « droit » devait refléter sa conception usuelle de « droit »,

Sur ce point, il a été étonnant de constater que le groupe s'est positionné de façon assez neutre face à cette question (voir graphique à la figure 6). En effet, le groupe a mis le curseur au centre de l'échelle entre 0=limite fortement et 100=favorise fortement, un nombre de 50,6 +/- 18,5. Nous notons que les participants s'étant identifiés comme infirmier considèrent que le droit favorise plus qu'il ne limite la CI, contrairement aux participants s'étant identifiés comme médecins. En raison de la grosseur de l'échantillon,

nous pouvons difficilement en tirer des conclusions statistiques, mais il est intéressant de constater cette tendance.

Figure 6: Impact du droit sur la CI selon les médecins et les infirmières (0 = négatif, 50 = neutre, 100 = positif)



Ces données semblent quand même en opposition partielle avec ce que nous venons de voir en ce qui a trait aux freins et facilitateurs de la CI selon les participants. Les éléments normatifs semblaient somme toute présents dans les freins et nous pouvions nous attendre à une vision plus négative du droit que celle que l'on constate dans cette échelle. Cela peut

cependant nous indiquent que les participants n'associent pas ce qu'ils ont nommé comme des freins avec le droit.

Section 3 : Les connaissances explicites sur les éléments juridiques

Puisque le groupe questionné semble être neutre face à l'influence du droit (c'est-à-dire que selon ce groupe le droit ne favorise ni ne limite l'existence de la CI), il est maintenant à propos de tenter de déterminer ce qu'ils connaissent effectivement du droit. En effet, la perception de l'impact du droit, nous l'avons vu plus haut, dépend en partie de ce qu'ils considèrent comme faisant partie du concept « droit ».

Les premières questions posées aux participants étaient des questions de connaissances explicites, c'est-à-dire que les questions portaient sur des notions juridiques qui étaient soutenues par la doctrine juridique et par les divers lois et règlements émis par les autorités compétentes. Ces notions n'étaient donc pas sujettes à débat sémantique. Elles n'étaient pas non plus sujettes à un processus de priorisation entre diverses normes issues de divers niveaux organisationnels. Les taux de réponses à ces questions sont regroupés dans le tableau 11⁵⁵⁰.

⁵⁵⁰ Par souci de transparence, nous avons associé chaque énoncée dans le tableau aux sources principales (mis entre parenthèses) qui soutenaient le corrigé.

Tableau 11: Les connaissances juridiques explicites des infirmières et des médecins

	% groupe (n=194 total, 54 infirmières, 130 médecins)		
	Tous les répondants	Infirmier / Infirmière	Médecin
La CI n'a aucun impact sur la responsabilité de chaque professionnel (Ries 2016, Conference Board of Canada, ACPM)	59 %	52 %	66 %
Le diagnostic médical est la seule activité réservée uniquement au médecin, les autres activités de la liste sont partagées (CMQ, ACPM, OIIQ) ⁵⁵¹	37 %	52 %	30 %
Le standard de pratique applicable lorsque l'activité fait partie du champ de pratique est celui de la profession même (CMQ, Leroux 2011, ACPM)	50 %	38 %	59 %
Ce qui détermine le mode de rémunération par l'État (salarié de l'État ou travailleur autonome facturant à l'État) est la Loi sur l'assurance-maladie du Québec. (LAM, CMQ)	26 %	4 %	38 %

Souvent mis de l'avant comme limite principale lorsque la littérature questionne plus spécifiquement les groupes médicaux⁵⁵², l'impact de la CI sur la responsabilité de chaque professionnel est un sujet régulièrement couvert par différents organismes, allant de l'ACPM au CMQ. Sur ce sujet, plus de la moitié de notre échantillon soit 59 % (52 % infirmière, 66 % médecin) ont correctement répondu que la CI n'a aucun impact sur la responsabilité en tant que telle. La CI est un élément contextuel au Québec, une situation

⁵⁵¹ Notons que le questionnaire a été réalisé en 2018 soit avant la modification à la LII de 2020 qui a fait du diagnostic une activité réservée maintenant partagée entre les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées.

⁵⁵² Conference Board of Canada & Prada, *supra* note 435; San Martin-Rodriguez L. et al, *supra* note 30; Zwarenstein, Goldman & Reeves, *supra* note 6; Ries, « Innovation in Healthcare, Innovation in Law », *supra* note 183; Lahey, *supra* note 34.

de pratique, mais n'affecte pas les obligations de chaque profession pas plus que les standards de pratique qui sont utilisés pour évaluer la qualité de la prestation de soin. Cependant, il y a quand même 68 participants (33 %) qui pensent que la CI « augmente leur responsabilité civile », dont 36 médecins et 21 infirmières, une proportion non négligeable dans un contexte de travail en équipe. Nous n'avons pas pu déceler de tendance dans les caractéristiques des participants : ni un lieu de pratique, un type de pratique, une expérience avec le système juridique, l'ancienneté ou la présence de responsabilité administrative ne semble être associé à ce sous-groupe de participant. Cette position erronée semble donc plus liée à un manque de connaissance des règles de la responsabilité civile.

La majorité des répondants attribuent un plus grand nombre d'activités exclusives au médecin qu'ils en ont effectivement. Nous avons spécifié dans la question toute activité n'étant pas partagée avec une autre profession et donc exclusive aux seuls médecins. 105 participants ou 53,8 % des participants considèrent que le médecin a comme activité exclusive le diagnostic plus une autre activité (mesure de contention, mesure d'isolement, technique invasive...), dont 24 infirmières (46 % des infirmières) et 71 médecins (58 % des médecins). Il est étonnant de constater que la majorité des professionnels questionnés ont donné aux médecins une liste d'activités exclusives plus importante qu'elle ne l'est en réalité. Si l'on met en parallèle la littérature sur les freins et facilitateurs de la CI⁵⁵³, cette donnée est particulièrement intéressante. Les auteurs rapportent fréquemment le champ de pratique et les activités réservées comme des notions limitant l'implantation de la CI⁵⁵⁴. Or, nos données semblent suggérer que les professionnels ne connaissent pas toujours les

⁵⁵³ Voir entre autres San Martin-Rodriguez L. et al, *supra* note 30.

⁵⁵⁴ Voir entre autres Safriet, *supra* note 4; Dower, Moore & Langelier, *supra* note 190; Nelson et al, *supra* note 188.

activités qui leur sont juridiquement réservées ou permises. Ils opérationnalisent dans leur pratique soit une ancienne notion des activités réservées, qui était beaucoup plus médico-centriste avant les années 2000, soit ils confondent les obligations de prescription incluses dans les politiques internes des établissements de soins, bien que nous n'ayons pas trouvé d'association entre l'expérience avec le droit ou l'ancienneté et ce sous-groupe de participants. Quel que soit le cheminement des professionnels questionnés, ceux-ci ont majoritairement augmenté les activités exclusives du médecin et diminué les activités exclusives aux infirmières. Un changement dans les activités aux différentes professions sans une initiative pédagogique majeure auprès des professionnels concernés et des établissements de soins n'aurait donc qu'un effet très limité sur la CI. Les professionnels ne connaissant pas les activités juridiquement attribuées de manière exclusive, ils continueraient à pratiquer selon leur ancien schème de pratique.

Comment expliquer cette conception erronée ? Une explication plausible est l'influence inconsciente des politiques internes des établissements. Nous l'avons vu au chapitre précédent, ces politiques internes peuvent ajouter des balises aux champs de pratique juridiquement déterminés par le droit professionnel. Si plusieurs de ces politiques internes demandent par exemple des prescriptions médicales pour la mise en place d'une activité spécifique, malgré le fait qu'elle fasse partie des activités réservées et du champ de pratique légal de la profession infirmière, il est concevable que les professionnels assument que l'activité est exclusive au médecin. Prenons par exemple les contentions. La majorité des politiques consultées demandent encore une prescription médicale pour les contentions⁵⁵⁵. Pour le professionnel non-juriste, il peut être logique d'assumer que l'exigence d'une prescription médicale par l'établissement signifie que l'activité lui est propre et que

⁵⁵⁵ Voir chapitre précédent (chapitre 3)

l'infirmière ne peut la réaliser sans cette prescription. D'un point de vue du droit professionnel, c'est inexact, mais d'un point de vue administratif, ce n'est pas faux non plus, d'où la confusion. Une recherche qualitative plus spécifique serait nécessaire pour approfondir le processus qui mena ce sous-groupe à minimiser ainsi leurs activités réservées.

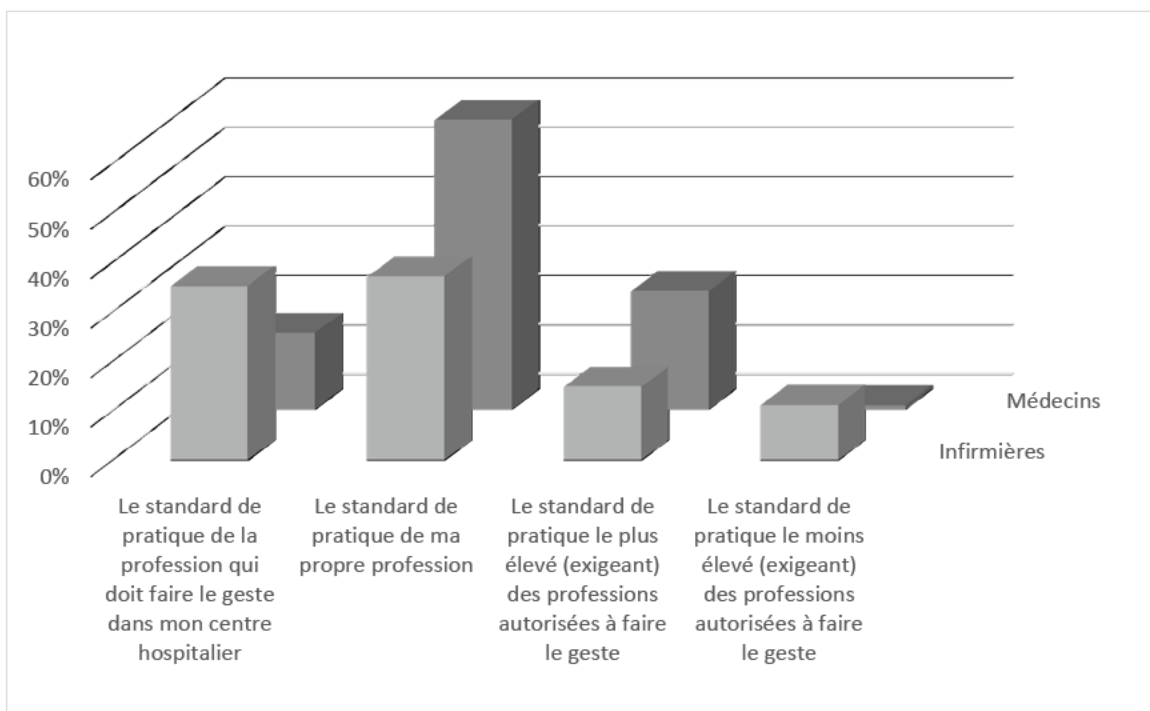
Une fois qu'une activité est déterminée comme faisant partie du champ de pratique d'une profession donnée, il est pertinent de s'intéresser à comment on fera son analyse s'il y avait plainte. Cette analyse passe en droit par la notion de standard de pratique, c'est-à-dire par la définition par les pairs des conditions et processus adéquats dans la réalisation d'une activité⁵⁵⁶. Pour les experts, le standard de pratique est propre à chaque profession puisqu'il est déterminé par les pairs⁵⁵⁷. Or, seulement la moitié (50 %) des participants ont donné cette réponse, dont 38 % des infirmières et 59 % des médecins (voir figure 7). Si l'on étudie les réponses erronées, on peut noter que chaque groupe a une tendance différente dans la « mauvaise » réponse la plus populaire (voir figure 7). Dix-neuf (19) infirmières (36 % du groupe) ont répondu que c'est le standard de la profession qui fait habituellement le geste dans leur centre de soins qui s'appliquait. De l'autre côté, 31 médecins (24 % du groupe) affirment que c'est le standard le plus exigeant des professions autorisées qui s'applique. Cette divergence peut être attribuable à une mauvaise compréhension des règles entourant la détermination du standard de pratique, particulièrement chez les médecins avec la dichotomie généraliste/spécialiste, où le généraliste se verra imposer le standard du

⁵⁵⁶ Cette notion a été discuté au chapitre précédent. Voir entre autres Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-11 à 2-14; Association de protection médicale canadienne (ACPM), *supra* note 433.

⁵⁵⁷ Cette notion a été discutée au chapitre précédent. Voir entre autres Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 aux para 64-65; Association de protection médicale canadienne (ACPM), *supra* note 433; Ries, *supra* note 538.

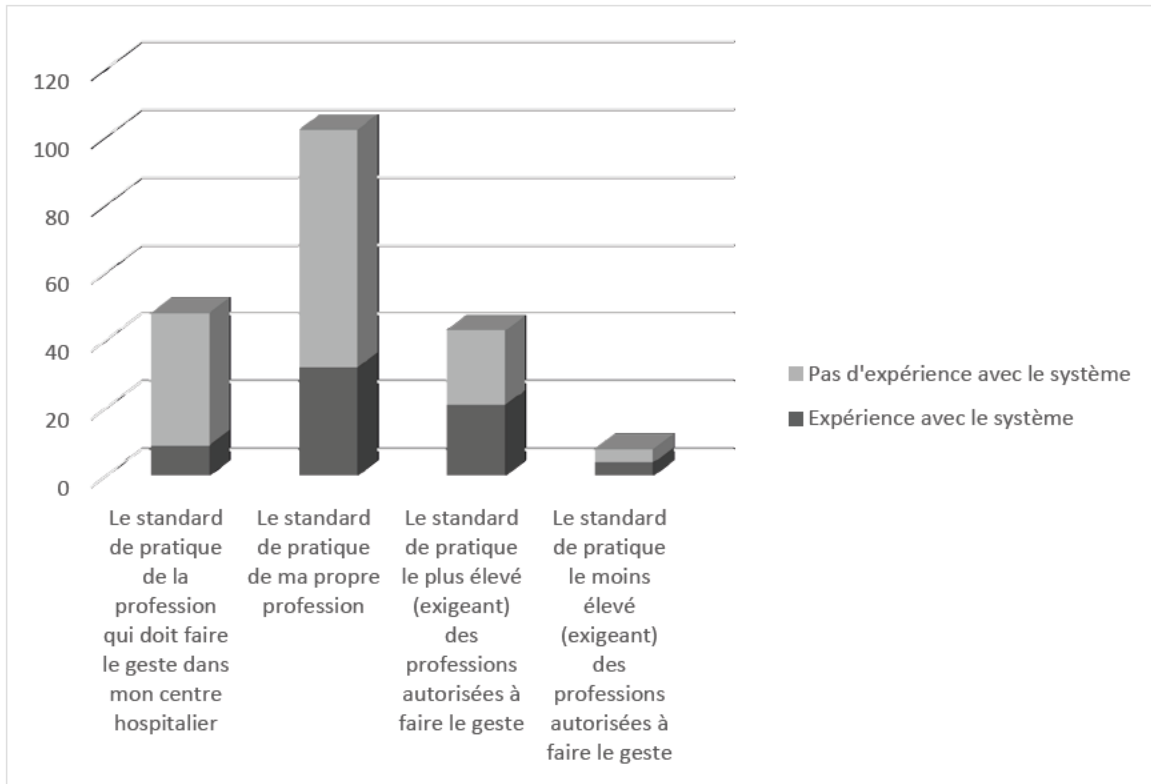
spécialiste s'il effectue un geste hors de son champ de compétence⁵⁵⁸. Pour les infirmières, on perçoit une potentielle influence du statut d'employé dans la compréhension du standard de pratique, ce qui a pu induire en erreur une partie de l'échantillon. L'expérience avec le système juridique ne semble pas avoir d'impact sur le taux de réponse adéquate (voir figure 8).

Figure 7: Standard de pratique applicable pour une activité faisant partie de plusieurs champs de pratique (médecins et infirmières)



⁵⁵⁸ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 au para 65.

Figure 8: Influence de l'expérience juridique sur le choix du standard de pratique



La dernière question de connaissance explicite portait sur le mode de rémunération. Puisqu'il s'agit d'un élément normatif important rapporté dans la littérature⁵⁵⁹, il est pertinent de savoir si notre groupe identifiait adéquatement les bases juridiques du mode de rémunération par l'État (le statut de facturant à l'État et le statut d'employé de l'État). La réponse la plus fréquente, d'un point de vue juridique, est erronée : 66 répondants (33 %) ont jugé que les syndicats sont les responsables des modes de rémunération par

⁵⁵⁹ San Martin-Rodriguez L. et al, *supra* note 30; Supper et al, « Interprofessional collaboration in primary health care », *supra* note 549.

l'État. Cette erreur est peu surprenante : l'état actuel des communications médiatiques et des relations entre les groupes syndicaux et le gouvernement peuvent induire les participants à notre échantillon en erreur. Il est en effet facile de confondre contenu de la rémunération (le montant, le modèle de répartition) et le statut ou le mode. Si la Loi sur l'Assurance-maladie (LAM) reconnaissait toutes les professions comme des professions pouvant facturer à l'État de manière indépendante⁵⁶⁰, les réalités des soins à domicile et de la CI hors-établissement hospitalier seraient différentes. C'est cette loi qui est cardinale dans le statut facturant/non facturant à l'État pour les professionnels de la santé, c'est la seule loi en fait qui permet à un nombre très limité de professionnels d'être travailleur autonome facturant à l'État et non au client qui reçoit les soins... Il faut noter que pour le groupe de participants s'identifiant à la profession infirmière, la LAM ne fait même pas partie des raisons soutenant la facturation (4 % des répondants), préférant majoritairement les syndicats (38 %), la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (32 %) et même l'ordre professionnel (23 %), ce qui est très surprenant compte tenu des efforts des ordres pour éviter d'être associé au mouvement corporatiste. Pour les participants s'identifiant à la profession médicale, la LAM (38 %), les syndicats (27 %), la LSSSS (23 %) et finalement l'ordre professionnel (5 %) sont les choix mis de l'avant.

Ainsi, bien que la littérature souligne souvent le frein à la CI que représente la rémunération à l'acte, il est difficile d'en faire une extrapolation en raison du peu de connaissance que les professionnels ont des assises légales de leur rémunération. Les données qualitatives portant sur les limites de la CI, données déjà présentées dans ce chapitre, mettent de l'avant le contenu de la rémunération à l'acte des médecins comme un facteur financier limitant la

⁵⁶⁰ Voir discussion au chapitre précédent et précisément *Loi sur l'assurance-maladie*, supra note 484, art 1.

CI⁵⁶¹. Cependant, c'est le contenu auquel les participants se réfèrent le plus clairement avec quelques références générales au modèle de « rémunération à l'acte ». Mais quelle serait la solution à cette limite ? Changer le mode, changer le contenu ou changer le statut de « facturant » des médecins ? L'état actuel de la littérature, telle qu'étudiée par l'équipe de Jean-Louis Denis récemment, ne permet pas de répondre à cette question⁵⁶². Nous pouvons ajouter par ces données qualitatives et quantitatives sur la rémunération que, au vu de la méconnaissance des assises légales de leur rémunération, tout changement normatif devra être accompagné d'une approche pédagogique robuste pour déterminer l'impact de tel changement.

Finalement, les participants étaient invités à nommer les lois et les règlements qui influençaient le plus leur pratique interprofessionnelle. Cette question ouverte avait pour but de compléter les questions sur les connaissances explicites en introduisant une question ouverte et ainsi tenter de discerner la connaissance macroscopique et organisationnelle des lois influençant la CI. Ces réponses ont été analysées en prenant en compte le nombre d'occurrence thématique des lois et règlements, un décompte nominal n'aurait pas permis de prendre en compte la variabilité d'appellation exprimée par les participants.

Le premier constat est qu'une grande partie des participants est consciente de son manque de connaissance à l'égard des lois et règlements qui entourent leur pratique interprofessionnelle. Le champ thématique « ne sait pas » (soit « ne sait pas », « aucune

⁵⁶¹ Voir ci-haut

⁵⁶² Denis et al, *supra* note 523.

idée », « ? ») a été retrouvé dans 49 occurrences. Nous le verrons plus loin, ceci est conséquent avec le peu de formation en droit chez le groupe étudié.

Chez les participants ayant pu répondre à la question, les occurrences les plus communes sont dans le groupe des lois professionnelles et des codes de déontologie (78 occurrences, incluant toutes les lois professionnelles nommées avec leur profession spécifique [ex. : loi médicale, loi sur les infirmières], les codes de déontologie, le Code des professions). De ces occurrences, le Code des professions (22 occurrences, incluant les références au projet de loi 90 ou au projet de loi 21) est plus souvent mis de l'avant par les participants s'identifiant à la profession infirmière. La répartition de ces occurrences peut être le signe de l'impact des modifications du Code de professions au début des années 2000 pour la profession infirmière. Elle peut aussi être le reflet de l'enseignement fait par les ordres professionnels qui présentent les éléments légaux différemment dans leur cours, les projets de loi 90 et 21 étant mis de l'avant par l'OIIQ et moins par le CMQ.

Ensuite, le groupe thématique des lois structurelles du réseau (la LSSSS, ses modifications multiples et les lois organisationnelles comme la LAM) est le deuxième groupe le plus souvent cité après le groupe thématique des lois professionnelles (45 occurrences). La LSSSS est en fait très présente dans les deux sous-groupes professionnels sans qu'il y ait de différence notable ce qui semble indiquer que le véhicule juridique qu'est cette loi-cadre d'organisation du système a un impact perçu plus clairement par les participants et ce, peu importe leur profession. Du point de vue de la managérialisation du droit, ce résultat semble indiquer un biais envers l'organisation administrative du travail du professionnel dans l'impact sur la CI, bien plus présent à l'esprit des participants en fait comme source normative que le Code civil par exemple.

Ensuite, il faut noter qu'un grand nombre d'occurrences (20) se rapportaient à des notions éthiques plutôt qu'à des notions normatives ou juridiques. Ce grand nombre souligne encore l'importance de la confusion chez les professionnels de la santé entre éthique et droit et le manque de connaissance pouvant aider à la clarification des concepts.

Le CcQ est peu présent à l'esprit de nos participants (seulement 5 occurrences). Cependant, il faut noter que certains participants ont rapporté des notions pouvant être liées au CcQ, particulièrement la responsabilité (9 occurrences), le consentement (11 occurrences), le droit à la confidentialité et protection de la vie privée (15 occurrences). Ces réponses en fonction des droits et non pas des lois semblent indiquer que pour les participants, il y a une confusion entre la norme et son véhicule, ce qui concorde avec le faible taux de connaissances explicites adéquates. De plus, lorsque les participants rapportaient des notions touchant l'articulation de leur relation avec les autres professionnels et non pas avec le patient seul, la responsabilité particulièrement, ils avaient une forte tendance à décrire une situation, vécue ou théorique, plutôt que d'énoncer simplement le thème normatif de « responsabilité ». En effet, lorsque les éléments se rapportaient à ce thème, les réponses comportaient plus que l'énumération du seul concept, elles comportaient un élément de positionnement, de jugement par rapport à l'influence du concept sur la CI. En voici quelques exemples :

Décision conjointe prise en pratique collaborative devrait entraîner une répartition égale du fardeau juridique selon la faute s'il y a une faute (ex.: ne pas donner la faute au prescripteur si la faute est reliée à une mauvaise évaluation du physio), car on doit faire confiance aux autres aveuglément (vu qu'on ne connaît pas leur profession) (MD7)

le règlement du CMQ (qui met toute la responsabilité sur le médecin prescripteur, aucun règlement n'encadrant de façon adéquate la collaboration interprofessionnelle entre médecins de façon claire et précise) Manque de responsabilités/encadrement de la profession infirmière pour donner plus de droit à la prescription aux IPS (MD48)

Les lois qui régissent les ordres professionnels qui font que les infirmières sont responsables des actes qu'elles posent et qu'il en est de même pour moi. (MD77)

La responsabilité de celui qui prescrit et qui donne est distincte. Si cela semble dangereux, on peut refuser de le faire. Respecter son champ de compétence (INF151)

Ce positionnement spontané dans une question se rapportant aux lois et règlements éclaire tout particulièrement la prochaine section parce qu'il introduit la notion de réflexion et donc de priorisation.

Section 4 : La position par rapport au droit

En effet, la majorité des situations cliniques vécues par le professionnel est encadrée par un cumul de normes juridiques. Le clinicien doit alors les prioriser dans leur application. Cette priorisation nous indique comment le professionnel se positionne par rapport à ces normes en regardant comment il les organise, sciemment ou non. Nous avons ajouté dans ces questions un élément social, mais non clairement normatif, le collègue, pour introduire une perspective dans la question et nous permettre de mieux éclairer la notion de « norme sociale ». Comment priorisent-ils ce que dit le collègue et ce que dit le l'ordre

professionnel ? Contrairement aux questions de connaissances explicites, il n'est pas ici question de trouver la « bonne » réponse, mais vraiment de tenter de voir la priorisation.

Dans la littérature actuelle, la responsabilité des professionnels dans la pratique en équipe prend beaucoup de place⁵⁶³. Elle semble aussi importante pour les participants de cette étude, étant citée autant comme une limite à la CI que comme un facteur important dans l'encadrement de la CI⁵⁶⁴. Mais comment ce groupe se positionne-t-il face à la responsabilité ? Nous avons vu plus haut que les participants s'identifiant à la profession médicale avaient tendance à augmenter leur champ de pratique exclusif tandis que ceux s'identifiant à la profession infirmière avaient tendance à minimiser leur champ de pratique. Cette tendance est-elle observable aussi dans les responsabilités que les participants se donnent dans le cadre d'une équipe interprofessionnelle ?

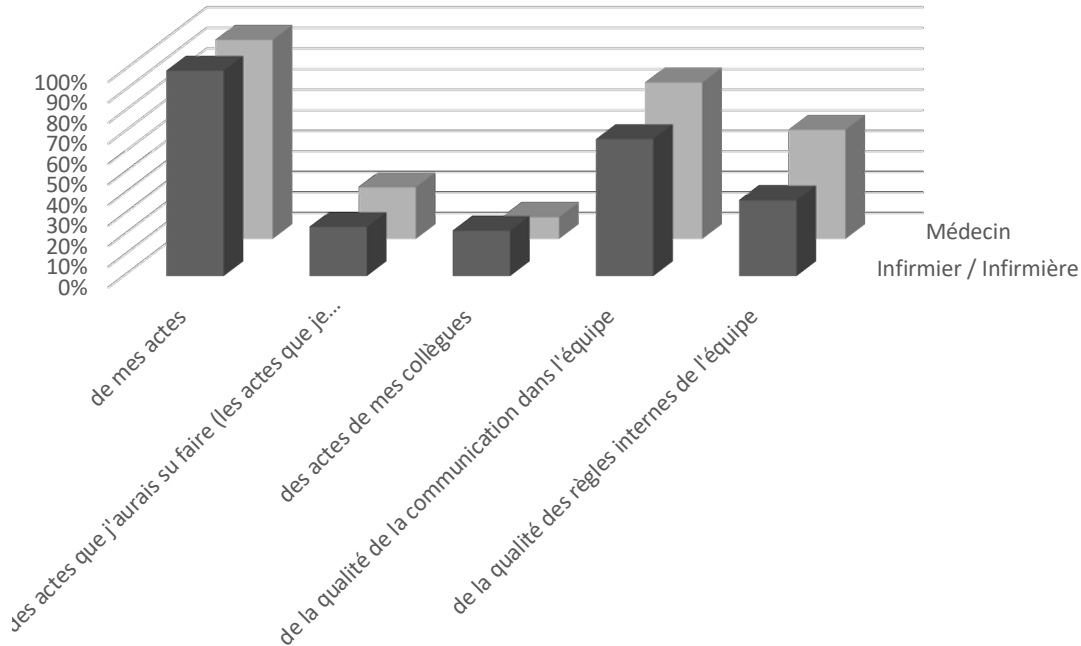
Les résultats sont mitigés. En effet, globalement il n'y a pas de différence claire entre les deux sous-groupes de professionnels sauf sur un aspect (voir figure 9). Les participants s'identifiant à la profession médicale ont une légère tendance à se donner plus de responsabilités de gestion dans le cadre de l'équipe. Les participants du sous-groupe médical se disent plus souvent responsables de la qualité de la communication dans l'équipe (76 % versus 67 %) et de la qualité des règles internes dans l'équipe (53 % versus 37 %). Ces résultats semblent indiquer une application du droit teinté par la position de leader assumé. Ces participants, en ayant internalisé la notion de médecin comme chef

⁵⁶³ Voir entre autres Conférence Board of Canada & Prada, *supra* note 435; Leroux, Jean-François, *supra* note 180; Association de protection médicale canadienne (ACPM), *supra* note 433; Ries, *supra* note 538.

⁵⁶⁴ Voir les sections précédentes de ce chapitre.

d'équipe, appliquent la norme de responsabilité avec l'optique d'un chef d'équipe, une notion historique qui n'est plus d'actualité du point de vue des experts juristes⁵⁶⁵.

Figure 9 : Responsabilités des médecins/infirmières dans l'équipe (attribuables à la profession propre)



⁵⁶⁵ Voir discussion au chapitre précédent et plus particulièrement Ries, « Innovation in Healthcare, Innovation in Law », *supra* note 183; Leroux, Jean-François, *supra* note 180; Lahey & Currie, *supra* note 143; Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-87 et 2-90; Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 au para 155.

Par contre, les participants médecins montrent moins de solidarité avec les membres de l'équipe que le sous-groupe s'identifiant à la profession infirmière qui se dit responsable des actes de leur collègue à 22 % plutôt que 11 %. C'est un faible taux, mais la différence est quand même présente. Ces résultats semblent ainsi confirmer la séparation qui se fait dans l'équipe du point de vue de ces professionnels : il y a le leader et les « followers », ces derniers pouvant plus facilement participer à l'action de leur condisciple et donc, en être partiellement responsables, contrairement au leader qui se distingue du reste de son équipe... Cette analyse concorde avec la littérature existante, mais est en contradiction avec les commentaires qualitatifs de plusieurs participants s'identifiant à la profession médicale, commentaires qui soulignent souvent la trop grande responsabilité du médecin⁵⁶⁶. Ce résultat pourrait être aussi un effet de la nature plus individuelle de la pratique médicale vu leur statut de travailleur autonome dans le réseau de la santé⁵⁶⁷. Des recherches subséquentes sur des échantillons plus larges seraient donc nécessaires pour clarifier les données.

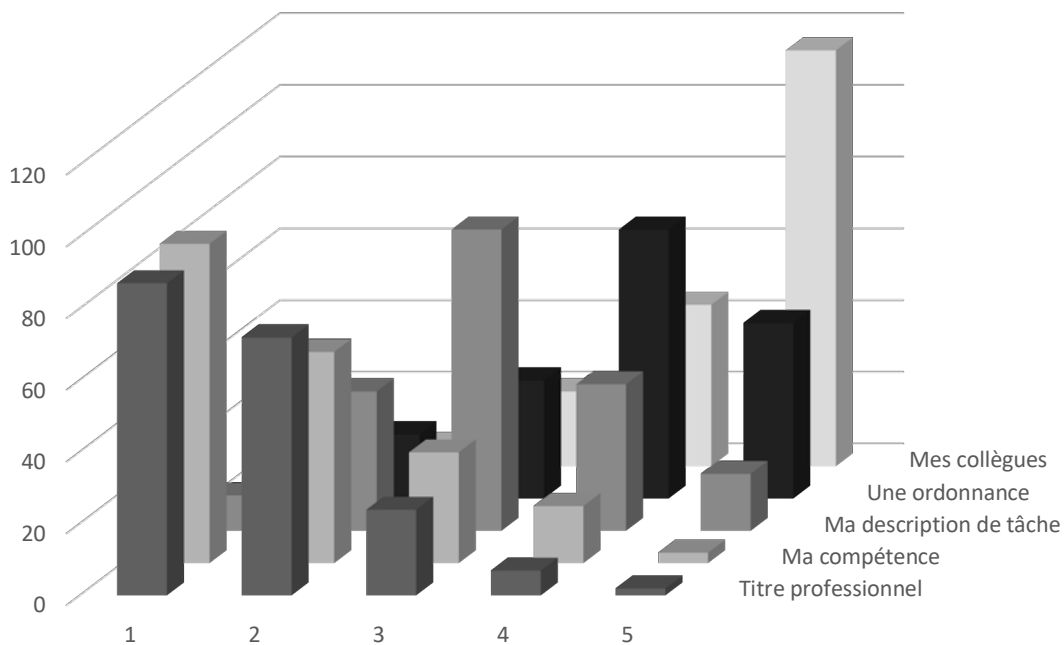
Ensuite, il s'agit de tenter de mettre en évidence le choix de priorisation entre diverses sources normatives s'appliquant à une situation donnée, divers éléments qui induiraient potentiellement un même comportement. La priorisation donnée à chaque source normative dans la décision indique comment le professionnel non-juriste se perçoit par rapport à ces sources normatives. La question à laquelle les participants devaient répondre leur demandait de mettre en ordre d'importance ce qui détermine le plus selon eux les gestes qu'ils peuvent poser en tant que professionnel.

⁵⁶⁶ Voir les sections précédentes de ce chapitre.

⁵⁶⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, supra note 112, art 236.

Comme attendu, la réponse « mes collègues » a été reconnue par les deux groupes comme celle ayant le moins d'importance dans la décision du professionnel de poser un acte ou non. Pour les autres éléments normatifs de la question, le poids dans la décision semble varier entre les professions. La description de tâches et l'ordonnance forment avec cette dernière notion la queue du peloton (voir figure 10).

Figure 10: Priorisation des déterminants de l'action clinique

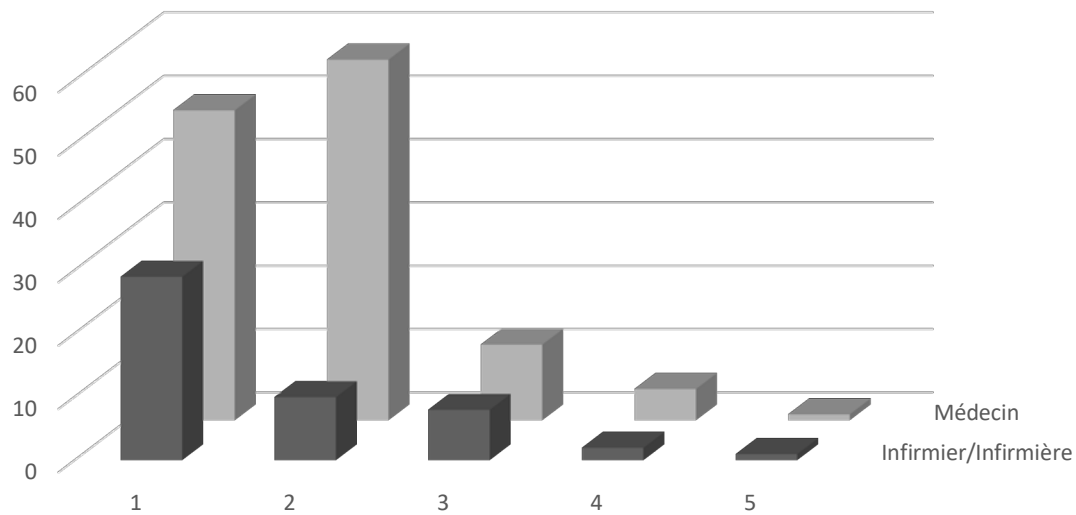


Les réponses des participants aux questions de connaissances explicites préalablement présentées semblent indiquer que notre échantillon connaissait peu les limites de leur propre champ de pratique légal, les médecins augmentant le leur et les infirmières

diminuant le leur. Dans ce contexte, il est pertinent de s'intéresser à la priorité que ces mêmes participants donnent à la notion de titre professionnel dans la décision de poser un acte ou non. En accord avec les experts juridiques, la première question devrait être « est-ce que ma profession m'autorise à poser un tel geste ? »⁵⁶⁸. Les participants s'identifiant à la profession infirmière semblent appliquer ce principe en attribuant la première place majoritairement à leur titre professionnel dans la détermination si un professionnel donné pouvait poser un geste (58 % du sous-groupe). Les participants s'identifiant à la profession médicale aussi priorisent la notion de titre professionnel (39 % du sous-groupe mettent le titre en première position), mais nettement moins que le sous-groupe infirmier (voir figure 11).

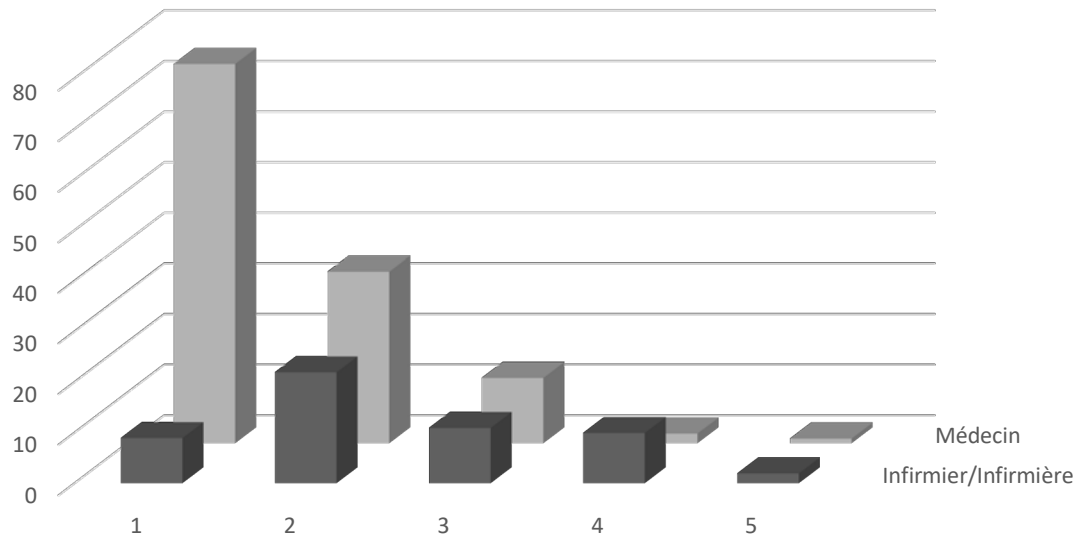
⁵⁶⁸ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 au para 146 à 149; Lahey & Currie, *supra* note 143.

Figure 11 : Influence du titre professionnel dans la détermination de l'activité



Mais pour le sous-groupe de la profession médicale, un autre élément a plus d'influence sur la capacité à poser un geste que le titre professionnel. En effet, ce sous-groupe a priorisé majoritairement (60 %) la notion de compétence à faire l'acte plutôt que la notion de titre seul (voir figure 12).

Figure 12: Influence de la notion de compétence dans la détermination de l'activité



Ce positionnement eu égard aux éléments normatifs dans la prise de décision de poser un acte ou non concorde avec ce que le groupe révèle dans le cadre des questions sur les connaissances explicites. Les médecins voyant leur champ de pratique comme peu limitatif, l'important est donc la compétence de l'individu, compétence qui est un élément assez important dans tout questionnement de responsabilité civile ou professionnelle. Une des questions souvent demandées aux experts qui évaluent les dossiers en responsabilité

médicale est en effet centrée sur la compétence clinique du professionnel⁵⁶⁹. Contrairement aux médecins, les infirmières restreignent grandement leur champ de pratique légal, ce qui peut entraîner une situation où le professionnel se sent compétent à poser un acte, mais reste persuadé que cet acte ne fait pas partie de son champ de pratique (même s'il peut l'être de facto), ce qui l'empêche d'agir.

Aussi, l'importance de la compétence donnée par le sous-groupe médical pourrait être le fruit du contenu des enseignements reçu sur les normes et les aspects juridiques de la pratique professionnelle. Pour tenter d'éclairer cette priorisation, les sources d'acquisition de ces connaissances sont les prochains éléments qui seront analysés.

Section 5 : Les sources d'information juridique de l'échantillon

Ainsi, le groupe étudié semble démontrer des lacunes en termes de connaissances explicites quant aux normes entourant la pratique collaborative, particulièrement en ce qui a trait aux lois et normes qui déterminent leur position dans le continuum de soins (ce qui détermine leur statut dans le réseau de la santé et la composition de leur champ d'exercices légal). Pour étudier ces lacunes, il est pertinent de se demander comment ces connaissances sont acquises par les participants. Nous avons identifié plusieurs voies d'apprentissage ainsi que plusieurs pourvoyeurs de connaissances.

⁵⁶⁹ « ACPM Guide des bonnes pratiques - Pensée systémique », en ligne: <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/adverse_events/Quality_improvement/systems_thinking-f.html>.

D'entrée de jeu, deux aspects principaux sont à distinguer : l'acquisition des connaissances théoriques en tant que telle et l'acquisition des connaissances dans le cadre de l'expérience subséquente ou la recherche de réponse à des questions spécifiques. Ce sont les deux voies principales d'apprentissage des normes. Chacune de ces voies peut avoir différents pourvoyeurs de connaissances ou les participants peuvent les prioriser différemment : il faut donc les étudier séparément.

5.1 L'apprentissage des notions juridiques

L'apprentissage initial des connaissances juridiques - ou plus globalement des connaissances normatives - a une nature initialement plus structurée. Les pourvoyeurs seront donc préférentiellement des organismes de formation formels comme les institutions d'enseignement offrant des formations en droit, les organismes de formation professionnelle continue et les ordres professionnels.

5.1.1 La formation formelle universitaire

Malgré l'importance de l'influence des normes et du juridique dans la pratique quotidienne, une minorité de notre échantillon avait une formation formelle en droit sous la forme de cours universitaires dont le contenu était spécifiquement orienté vers le normatif ou le juridique (3,0 % de l'échantillon soit 6 participants). Les participants ne sont pas préférentiellement associés à une profession ou l'autre ou associés à un type ou une catégorie de lieu de pratique.

Le peu de participants ayant une formation formelle ne permet pas d'inférer l'influence d'une telle formation sur la qualité ou la quantité des connaissances explicites. Par contre, la quasi-absence de formation formelle portant sur les aspects juridiques de la profession explique certainement partiellement les manques dans les connaissances explicites liées à la CI pour plusieurs raisons. En premier, l'absence d'une telle formation générale ouvre la porte aux autres acteurs entourant la profession pour prendre en charge l'acquisition de ces connaissances, y introduisant un agenda centré sur la profession, c'est-à-dire qu'on présentera le droit en fonction de ce que la profession juge important pour elle-même, que ceci soit désirable ou non. En effet, ces organismes sont tous liés au titre professionnel et non pas à la pratique clinique globale. Leur intérêt respectif d'enseigner des notions propres à une pratique en équipe peut donc varier. En second lieu, du fait aussi de sa nature monoprofessionnelle, le curriculum caché, c'est-à-dire ce qui est propre à la culture de la profession, mais non clairement dit dans le contenu d'une formation, sera propre à chaque organisme et teintera le contenu normatif enseigné⁵⁷⁰. Ainsi, la même norme pourrait ne pas être enseignée de la même façon aux médecins et aux infirmières par exemple.

5.1.2 Les sources d'apprentissage initial des connaissances

Vu l'importance de l'encadrement normatif dans la pratique en santé, les professions doivent acquérir certaines notions juridiques et normatives. Ces notions, nous venons de le

⁵⁷⁰ Voir entre autres sur ce sujet William Johnston et al, « Study of Medical Students' Malpractice Fear and Defensive Medicine: A "Hidden Curriculum?" » (2014) 15:3 WestJEM 293-298; Carlton Lawrence et al, « The Hidden Curricula of Medical Education: A Scoping Review » (2018) 93:4 Academic Medicine 648-656.

voir, ne sont acquises que rarement dans le cadre d'une formation formelle en droit. Mais l'acquisition de ces notions n'en est pas moins importante pour le professionnel : il doit donc se tourner vers des sources alternatives d'apprentissage.

Nous avons vu dans le premier chapitre que plusieurs organismes offrent des formations à contenu normatif, en premier lieu les ordres professionnels⁵⁷¹, mais aussi d'autres organismes de formation continue. Le formateur principal aura une influence certaine sur la compréhension et la priorisation des normes par les professionnels qu'il formera. Puisque ces derniers n'ont majoritairement aucune formation formelle, ce qui est enseigné par l'organisme, dont le mandat ou la philosophie teinte le contenu des cursus pédagogiques, sera appliqué par le groupe de professionnel formé.

Ici encore, nous devons constater une dichotomie basée sur la profession à laquelle le participant s'identifie. Les participants s'identifiant à la profession médicale priorisent différemment leur source d'apprentissage que ceux s'identifiant à la profession infirmière. La principale source d'apprentissage des médecins est de loin leur association d'assurance professionnelle, l'Association Canadienne de Protection Médicale (ACPM). En effet, 84 participants (68 % du sous-groupe) disent que l'ACPM sera leur premier ou deuxième choix pour acquérir les connaissances normatives initiales. Suivent l'ordre professionnel (41 %), le collègue (31 %), les organismes de formation continue accréditée (21 %) et les syndicats professionnels (6 %). Les autres choix (les réseaux sociaux, les journalistes, les politiques intraétablissement, le contentieux de l'établissement ainsi que les ressources bibliographiques) ont été négligeables (voir figure 13).

⁵⁷¹ Voir le premier chapitre de cette thèse.

L'organisme d'assurance n'a pas du tout le même rôle pour les autres professions, seulement deux participants du sous-groupe infirmier ayant mis de l'avant leur assureur comme source de connaissances. Les participants s'identifiant à la profession infirmière semblent prioriser leur ordre professionnel comme source d'acquisition des connaissances normatives (33 participants l'ont mise en première ou seconde position ou 62 % du sous-groupe contrairement à 41 % de leur collègue de la profession médicale). Suivent les organismes de formation continue accréditée (42 %), les syndicats (17 %), le collègue (15 %), le contentieux de l'établissement (13 %). Les autres choix ont été priorisés de manière négligeable (voir figure 14).

Figure 13: Source d'acquisition des connaissances juridiques par ordre de préférence chez les médecins

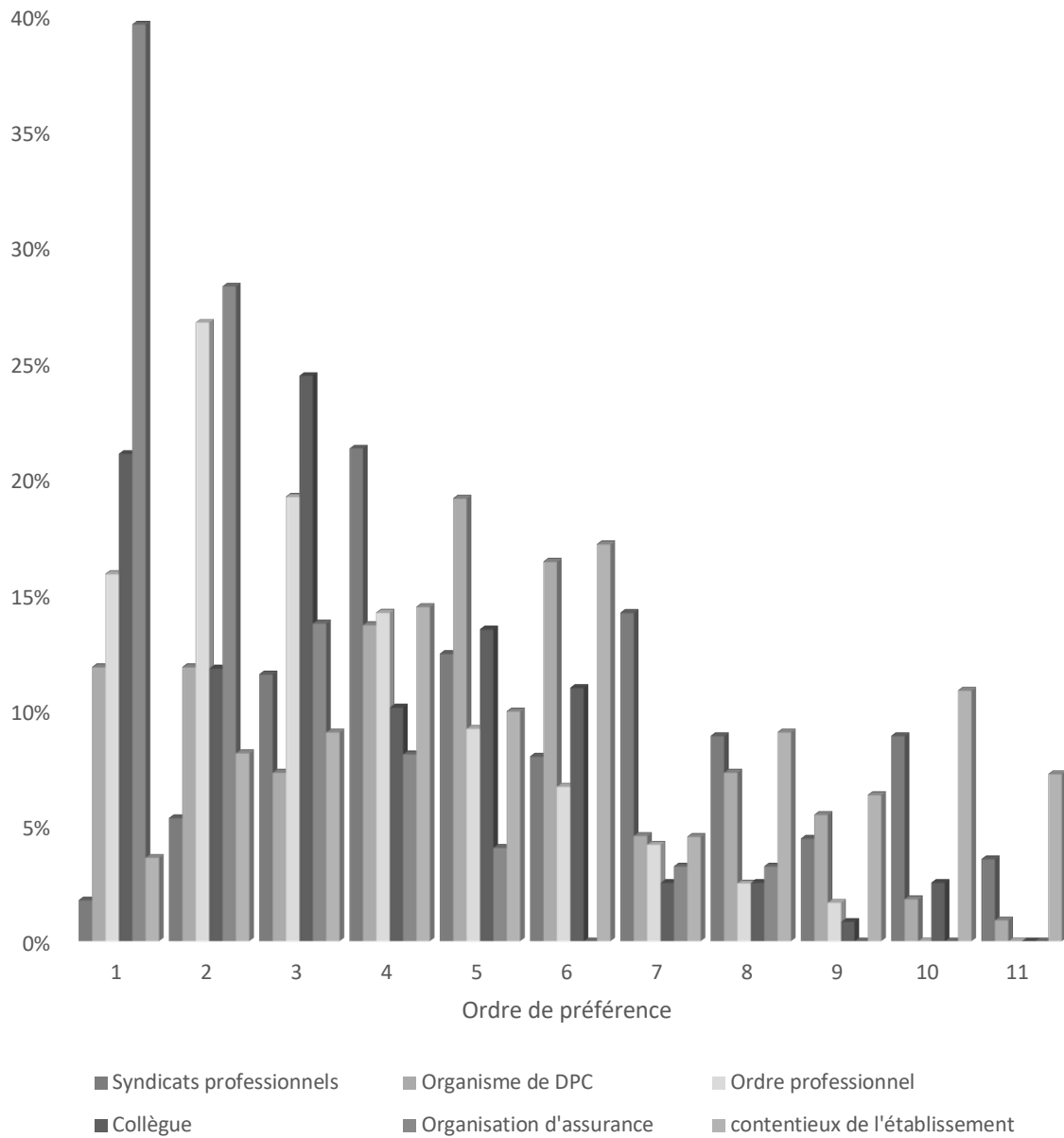
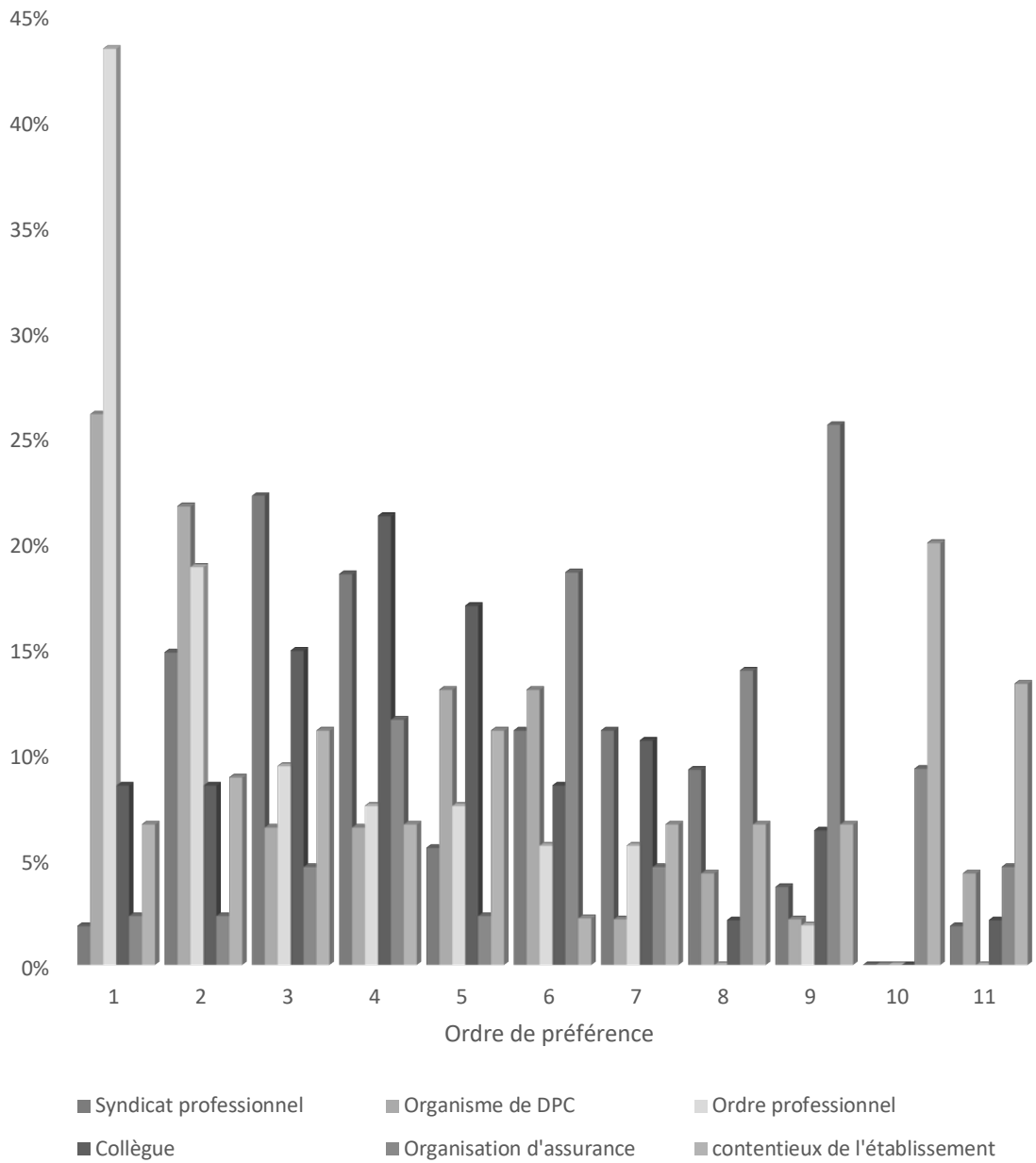


Figure 14: Source d'acquisition des connaissances juridiques par ordre de préférence pour les infirmières



Cette importance conférée à l'organisme d'assurance professionnelle par les médecins pourrait influencer sur leur apprentissage de multiples façons. La première est directe et liée au contenu du curriculum enseigné. Comme groupe mutuel d'assurance médicale pancanadien dont seuls les médecins sont membres, le mandat de l'ACPM, ou de sa filiale en pédagogie nommée Saegis⁵⁷², est centré sur la pratique médicale et la réduction du risque. Le mandat n'est donc pas la connaissance des lois ou des règlements, mais l'adoption de comportements minimisant le risque de poursuites, tant civiles que déontologiques. Il présentera donc le contenu et l'analyse des normes de ce point de vue unique : comment le médecin peut-il s'assurer de minimiser son risque ? Et si, comme l'organisme l'a souvent présenté dans ses écrits antérieurs⁵⁷³, la pratique en équipe est un « risque », il est normal que l'organisme oriente la formation pour favoriser une certaine rigidité chez ses étudiants. Aussi, la différence entre champ de pratique légal, compétence individuelle et politique interne d'un établissement n'est que peu pertinente dans la responsabilité civile pour le médecin. Son champ de pratique est si vaste que toute activité en santé relève de son champ particulier⁵⁷⁴. L'important est sa compétence à faire le geste, telle qu'elle sera évaluée in situ par les experts, et la situation globale dans laquelle il exerce. L'ACPM n'est pas un organisme de formation juridique en tant que tel, l'enseignement des fondements pertinents du droit n'est pas pertinent à leur mandat.

La seconde est indirecte et un produit de la relation entre le professionnel et l'organisme. Le fait d'être formé par son assureur peut influencer sur la perception des savoirs par

⁵⁷² Tonik Web Studio, « Saegis | Des soins de santé plus sûrs et plus efficaces », en ligne: *Saegis* <<http://saegis.solutions/fr>>.

⁵⁷³ Association de protection médicale canadienne (ACPM), *supra* note 433.

⁵⁷⁴ Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura & Kouri, *supra* note 401 au para 146.

l'apprenant. L'ACPM n'est en effet pas seulement l'organisme pédagogique, c'est aussi celui qui couvre les poursuites civiles, les plaintes en établissement, les plaintes déontologiques, les questions juridiques... C'est l'organisme de gestion des litiges. L'étudiant peut donc voir l'enseignement reçu par un tel organisme comme une liste d'ingrédients pour une pratique sans risque médico-légaux. Une équation qui se résume à « dites-moi ce qui va faire qu'on ne va pas me poursuivre », et non pas un enseignement pour utiliser ou comprendre les outils normatifs de la meilleure façon. Vu que l'organisme est dirigé par des médecins élus au suffrage universel des membres, si cette mentalité est majoritaire dans le groupe des médecins, il y a de très fortes chances que cela teinte l'enseignement donné.

Finalement, l'ordre professionnel est quand même un organisme important de formation pour les deux groupes. L'ordre contrairement à ce que nous avons exposé ci-haut n'a pas d'agenda de protection ou de minimisation du risque, son mandat pédagogique est en lien avec les exigences d'obtention du permis de pratique et la protection du public, la connaissance des normes touchant la pratique est donc l'objectif. Ainsi, un enseignement par un tel organisme devrait être plus complet sur les connaissances de base normatives. Cependant, comme nous l'avons mentionné ci-haut, ces organismes restent structurellement monoprotationnels et l'enseignement restera orienté non pas sur les connaissances de base et l'utilisation juste des normes, mais sur la pratique actuelle reconnue et favorisée par le système professionnel en silos du Québec.

L'apprentissage initial n'est cependant qu'une partie du continuum de l'acquisition des connaissances. L'expérience du professionnel lui permettra de compléter, de confirmer ou d'infirmer son acquis initial, ce que nous appellerons l'acquisition secondaire à une

recherche active pour le mettre en contraste avec l'acquisition initiale ou primaire des connaissances.

5.2 Les sources pédagogiques expérientielles sur les éléments juridiques

L'expérience avec le monde médico-légal pour un professionnel de la santé non-juriste se décline en deux volets. En premier, l'expérience avec le système peut être soit personnelle (les procédures de divorce, les gardes de dépendants, les homologations de mandat en cas d'inaptitude...) ou professionnelle (le fait d'agir en tant qu'expert dans une procédure donnée, avoir une plainte médico-légale...). L'acquisition de connaissances suite à ces expériences peut être soit procédurale ou soit liée au contenu. Cette expérience pourrait donc influencer sur la perception face aux connaissances normatives par ajout de connaissance, mais aussi par influence sur la position des professionnels à l'égard du système juridique en fonction de la qualité de l'expérience. Ensuite, il y a la recherche de connaissances spécifiquement liée à des situations médico-légales. Ce sont des questions qui peuvent être rhétoriques ou non, qui ne sont pas des contacts francs avec le système juridique, mais qui peuvent précéder un tel contact. Cette recherche influera aussi sur le contenu global des connaissances que le professionnel sera capable d'articuler. Contrairement à l'expérience, la recherche de réponse à des questions précises influence la connaissance du professionnel par l'interlocuteur que le professionnel choisit pour répondre à sa question. Le choix de la source démontre l'importance et la confiance que le professionnel confère à la source priorisée, mais a aussi un impact sur le contenu de la connaissance acquise, qui sera teintée par le mandat de la source consultée.

5.2.1 L'expérience avec le système juridique

L'expérience avec le système juridique est beaucoup plus fréquente que la formation formelle. 24,7 % de notre échantillon total (n=66) affirment avoir eu une ou des expériences avec le système juridique. La majorité est reliée au travail de professionnel de la santé (86 % du sous-groupe ayant eu des expériences avec le système juridique). Le groupe professionnel ne semble pas avoir d'impact sur l'expérience avec le système juridique, les participants s'identifiant à la profession infirmière se disant exposée à 28 %, avec 5 % d'expérience personnelle tandis que les participants s'identifiant comme médecin, exposé à 37 % avec 5 % d'expérience personnelle.

Le nombre d'années de pratique professionnelle semble moduler l'expérience avec le système juridique. Cet effet est en quelque sorte attendu, l'expérience rapportée par les participants étant principalement liée à leur pratique professionnelle. Le 10^e anniversaire de pratique semble le point tournant dans cette relation avec seulement 24 % du sous-groupe ayant eu des expériences avec le système juridique pratiquant depuis moins de 10 ans. Les autres descripteurs de la pratique (le lieu et le type) ne semblent pas influencer sur l'expérience avec le système juridique.

Mais l'expérience avec le système juridique modifie-t-elle les connaissances ou la position par rapport au droit ? Du point de vue strict des connaissances explicites, le taux de bonnes réponses ne semble pas lié à l'expérience avec le système juridique, les participants ayant eu une expérience avec le système juridique ayant le même taux de bonnes réponses que ceux n'en ayant pas eu (voir tableau 12).

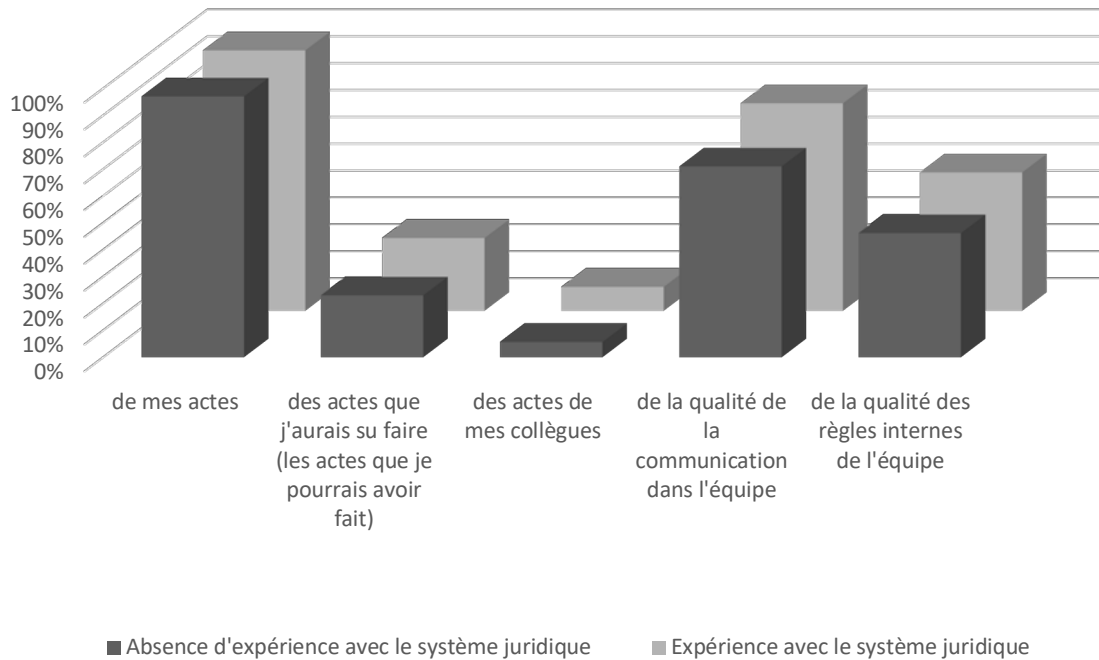
Tableau 12: Impact de l'expérience avec le système juridique sur les connaissances explicites

	Avez-vous eu une ou des expériences avec le système juridique?	
	OUI	NON
La CI n'a aucun impact sur la responsabilité de chaque professionnel (Ries, CBC, ACPM)	59 %	59 %
Le diagnostic est la seule activité réservée uniquement au médecin, les autres activités de la liste sont partagées (CMQ, ACPM, OIIQ)	38 %	35 %
Le standard de pratique applicable lorsque l'activité fait partie du champ de pratique est celui de la profession même	48 %	51 %
Ce qui détermine le mode de rémunération par l'État (salarié de l'État ou travailleur autonome facturant à l'État) est la Loi sur l'Assurance-maladie du Québec.	30 %	23 %

L'expérience avec le système juridique ne semble donc pas améliorer spécifiquement la connaissance de ces aspects normatifs importants de la CI chez les participants de l'étude. Cependant, l'expérience peut influencer le positionnement face au droit et donc la priorisation des éléments normatifs. Nos résultats permettent-ils de mettre en évidence une telle relation ?

Par rapport à la perception de la responsabilité dans une équipe (l'ensemble des aspects ou des éléments dont le professionnel se considère comme responsable), l'expérience ne semble pas affecter le choix des participants dans les éléments (voir figure 15). Les deux sous-groupes (avec expérience et sans expérience) ont affirmé aux mêmes taux qu'ils étaient responsables de leur propre action (91 % versus 97 %), de la qualité de la communication (77 % versus 71 %) et de la qualité des règles internes (52 % versus 46 %).

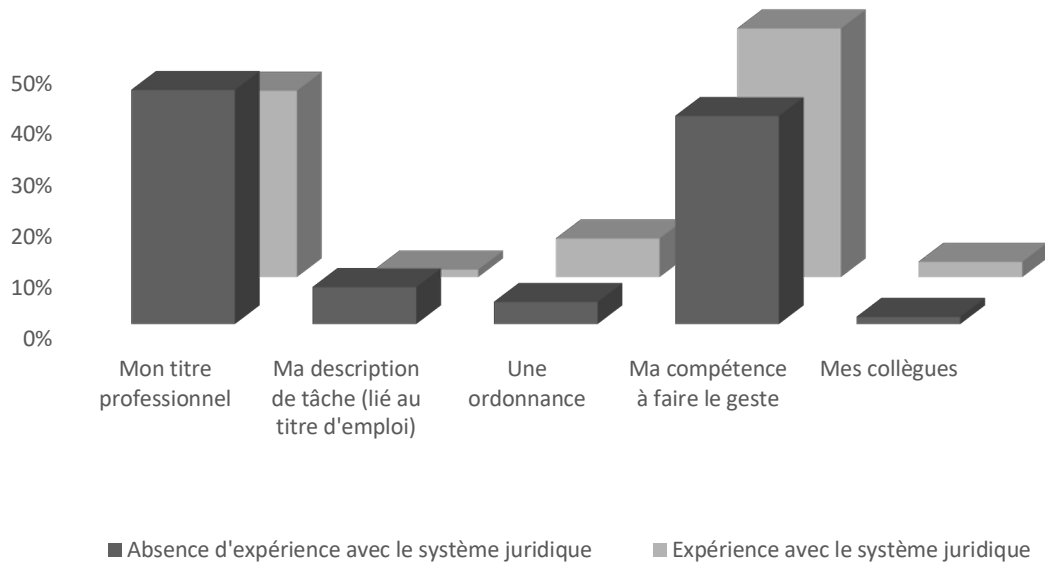
Figure 15: Impact de l'expérience avec le système juridique sur la perception de la responsabilité



Par contre, on note une tendance du groupe avec une expérience à se positionner plus clairement vers la notion de compétence personnelle comme élément prioritaire pour faire un geste dans le cadre de leur profession (voir figure 16). Cette tendance pourrait cependant être un biais lié au groupe questionné, mais pourrait aussi être le reflet d'un positionnement plus subtil face aux normes. En effet, une majorité des professionnels avec expérience ont une expérience liée à leur profession, comme expert la plupart du temps. Ces expertises leur demandent d'évaluer non pas l'encadrement juridique de la situation, mais la compétence exercée dans la situation clinique. La question à laquelle ils doivent répondre

est en effet : le professionnel a-t-il agi dans les règles de l'art de sa profession ? Ils doivent se prononcer surtout donc sur la compétence plus que sur l'encadrement normatif : ceci peut avoir influé sur ce qu'ils considèrent comme le plus important dans la détermination de l'action d'un professionnel puisque c'est ce qu'on leur demande le plus souvent d'évaluer. Une recherche plus poussée devra être faite pour déterminer la valeur de cette analyse.

Figure 16: Élément prioritaire identifié en fonction de l'expérience avec le système juridique



On ne peut donc affirmer ou infirmer l'influence de l'expérience avec le système juridique en regard de la position par rapport au droit, cependant, cela ne semble pas s'étendre aux connaissances effectives des normes applicables. L'expérience directe n'est cependant pas

le seul aspect du savoir expérientiel pour les professionnels non-juristes, la recherche de réponse à des questions spécifiques en lien avec leur pratique est aussi une quête de connaissance qui se fait après l'acquisition initiale des notions relatives aux normes.

5.2.2 Les sources de réponse aux questions médico-légales

Comme pour les sources d'acquisition initiale des connaissances, les participants ont dû prioriser les diverses sources de connaissances qu'ils consulteraient pour répondre à une question de nature médico-légale. Cette question voulait déterminer deux aspects : quelle était la principale source de connaissance secondaire, donc celle qui influencerait techniquement le plus le comportement subséquent d'un professionnel dans une situation clinique donnée et ensuite, si les référents étaient différents selon les professions. Vu la petitesse de l'échantillon, l'impact d'un tel choix ne peut pas être déterminé statistiquement.

Comme pour l'acquisition initiale des connaissances, il y a une franche dichotomie entre les participants s'identifiant à la profession infirmière par rapport à ceux s'identifiant à la profession médicale. Par contre, les choix ne sont pas superposables à l'acquisition initiale des connaissances. Pour les participants s'identifiant comme médecin, le choix prioritaire est encore ici l'ACPM (77 % du sous-groupe), suivi du collègue (53 %), de l'Ordre (25 %) et du contentieux de l'hôpital (23 %) (voir figure 17). Pour les participants s'identifiant comme infirmière, l'ordre professionnel a préséance (60 % du sous-groupe), suivi de l'organisme syndical (48 %), pratiquement à égalité avec le collègue (47 %), suivi du contentieux de l'établissement (20 %) (voir figure 18).

Figure 17: Source d'acquisition secondaire de connaissances juridiques (recherche active suite à un questionnement) pour les médecins

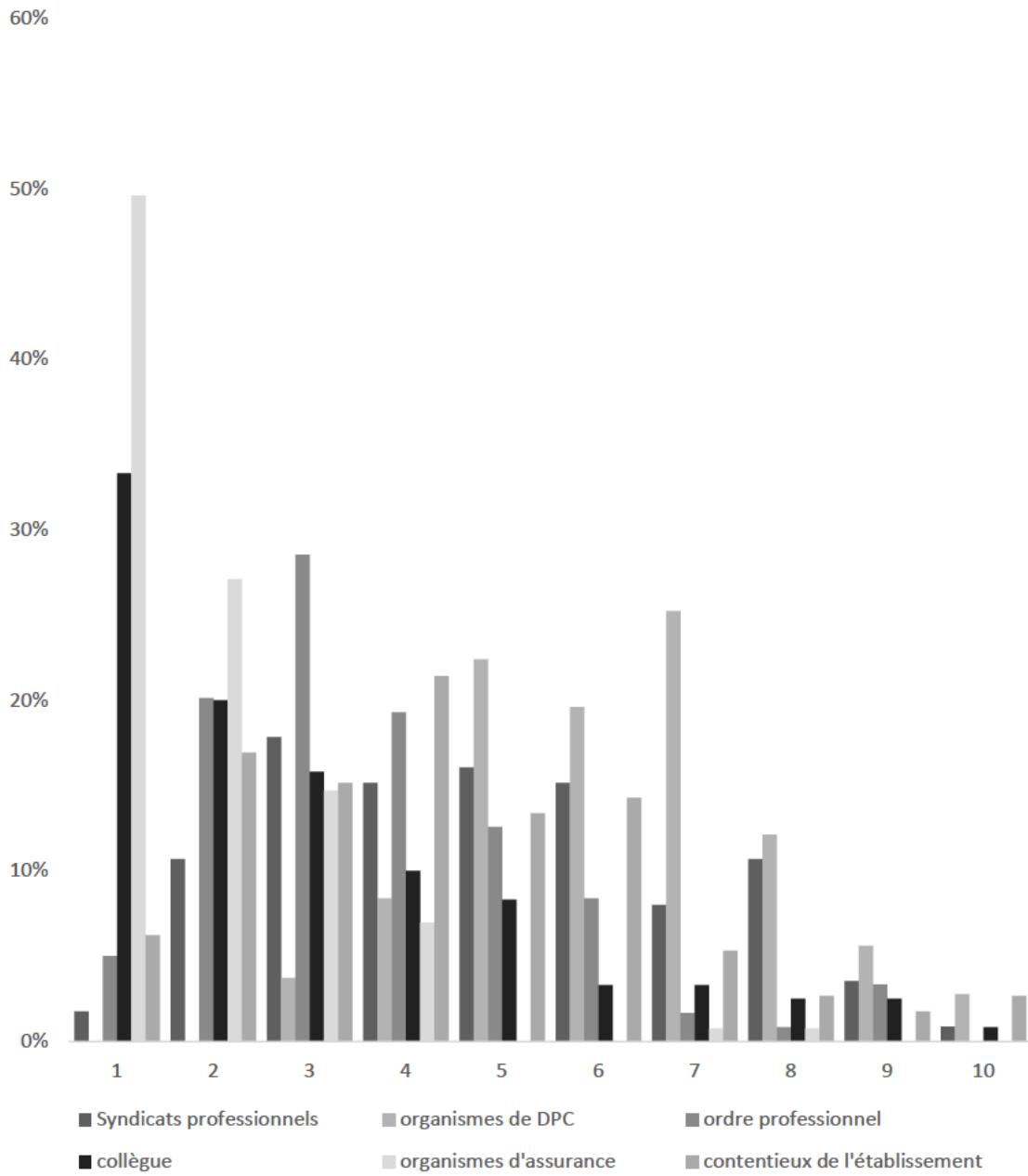
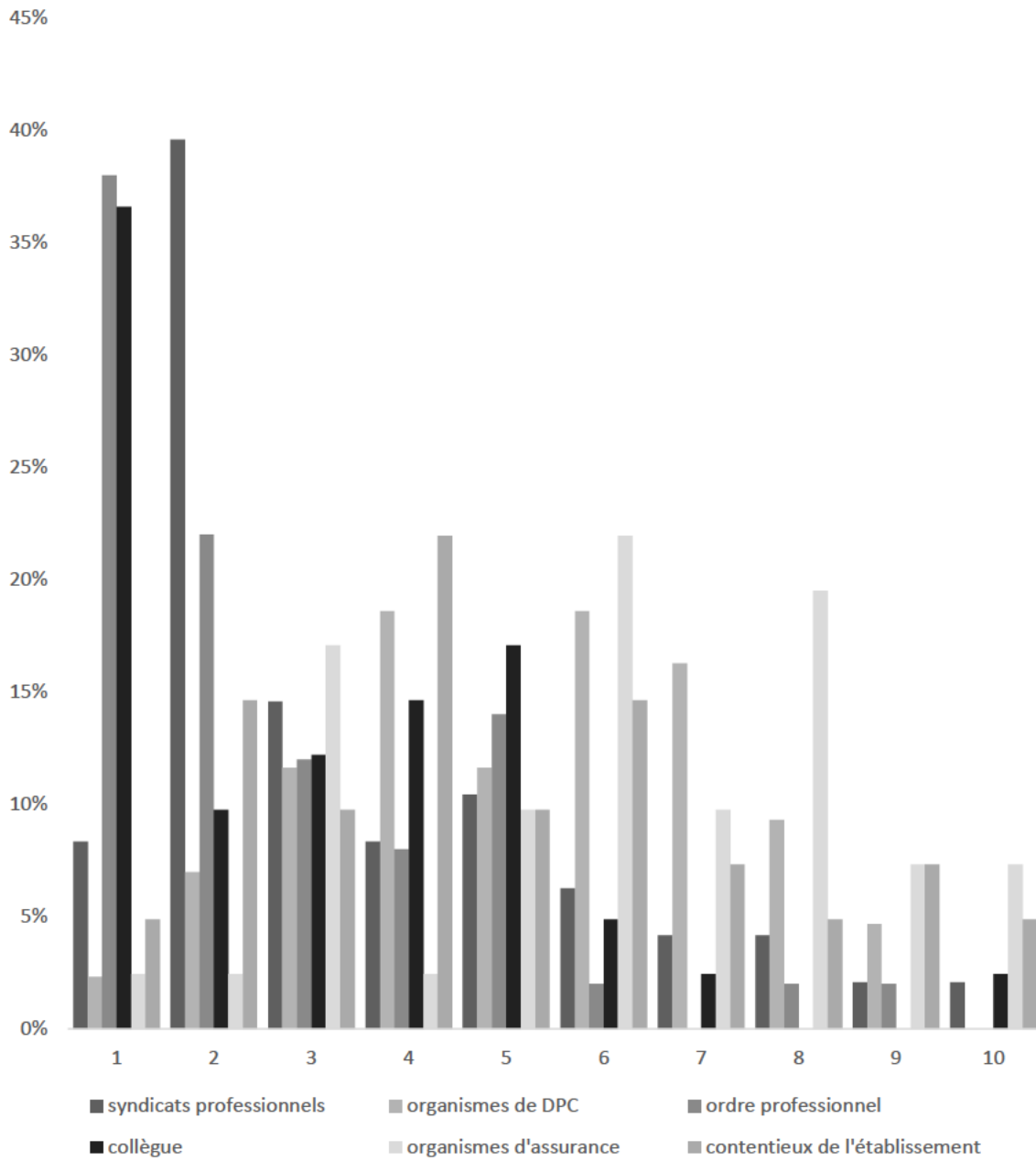


Figure 18: Source d'acquisition de connaissances juridiques secondaire (recherche active suite à un questionnaire) pour les infirmières



Ici encore, la place de l'organisme d'assurance chez la population médicale est dominante. Cette position influe probablement sur la perception des participants des éléments normatifs pertinents ou problématiques lors des situations cliniques. En fait, comme vu précédemment, cela pourrait expliquer partiellement les réponses ouvertes aux questions quant aux lois et règlements entourant la pratique collaborative. En absence de connaissances effectives adéquates, les notions deviennent vagues et dépendantes de la présentation lors des questionnements. Si la majorité des questionnements se font dans une situation avec un potentiel de litige, ce que la consultation à l'assureur peut indiquer, alors les éléments pertinents seront ceux qui sont propres à la résolution d'un tel litige, comme les droits des usagers, le partage des responsabilités, les lois déterminant les champs de pratique ainsi que toutes leurs modifications modifiant la répartition des activités. L'assureur renforcera les normes centrées sur la responsabilité individuelle de chaque professionnel, c'est dans son mandat.

Ce sous-groupe semble aussi indiquer une certaine réticence à consulter l'organisme qui pourtant détermine et articule la majorité des normes entourant la pratique d'un professionnel : son ordre. En fait, pour les participants s'identifiant à la profession médicale, le collègue vient bien avant l'ordre professionnel. Ce réflexe de consultation ne permet probablement pas de maximiser les connaissances effectives et tend à indiquer une perception négative de la contribution de l'ordre dans la résolution des questionnements courants portant l'encadrement normatif de la pratique. Une recherche plus approfondie serait nécessaire pour inférer les raisons qui sous-tendent cet évitement.

A contrario, les participants s'identifiant à la profession infirmière confèrent une grande importance à leur ordre professionnel dans la quête de réponse ce qui semble indiquer une relation différente entre les membres et l'organisme ou du moins, une opinion plus

favorable des participants quant à la capacité de leur ordre pour les aider à répondre à une question donnée. Cette importance mise sur l'ordre est aussi conséquente avec les réponses ouvertes de ce sous-groupe de participant concernant les lois et règlements pertinent à leur pratique collaborative. En effet, comme nous l'avons vu ci-haut, ce sous-groupe nommait beaucoup plus les lois ayant trait à leur champ de pratique (loi sur les infirmiers et infirmières, le projet de loi 90, le Code des professions...) que le sous-groupe de la profession médicale. Bien que l'analyse de ces différences soit limitée en lien avec la petitesse de l'échantillon, cette tendance mériterait d'être explorée dans une recherche ultérieure.

Finalement, la place du syndicat, que nous retrouvons finalement en deuxième position de ce sous-groupe, peut indiquer qu'une proportion non négligeable des questions auxquelles les participants en soins infirmiers veulent répondre ont un certain lien avec leur statut d'emploi. Cela est concordant avec la discussion au chapitre précédent sur la présence imposante des politiques internes des hôpitaux déterminant et modulant la pratique professionnelle infirmière⁵⁷⁵. Ces politiques sont du ressort de l'employeur et les questions deviennent alors de nature de la relation entre celui-ci et un employé syndiqué, d'où la présence du syndicat comme seconde source de réponse aux questions.

Section 6 : Limites

⁵⁷⁵ Voir chapitre précédent

Nous avons déjà discuté dans les pages précédentes de certaines des limites liées à l'échantillon. Le choix de l'échantillon non probabiliste de convenance anonyme peut en effet induire plusieurs biais, le premier étant le biais de sélection. Puisque les gens qui participent au sondage sont ceux qui sont interpellés par le sujet, ils ne sont pas neutres et ne représentent pas tout à fait la population globale des médecins et infirmières du Québec. Ce biais cependant aurait techniquement dû améliorer l'adéquation des réponses. Le second biais potentiel que nous ne devons pas passer sous silence est le biais de confirmation⁵⁷⁶. Le questionnaire étant le résultat de la première méthode de recherche juridique, nous avons analysé les résultats des participants en fonction de nos connaissances déjà acquises, de nos perceptions. L'analyse est donc le résultat de la confrontation de ces deux points de vue et non pas l'analyse stricte d'un échantillon valide statistiquement.

Aussi, puisque l'échantillon était anonyme et que le sondage ne comportait pas de clé d'entrée, il nous était impossible de relancer les participants pour compléter l'analyse avec des entrevues semi-structurée et adopter ainsi une approche mixte de type explicative⁵⁷⁷

⁵⁷⁶ Serge Larivée et al, « Le biais de confirmation en recherche » (2019) 48:1 psyedu 245-263.

⁵⁷⁷ John W Creswell & Vicki L Plano Clark, *Designing and conducting mixed methods research*, 2nd ed éd, Los Angeles, SAGE Publications, 2011 aux pp 81 et suivantes.

Conclusion du chapitre 4 : l'impact global

Les réponses des participants, bien que l'échantillon soit trop petit pour en faire une analyse quantitative complète, semblent mettre de l'avant plusieurs tendances globales que les gestionnaires et décideurs doivent prendre en compte lors de la détermination de l'impact des textes normatifs sur la CI. En effet, en se basant sur la managérialisation du droit, ces données sur les professionnels sont la clé pour la priorisation des changements normatifs nécessaires pour favoriser la CI dans notre système de santé.

En premier, les connaissances explicites sur l'encadrement normatif de l'échantillon sont mauvaises, particulièrement en ce qui a trait au champ de pratique et à la notion « d'exclusivité ». Cela signifie qu'il faut analyser la portée des réponses dans les différentes études qualitatives en administration de la santé portant sur la CI avec beaucoup de circonspection. Lorsque les professionnels de la santé mentionnent que leur champ de pratique est une limite à la CI, quelle est la signification de cet énoncé ? Pratique-t-ils vraiment au maximum de leur champ de pratique légal ? Les gestionnaires locaux connaissent-ils les règles entourant les champs de pratique depuis le début des années 2000 ? Les professionnels savent-ils quel est le contenu de leur champ de pratique légal ? Suivent-ils des politiques internes d'établissement plus restrictives que leur champ de pratique légal ? Pour les décideurs voulant favoriser la CI, ces questions doivent être répondues avant tout changement réglementaire ou législatif pour s'assurer de l'efficacité de ces changements.

En second, l'influence de la notion de responsabilité sur l'existence ou non de la CI semble plus médiée par le mécanisme d'apprentissage des normes ou les politiques internes de

gestion que par une expérience juridique ou un apprentissage formel du droit. C'est encore un manque dans les connaissances par rapport aux procédures entourant le système juridique et au contenu des normes. Puisqu'un nombre non négligeable de professionnels croient encore que la CI augmente leur responsabilité, il faudrait déterminer quels sont les piliers de cette croyance. Avec les données actuelles, nous ne pouvons exclure que le choix de la population médicale comme principale source de connaissance - une mutuelle chargée de les protéger en cas de litige - n'influence pas cette perception de la responsabilité.

En troisième, les participants sont ambivalents face à l'influence du droit. Majoritairement, le groupe questionné considère que le droit a un effet neutre sur la pratique collaborative. Cependant, la majorité des limites et des facilitateurs énoncés librement sont des éléments normatifs déterminés soit par règlements, soit par loi, comme les champs de pratique, la responsabilité, les horaires de travail, les lieux de travail, la rémunération, etc. Est-ce le signe d'un positionnement par rapport au droit lui-même ou d'une méconnaissance de ce que détermine le droit dans le cadre d'une pratique professionnelle ? Qu'enseignent vraiment les sources de connaissances normatives aux professionnels de la santé ? Pour le décideur, savoir la position des professionnels, de leurs formateurs et des gestionnaires par rapport au droit est important, car elle déterminera la portée de tout changement : le droit est-il plus important que les habitudes ou sera-t-il analysé en fonction de son utilité pour maintenir ces relations habituelles ou protéger les acquis ?

Cette première étude empirique sur un échantillon non probabiliste réparti géographique dans l'ensemble du Québec ne peut d'elle-même nous fournir les données nécessaires à une théorisation de la relation entre droit et CI. De nombreuses recherches plus spécifiques, avec des représentativités diverses, devront être menées pour permettre à ce champ essentiel de recherche de se développer.

Conclusion de la partie 2

En conclusion, la mise en action du droit formel par les médecins et infirmières qui composent les équipes interprofessionnelles est un processus complexe pour de nombreuses raisons. La première raison est que l'encadrement légal en lui-même est complexe, de par la nature même de l'encadrement de la pratique des professionnels de la santé, mais aussi de par l'intangibilité du soin. Ainsi, les médecins et infirmières ne réalisent pas des actions mécaniques, répétitives : la diversité des patients, des pathologies, des approches thérapeutiques entraîne un constant ajustement dans la dynamique entre le patient et les soignants, et entre les soignants eux-mêmes ajustement que le cadre légal doit anticiper et permettre.

Par sa nature, le cadre légal dans lequel se déroulent ces actions est fixe. Il est déterminé par de nombreux éléments : les établissements de soins et leurs organisations internes, les lois et règlements professionnels et les règles de la responsabilité civile. Nous avons vu dans les pages précédentes que ces nombreux aspects se retrouvent reliés soit parce qu'ils se complètent et se renforcent soit parce qu'ils limitent respectivement leur plein potentiel sur la CI. Ainsi, l'encadrement juridique actuel de la CI ne limite en rien celle-ci : les professionnels travaillent et évoluent dans un environnement légal qui permet l'interaction et la collaboration, pour le bien du patient, et reconnaît la contribution de nombreux professionnels dans les établissements de soins. Cependant, il faut noter que les éléments qui pourraient la favoriser clairement sont limités par d'autres éléments qui déterminent le continuum de soin, la flexibilité d'accès ou les structures de pouvoir interne des organisations de soins de santé. Les silos sont plus poreux depuis maintenant des années, mais ils existent encore et leur rigidité transparaît sur la capacité du réseau de

professionnels à s'ajuster rapidement aux besoins des patients. Malgré tout, la première hypothèse qui a été posée au début de cette thèse semble être exacte : le cadre légal entourant la CI peut être considéré comme neutre⁵⁷⁸.

La seconde raison qui explique la complexité du processus est que la mise en œuvre du droit positif est ultimement laissée à des professionnels de la santé qualifiés pour soigner, mais plutôt ignorants du droit. Les formations en droit formelles sont l'exception et les sources d'apprentissage primaire du droit sont spécifiques à chaque profession, avec une forte propension vers la notion de protection, protection du risque dans le cas des assureurs et protection de la profession dans le cas des ordres professionnels. De plus, comme une proportion non négligeable des professionnels sondés se tournent vers un collègue plutôt que vers des sources académiques formées, cela ne permet pas d'éduquer adéquatement la majorité des répondants qui ont erré dans les questions de connaissances de base. La seconde hypothèse semble donc aussi être exacte malgré le maigre échantillonnage : il y a un écart entre le droit formel tel qu'il existe et la connaissance exprimée par les médecins et les infirmières de notre échantillon⁵⁷⁹.

La question qui découle du constat de cet écart est son impact sur l'existence de la CI en elle-même. La littérature rapporte en effet de nombreux éléments normatifs comme des facteurs limitants la CI⁵⁸⁰. Dans le contexte de la méconnaissance flagrante des professionnels aux sujets de ces mêmes éléments normatifs, l'interprétation de tels résultats

⁵⁷⁸ Voir à ce sujet la conclusion du chapitre 1 et le chapitre 3 de cet ouvrage.

⁵⁷⁹ Voir à ce sujet la conclusion du chapitre 1 et le chapitre 4 de cet ouvrage.

⁵⁸⁰ Voir le chapitre 1 à ce sujet.

est difficile. Nous n'avons pas pu vérifier dans le cadre de cette recherche un tel impact, ni si la méconnaissance du droit modifie l'attitude des professionnels envers la CI. Les médecins et infirmières sondés ont une perception très positive de la CI et identifient le droit comme un élément neutre à leurs yeux. Par contre, ils rapportent de nombreux éléments juridiques comme des facilitateurs et des freins. Cette confusion peut être une caractéristique de l'échantillon, trop petit et de convenance, mais peut être aussi un effet secondaire de la méconnaissance initiale.

Nonobstant ce résultat négatif, le statu quo actuel ne peut pas perdurer. La pratique collaborative, si importante pour la qualité et l'efficacité des soins, a lieu dans un environnement juridique qui devrait non pas être neutre, mais la favoriser. Aussi, les professionnels de la santé, qui doivent de plus en plus collaborer aisément pour prendre en charge les pathologies de plus en plus complexes, doivent connaître l'environnement juridique dans lequel ils évoluent pour ne pas construire plus de mythes. Comment s'attaquer à ces défis pour favoriser la CI ? Ce sera le sujet de la prochaine partie.

Partie 3: Favoriser la collaboration interprofessionnelle par l'angle juridique

Nous venons de voir dans les deux chapitres précédents que le droit ne limite pas la CI en soi, mais ne la facilite pas non plus et qu'il y a des différences entre ce qui existe dans le droit et la connaissance qu'ont les cliniciens de celui-ci. Deux avenues permettraient donc de maximiser l'apport positif de l'encadrement juridique pour la promotion et l'implantation de la CI. La première avenue en est une de réforme du droit ; plusieurs aspects du droit peuvent être optimisés. Bien que les aspects juridiques qui modélisent la pratique interprofessionnelle actuelle ne sont pas des limites en soi, la modification de certains aspects faciliterait la CI soit directement, en enlevant une barrière potentielle, soit indirectement, en changeant la perspective du système face à la CI. Ces aspects se retrouvent dans trois groupes, nommément l'organisation professionnelle, l'organisation des soins et la responsabilité. La seconde avenue en est une d'éducation, car les données actuelles soulignent l'important fossé qu'il y a entre le droit tel qu'il a été pensé et écrit par les juristes et la compréhension du droit par les cliniciens, qui sont souvent ceux qui l'appliquent.

Pour explorer au mieux ces deux avenues, la présente partie s'intéressera en premier aux modifications possibles de l'environnement juridique des cliniciens québécois. L'organisation professionnelle a le potentiel de faciliter la CI en rendant plus fluide la gestion des professions qui participent à l'équipe. Deux approches innovatrices peuvent être mises de l'avant dans ce secteur. Nous pouvons concevoir une approche radicale soit le regroupement des ordres professionnels en santé en un seul organisme de régulation pour

l'ensemble du secteur de la santé. Bien que cette approche ne soit pas inédite dans le monde, elle sera politiquement difficile à implanter. La seconde approche est plus modérée et se focalise uniquement sur le regroupement de la discipline, la sanction des comportements nuisibles, et la séparation de ce processus du processus d'enquête. Une telle approche de la discipline soulignerait que les comportements ne doivent pas être évalués que par les pairs dans une équipe de soins, mais par l'ensemble des membres de l'équipe. Alors que tous les professionnels ont des obligations de collaboration avec leurs pairs et les autres professionnels de la santé, l'approche conjointe à la discipline renforcerait le message des énoncés de position des Ordres sur l'importance de la CI, en plus d'augmenter la transparence du processus disciplinaire.

Puisqu'elle est perçue comme l'élément central de la majorité des décisions des cliniciens par rapport à la CI, la responsabilité civile a un fort potentiel de faciliter la CI. Dans la situation actuelle, les bases de la responsabilité peuvent complexifier l'intégration de la notion d'équipe. En effet, comme nous avons déjà exposé plus haut dans ce texte, les tribunaux auront actuellement la tâche d'analyser les membres de l'équipe de façon isolée et non pas comme un tout⁵⁸¹. Aussi, une fois les activités fautives trouvées, ces mêmes tribunaux doivent dans le régime actuel analyser la nature de l'activité, est-ce une activité médicale, une activité partageable et partagée, une activité propre à diverses professions ? Toutes ces questions se posent en réduisant la notion d'équipe de travail à une simple transaction entre professionnels. Pour permettre à la responsabilité de faciliter la CI, il faudrait que la notion d'équipe soit introduite en facilitant la vision cohésive des membres de l'équipe en leur donnant un commettant unique, l'alternative étant de faire de chaque

⁵⁸¹ Voir chapitre 3 de cet ouvrage.

équipe de soins une personne morale en soi avec des statuts et sa responsabilité propre, ce qui nous semble difficilement réalisable dans les paramètres actuels du droit.

Ce qui introduit l'importance méconnue de l'organisation des soins dans l'environnement juridique de la CI. Nous avons pu voir avec la pandémie l'agilité organisationnelle potentielle du système qui pourrait ouvrir à une plus grande place de la CI. Rapidement, par le biais d'une multiplication d'arrêtés ministériels⁵⁸², plusieurs professionnels employés de l'État ont pu maximiser leur pratique en respectant leur compétence clinique, mais en rendant plus flexible leur position ou leur statut dans le réseau de la santé. Ces arrêtés ne s'appliqueront plus dès la fin de l'état d'urgence et actuellement, la structure juridique du système ne permet pas à cette agilité de s'exprimer à son plein potentiel⁵⁸³.

Ce premier chapitre qui regroupe les améliorations potentielles à l'environnement juridique n'a pas pour objectif de convaincre du bien-fondé d'un seul changement ou d'une seule

⁵⁸² En effet, dans le cadre de la déclaration d'urgence sanitaire, le ministère de la Santé et des services sociaux, en collaboration avec les ordres professionnels concernés, a rapidement permis à plusieurs professionnels de participer à l'effort de vaccination et de dépistage du COVID-19. Voir à ce sujet *A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-030 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 29 avril 2020, supra note 244; A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-034 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 9 mai 2020, supra note 244; A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-037 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 14 mai 2020, supra note 244; A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-039 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 22 mai 2020, supra note 244; A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-087 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 4 novembre 2020, Gazette officielle 2020, 46A; A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-099 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 3 décembre 2020, Gazette officielle 2020, 50A.*

⁵⁸³ Ces précédents par contre pourraient être utilisés pour prouver la compétence clinique des professionnels qui désirent augmenter leur champ de pratique à long terme. L'inexpérience des professionnels pour une activité donnée est souvent l'élément limitant de l'expansion car il devient très difficile de prouver la sécurité d'une activité qu'on n'a pas eu légalement le droit de faire par le passé. Voir à ce sujet Safriet, *supra* note 4; Dower, Moore & Langelier, *supra* note 190.

voie pour améliorer le droit et ainsi, faciliter la CI. Nous avons vu dans le chapitre 3 que les ancrages monoprofessionnels et les silos sont nombreux et de différente nature⁵⁸⁴. Ces avenues que nous explorerons dans leur ensemble dans les prochaines pages sont en fait des pistes qui peuvent être découvertes ou appliquées en parallèle, en solo ou en séquence. Ce sont les routes qui peuvent amener le droit à être un véritable instrument de promotion de la CI.

Mais il reste que peu importe les modifications que l'on pourrait faire au système, en preuve les modifications substantielles au début des années 2000, si les cliniciens ne comprennent pas le droit, ils appliqueront ce qui leur semble « le droit » et continueront à affirmer que le droit est une limite majeure à la CI. Le fossé, que nos données empiriques ont commencé à mettre en évidence, influe sur l'analyse des données qualitatives issues de la littérature sociale portant sur les limites et barrières institutionnelles de la CI, car les concepts auxquels les cliniciens se réfèrent dans les études ne sont pas nécessairement ancrés dans le droit. Ils sont issus de la perception ou de la compréhension qu'ils ont des normes juridiques qui les gouvernent, perception qui ne correspond pas nécessairement à la réalité juridique.

Pour ainsi assurer un meilleur respect de l'esprit du législateur dans l'application des règles, il faudrait que les cliniciens en premier lieu fassent preuve d'une meilleure connaissance des règles qui régissent leur pratique. Pour atteindre cet objectif, il faudrait qu'ils soient exposés à un curriculum commun sur le droit, ce qui n'existe pas encore au Québec. À quel moment cet enseignement devrait-il avoir lieu ? Est-ce les étudiants en

⁵⁸⁴ Voir les sections 1, 2 et 4 du chapitre 3 à ce sujet.

préclinique, en clinique ou les praticiens qu'il faudrait viser ? Aussi, quel contenu devra être enseigné ? Ce curriculum devra bien sûr couvrir toutes les normes juridiques pertinentes à la pratique en équipe, mais leur quantité et leur complexité peuvent nuire à un contenu compréhensible pour des non-juristes. Devrait-on alors mettre l'accent sur des concepts plutôt que des contenus juridiques explicites ? C'est ce que nous explorerons dans la seconde section de ce chapitre.

Chapitre 5 : Modifier le droit pour faciliter la CI

Il n'est pas dans l'objectif de cette thèse d'explorer en profondeur tous les potentiels changements que l'environnement juridique pourrait tenter pour faciliter la CI. En fait, chaque changement pourrait faire l'objet d'un essai individuellement. Cependant, pour respecter l'esprit de la managérialisation du droit, ces changements étant intrinsèquement liés dans l'esprit des cliniciens, tous ont un potentiel équivalent de modifier la perception du droit des cliniciens et par le fait même, favoriser le comportement souhaité. Ainsi, tous les changements proposés ici peuvent techniquement être faits de manière simultanée ou isolée et ils ont tous un lien fort entre le clinicien en pratique et sa relation avec son environnement juridique. Cependant, la majorité des changements proposés représentent un certain défi politique et peuvent être perçus par certains lecteurs comme des vœux pieux. Nous reconnaissons que la magnitude de l'impact politique de certains changements proposés ou le potentiel de réaction négative des lobbys en place a été mis de côté. Sans émettre de jugement sur leur importance ou leur influence sur la création ou le développement du réseau des soins de santé au Québec⁵⁸⁵, nous notons que le défi indéniable des propositions présentées dans les prochaines pages sera de réconcilier les intérêts corporatistes aux changements nécessaires, intérêts qui verront d'un œil méfiant les modifications aux structures qui déterminent leurs pouvoirs⁵⁸⁶.

⁵⁸⁵ Voir à ce sujet les écrits des auteurs Giroux, Rocher & Lajoie, *supra* note 292; et Facal, *supra* note 52.

⁵⁸⁶ La dominance médicale est en effet reconnue comme une partie intégrante des structures de soins dans plusieurs juridictions nord-américaines comme le souligne Bourgeault & Mulvale, « Collaborative health care teams in Canada and the USA », *supra* note 3; Voir aussi à ce sujet Denis et al, *supra* note 283.

Section 1 Une vision interprofessionnelle des ordres et des obligations professionnelles : un seul organe disciplinaire pour mieux encadrer la CI

Les ordres professionnels des professions de santé ont déjà clairement pris une position organisationnelle en faveur de la CI, comme le souligne l'intégration d'obligation à la collaboration dans les codes de déontologie et les énoncés de positions, guide de pratique commun et guides explicatifs produits dans les dix dernières années pour tenter de favoriser cette pratique clinique. Or, nous l'avons vu plus haut, ces efforts ont peu de résultats tangibles⁵⁸⁷.

Du point de vue de la déontologie et de la discipline, nous avons déjà expliqué dans ce texte l'impact équivoque de l'obligation de collaboration des professionnels et de la gestion de celle-ci par leur discipline respective⁵⁸⁸. On ne semble pas considérer les plaintes aux ordres professionnels comme un moyen de sanctionner un comportement incompatible avec la pratique en équipe⁵⁸⁹. Quelle que soit la raison, bien que les obligations de collaboration existent, elles ne semblent pas actuellement fonctionnelles. Il faut donc

⁵⁸⁷ Voir à ce sujet chapitre 3 section 3 de cette thèse.

⁵⁸⁸ Voir à ce sujet chapitre 3 section 3.1 de cette thèse.

⁵⁸⁹ En effet, dans une très récente décision disciplinaire concernant un orthopédiste dont le comportement avec l'ensemble de l'équipe de soins était non professionnel, le syndic n'a pas déposé de chef en vertu des deux articles du code de déontologie couvrant spécifiquement la collaboration mais plutôt des chefs liés à la notion de conduite irréprochable et d'atteinte à l'honneur. Voir *Médecins (Ordre professionnel des) c. Malo*, *supra* note 362.

s'intéresser à la structure de gestion des ordres et de la discipline pour tenter d'améliorer l'impact de la déontologie sur la CI.

Deux solutions juridiques pourraient concrétiser l'approche interprofessionnelle que les ordres professionnels en santé tentent de mettre en place depuis maintenant plus de 18 ans.

1.1 Rationaliser le système professionnel en santé : un Office des professions unique à la santé ou un regroupement des ordres?

L'existence depuis plus de 40 ans de notre système professionnel peut donner l'impression qu'il est immuable dans ses fondations. Or, la régulation des professionnels est loin d'être homogène lorsqu'on compare les juridictions au niveau mondial. Il existe plusieurs approches philosophiques et pragmatiques à la régulation des professions dans le monde : la quasi-régulation, où les professions se régulent avec une participation du gouvernement central minimale, la co-régulation, où les législateurs déterminent les balises et gardent un certain droit de regard sur l'exercice des professions qui se régulent quand même majoritairement de manière indépendante du législateur, et la régulation explicite, où l'activité professionnelle est quasiment entièrement régulée par le législateur ou un organisme gouvernemental et les organismes professionnels sont des organes consultatifs⁵⁹⁰. Bien que chaque approche ait ses avantages et ses défis, l'approche de type

⁵⁹⁰ Australian Health Practitioner Regulation Agency, *Comparison of international accreditation systems for registered health professions*, AHPRA, 2016; Marie-Andrée Girard, « Interprofessional Collaborative Practice and Law: A Reflective Analysis of 14 Regulation Structures » (2019) 9:2 *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education* à la p.

co-régulation semble être l'approche la plus populaire dans les économies occidentales⁵⁹¹, avec la notable exception des États-Unis qui tendent plus vers la quasi-régulation. Le modèle québécois, ce que nous nommons l'autorégulation des professions, est un type de co-régulation qui met en avant l'importance de l'indépendance professionnelle comme pilier et la protection du public comme mandat. Les ordres professionnels ont donc une large indépendance dans leur champ réglementaire et évoluent dans un système qui historiquement favorise cette indépendance même face aux autres professions. Pour enlever ces barrières ou ces silos, devrions-nous questionner la philosophie même de notre système de régulation professionnelle ? Est-ce la famille de régulation qui fait naître ces séparations quasi étanches entre les professions ? Est-ce la co-régulation le modèle qui est source des limitations à la CI d'un point de vue du droit professionnel ?

En fait, lorsqu'on regarde les autres juridictions ayant choisi un modèle de co-régulation, des différences significatives dans les barrières internes entre les professions sont observables⁵⁹². Les balises et fondements organisationnels sont légalement déterminés par le législateur en co-régulation. Ce sont ces structures de contrôle qui permettent au gouvernement d'influer sur la finalité de la production réglementaire, mais qui oblige le respect des silos prédéfinis par les lois. Ce n'est donc pas la co-régulation qui fait du système québécois un système structuré en silos professionnels, mais la forme que le législateur lui a donnée. Nous avons deux exemples sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour tenter de concevoir un système de gestion des professions tout aussi autonome, mais moins fragmenté. En effet, la multiplication des acteurs dans le système

⁵⁹¹ Australian Health Practitioner Regulation Agency, *supra* note 590; Ivy Lynn Bourgeault & Michel Grignon, « A comparison of the regulation of health professional boundaries across OECD countries » (2013) 10:2 The European Journal of Comparative Economics 199-224.

⁵⁹² Australian Health Practitioner Regulation Agency, *supra* note 590.

professionnel d'un point de vue juridique peut être perçue comme une barrière à la fluidité de la CI sur le terrain⁵⁹³, simplement parce que les silos juridiques professionnels renforcent les silos culturels de l'identité professionnelle⁵⁹⁴. Toutes les discussions interordres ne permettront pas une évaluation conjointe avec un seul conseil de discipline des plaintes faites pour une équipe.

Le premier exemple duquel nous pouvons nous inspirer, bien qu'il soit dans le Commonwealth, est géographiquement très éloigné. La structure actuelle de l'Office des Professions ne permet pas une gestion centralisée, contrairement à la structure de l'Australian Health Practitioners Regulation Agency (AHPRA)⁵⁹⁵. Malgré qu'elle ne soit pas en tant que telle une structure mise en place dans l'idée de promouvoir la CI, l'AHPRA permet de concevoir une gestion centrale des caractéristiques communes des professions de santé en gardant l'identité propre des professionnels par le biais de comités internes distincts et le respect des compétences professionnelles.

L'Australie a une structure constitutionnelle similaire au Canada : les deux pays sont basés sur le fédéralisme et la répartition des compétences, la santé et la gestion des professions appartenant principalement au niveau provincial/étatique, avec un degré divers de

⁵⁹³ Voir chapitre 3 section 1 et 2. Voir aussi Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4.

⁵⁹⁴ Abbott, *supra* note 9.

⁵⁹⁵ Belinda Bennett et al, « Australia's National Registration and Accreditation Scheme for Health Practitioners: A National Approach to Polycentric Regulation » (2018) 40:2 Sydney L Rev 159-182; Vasiliki Betihavas et al, « Australia's health care reform agenda: implications for the nurses' role in chronic heart failure management. » (2011) 24:3 Aust Crit Care 189-197; L'organisation développe une entente de service avec chaque board nationalisé, en exemple voir Australian Health Practitioner Regulation Agency, *Health Profession Agreement: Medical Board of Australia and The Australian Health Practitioner Regulation Agency - 2020 - 2025*, Australian Health Practitioner Regulation Agency, 2020.

centralisation⁵⁹⁶. Mise sur pied en 2010, AHPRA a été créée par une loi spécifique à chaque État australien, mais identique entre les États⁵⁹⁷. Née d'un effort de standardisation fédérale, l'AHPRA est un modèle qui pourrait inspirer le Canada et le Québec. C'est une organisation qui centralise la régulation des professionnels de la santé à un niveau fédéral c'est-à-dire qu'une structure unique régleme une profession donnée pour tous les États australiens sans changer sur le plan constitutionnel les niveaux de gouvernement qui ont la compétence en santé et en gestion des professions. Ainsi, cette centralisation de la gestion des professions est le résultat d'une entente commune entre tous les états : ceux-ci ont délégué légalement l'ensemble du continuum de régulation des professions de santé (de l'émission des permis allant jusqu'à la discipline) de chacun des territoires à une seule organisation : AHPRA⁵⁹⁸. Ainsi, que vous soyez formés en Galles du Sud ou dans l'État de Victoria, votre certification et votre permis de pratique, puisqu'il est centralisé à AHPRA, sera reconnu automatiquement dans tous les états australiens. Le processus de plainte ou de discipline est lui aussi centralisé. Sans ouvrir la complexe discussion des compétences des États versus les compétences fédérales, l'Australie aura réussi à mettre

⁵⁹⁶ Voir à ce sujet l'excellent ouvrage de Keith G Banting & Stanley M Corbett, dir, *Health policy and federalism : a comparative perspective on multi-level governance*, Montréal :, McGill-Queen's University Press, 2002 Comparant plusieurs états fédéraux aux sujet des politiques de santé.

⁵⁹⁷ Bennett et al, « Australia's National Registration and Accreditation Scheme for Health Practitioners », *supra* note 595; Australian Health Practitioner Regulation Agency, *supra* note 595; Betihavas et al, *supra* note 595; Voir à ce sujet et en exemple ces deux lois *Health Practitioner Regulation National Law (NSW)*; *Health Practitioner Regulation National Law (Victoria) Act 2009* Chaque État australien a en effet sanctionné une loi identique.

⁵⁹⁸ En fait, on peut faire une analogie avec le processus d'accréditation des programmes de formation pour les médecins au Canada. Au Canada, chaque ordre professionnel est responsable de déterminer les programmes qu'elle reconnaît comme pouvant donner ouverture au permis de pratique. Actuellement, tous les ordres médicaux canadiens ont un règlement similaire statuant que pour avoir accès au permis, le programme doit être accrédité par le programme CanERA. Voir à ce sujet *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 201, art 4; Voir aussi « Accueil::CanRac », en ligne: <<https://www.canrac.ca/canrac/home-f>>.

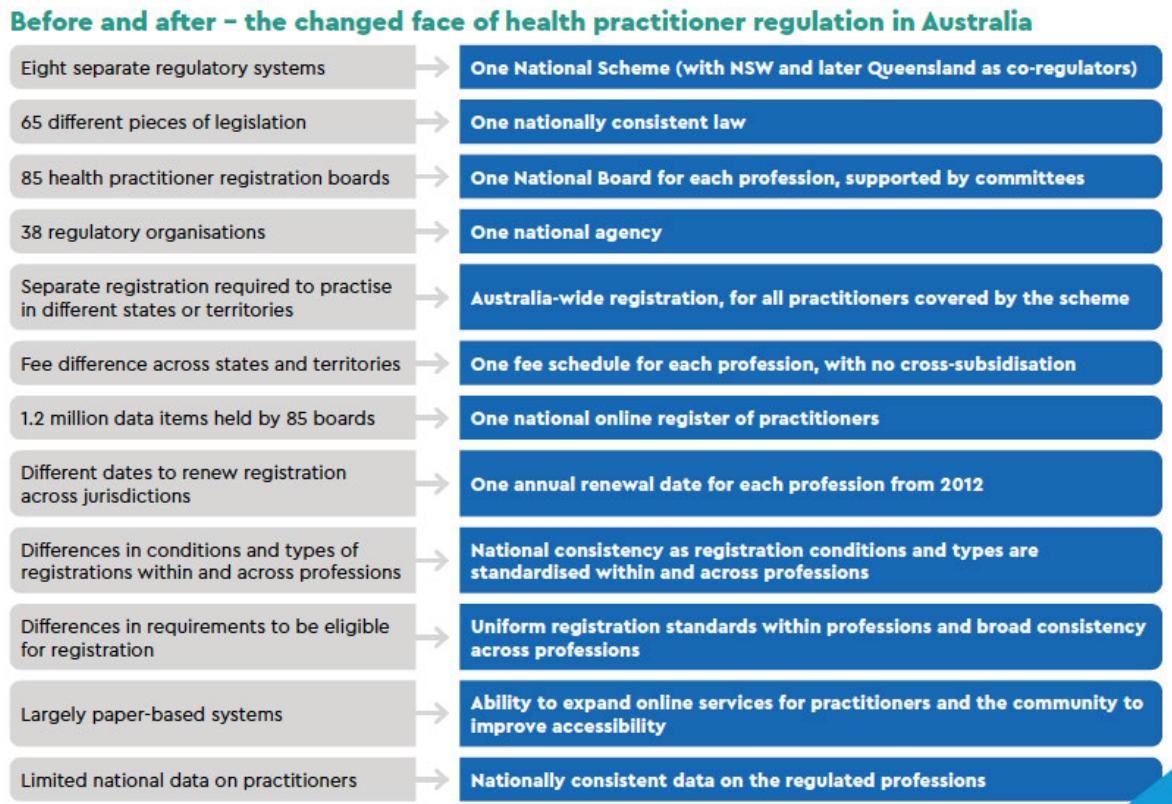
en place une organisation qui permet une mobilité et une gestion centralisée de tous les professionnels de la santé australiens.

Cette solution n'est pas parfaite. Premièrement, il faut constater que les silos internes persistent du point de vue professionnel : chaque profession a sa « table nationale » ou son « national board » dont l'indépendance dans la gestion de la profession peut être discutée. Chaque table nationale a d'ailleurs une entente de gestion avec l'AHPRA pour la réalisation de son mandat, entente qui rassemble les services que l'organisation centrale prodigue à la table nationale ainsi que les attentes de l'AHPRA et des gouvernements envers cette table. Ces tables sont donc indépendantes les unes des autres, ce qui pourrait donner l'impression d'une situation similaire à la relation entre l'Office des professions et les ordres professionnels. Cette indépendance est cependant partielle et tributaire des paramètres de l'entente contractuelle entre la table et AHPRA. Les organisations sont en fait rassemblées sous un seul toit et les contrats de gestion sont également faits avec toutes les tables, pour organiser la discipline, l'accréditation et l'enregistrement des professionnels⁵⁹⁹ (voir figures 19 et 20 ci-bas). Les tables n'existent donc pas tout à fait indépendamment les unes des autres, elles sont des éléments d'une seule et même structure de régulation : AHPRA. Cette fusion partielle administrative peut conséquemment faciliter les discussions entre les professions en diminuant les barrières interordres et interjuridictionnelles en faisant d'AHPRA le centre commun de communication, tant en termes de gestion des données que de leur analyse⁶⁰⁰.

⁵⁹⁹ Australian Health Practitioner Regulation Agency, *Ahpra and National Boards annual report 2019/20*, Australian Health Practitioner Regulation Agency, 2020.

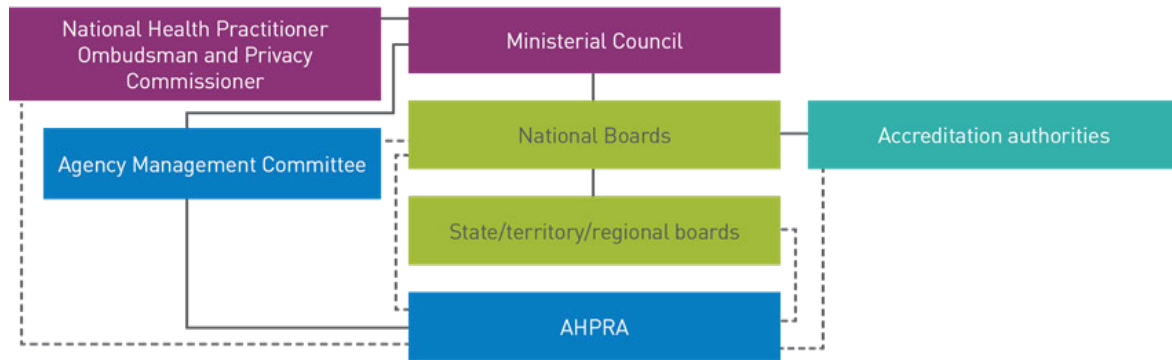
⁶⁰⁰ *Ibid*; Bennett et al, « Australia's National Registration and Accreditation Scheme for Health Practitioners », *supra* note 595.

Figure 19: Les changements en Australie suite à l'implantation de la structure AHPRA⁶⁰¹



⁶⁰¹ Australian Health Practitioner Regulation Agency, *A unique and substantial achievement: Ten years of national health practitioner regulation in Australia*, Australian Health Practitioner Regulation Agency, 2020 à la p 11.

Figure 20: La relation entre AHPRA et les autres instances de gestion des professionnels en Australie⁶⁰²



Dans le contexte du Québec, cette approche nécessiterait la création d'un office spécifique à la santé pour permettre une intégration logique des ordres d'un même secteur d'activité. Il faudrait aussi que cette structure soit beaucoup plus proactive dans la gestion interne des ordres que le modèle de l'Office actuel. Ces ordres devraient donc perdre des pouvoirs de gestion, ceux-ci se trouvant alors centralisés à l'office central. Par cette centralisation, bien que les professionnels restent indépendants, respectant ici un des piliers philosophiques du système, les ordres eux-mêmes perdent une certaine indépendance, ce qui peut favoriser ou même mandater une collaboration entre eux. Prenons par exemple la gestion des activités réservées partageables. Nous en avons vu le processus en chapitre 3⁶⁰³ : chaque ordre qui désire le partage d'une activité doit en faire la demande séparément. Dans une structure regroupée administrativement, un seul ordre pourrait débiter un processus central, processus qui pourrait alors évaluer toutes les professions pertinentes à cette activité, et évaluer globalement le partage à une ou plusieurs professions. L'activité réservée, bien qu'elle soit réservée initialement qu'à une seule profession, pourrait alors

⁶⁰² *Ibid* à la p 16.

⁶⁰³ Voir Chapitre 3 section 2.1 et 2.2

être partagée d'un seul coup à plusieurs, accélérant la mise en place et diminuant la lourdeur administrative du processus.

Prenons ensuite un exemple plus proche, géographiquement et temporellement. Au Canada, la Colombie-Britannique a débuté une refonte de son système professionnel depuis 2019 portant sur la fusion des 20 ordres professionnels existants en seulement 5, l'ordre des médecins, l'ordre des infirmières, l'ordre des pharmaciens, l'ordre des professionnels en santé buccale, l'ordre des professionnels en santé et en soins. Cette réflexion s'est faite en réaction à un rapport communément appelé Rapport Clayton⁶⁰⁴. Plusieurs fusions ont déjà légalement eu lieu en 2020 en Colombie-Britannique, les collèges des infirmières avec les sages-femmes, les collèges des médecins avec les podiatres⁶⁰⁵. Fusionner les ordres n'est donc pas impossible à une certaine échelle. Fusionner les ordres avec un grand pouvoir ou un grand nombre d'inscrits au tableau, comme les médecins, les infirmières ou les pharmaciens, ne semble pas avoir été tenté en sol canadien. D'ailleurs, nous n'avons pas trouvé d'exemple à l'international de tel modèle.

Considérant l'actuelle structure du système professionnel et ces deux exemples, on pourrait concevoir une structure commune à toutes les professions de santé. Un regroupement des ordres professionnels pour tout le secteur de la santé et des services sociaux avec des tables sectorielles pour chaque profession. Ces tables seraient interdépendantes et elles fonctionneraient en collaboration plutôt qu'en silos parallèles. Cette structure serait la

⁶⁰⁴ Steering Committee on Modernization of Health Professional Regulation, *Modernizing the provincial health profession regulatory framework: A paper for consultation*, 2019 aux pp 8-11.

⁶⁰⁵ *Health Professions Designation and Amalgamation Regulation*, BC Reg 270/2008, las amended by BC Reg 128/2020, arts 8 et 9.

jonction entre certains éléments inspirés de l'expérience australienne et certaines des commentaires du rapport Clayton en Colombie-Britannique. On pourrait même concevoir le regroupement ultime en un seul ordre, ce qui n'est pas très loin en fait d'un office des professions spécifique à la santé qui aurait plus de pouvoir de contrôle que l'Office actuel. Un seul ordre et donc, un seul code de déontologie regroupant toutes les obligations professionnelles des soignants envers leurs collègues, leur ordre et leur client. Mais un ordre comprenant des tables sectorielles, des sous-comités pouvant gérer les aspects de compétence clinique propre à la profession et les aspects d'accréditation des formations menant au permis de pratique. Ainsi, les permis de pratique resteraient uniques à chaque profession, mais l'ensemble de la gestion administrative, de l'inscription aux tableaux des ordres pertinents lorsque l'individu atteindrait les critères, de la gestion de l'inspection professionnelle ainsi que la gestion de la discipline seraient communes à toutes les professions de santé.

La nature de notre système professionnel fera probablement de la fusion de tous les ordres une impossibilité. Les grands groupes y verraient un affrontement politique constant, les petits groupes seraient à risque de se faire engloutir par la force des grands et leur combat de titans. Il faudra alors concevoir une approche qui donnerait plus de pouvoir aux autres professionnels de la santé dont les ordres plus petits n'ont pas les mêmes moyens financiers que les ordres plus gros. Il y a actuellement 28 ordres professionnels en santé au Québec. C'est un nombre important d'ordres qui produisent au total une charge réglementaire lourde pour la gestion du système professionnel. Les professionnels de la santé sont donc répartis dans cette courtoise de champs de pratique et d'organisations qui sont toutes indépendantes les unes des autres. Une approche se rapprochant plus de celle de la Colombie-Britannique pourrait alors être une solution intéressante, mais ne résoudrait que partiellement la problématique de la CI. En effet, une telle fusion serait en fait la répétition

du schéma de la gestion des professionnels dans la LSSSS : le conseil multiprofessionnel qui exclut nommément les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les infirmières, mais qui comprend tous les autres professionnels. Il y a donc un risque que plutôt que faciliter la CI, une telle fusion renforcerait les silos historiques entre les professions fusionnées et les autres professions historiquement plus puissantes.

Ces risques font du choix de demi-mesure privilégiée par la Colombie-Britannique et du choix de fusion complète de l’Australie des solutions imparfaites pour la réalité québécoise qui pourrait ne pas atteindre leur objectif de faciliter la CI. Dans ce contexte, une autre solution est possible pour faciliter la CI dans le système professionnel : la création d’un organisme de discipline commun à toutes les professions de la santé.

1.2 Une table disciplinaire en santé sous l’égide du Conseil Interprofessionnel ou de l’Office des professions

Comme l’AHPRA, la refonte en cours de la Colombie-Britannique inclut aussi un aspect très intéressant pour ce qui nous préoccupe aujourd’hui soit la promotion de la CI dans le cadre de l’analyse disciplinaire des comportements des professionnels. Dans leur document de préparation, les autorités prévoient une séparation des pouvoirs d’enquête et des pouvoirs de discipline dans le monde professionnel. L’enquête reste l’apanage des ordres, c’est l’expertise et la compréhension de la pratique qui est essentielle à cette étape de l’instruction d’une plainte. La discipline par contre, la décision sur la violation et la sanction à donner à la faute disciplinaire, serait par contre instruite par un panel disciplinaire indépendant de l’Ordre, qui serait mis sur pied par un organisme supérieur de

surveillance indépendant et nommé par le gouvernement⁶⁰⁶. De facto, la discipline deviendrait centrale à tous les ordres et séparée de la structure interne de l'ordre qui a procédé à l'enquête.

Sans être aussi drastique que l'intégration des différents ordres professionnels en santé en un seul, on peut aussi favoriser la CI en permettant une meilleure intégration de la sanction des comportements nuisant à la CI. L'objectif ici est non pas d'évaluation dans le cadre de la discipline le comportement en fonction de ce que les pairs de la même profession considèrent comme un comportement acceptable, mais en fonction de ce qu'un groupe de professionnels de la santé considéreraient comme acceptable. Le comportement acceptable serait donc en fonction des membres de l'équipe de soins en plus des membres de la profession. L'avantage de cette approche est qu'elle permet de reconnaître que l'obligation de collaboration entre les professionnels est centrale à la protection du public et à la qualité des soins. Le désavantage est qu'elle nécessite que tous les membres du comité de discipline qui serait pertinent à l'instruction de la plainte connaissent les codes de déontologie de toutes les professions qui pourraient porter plainte à leur organisme disciplinaire, défi somme toute facilement surmontable en mettant sur pied une formation dédiée pour les syndics et membres des conseils de discipline.

Aussi, cela permettrait d'approcher la discipline des professionnels travaillant en équipe de manière plus cohérente avec la réalité de leur pratique : de manière interprofessionnelle. Comme nous l'avons écrit plus haut, une certaine proportion des plaintes liées aux soins sont des événements de communications ou de comportement incompatible avec la dignité

⁶⁰⁶ Steering Committee on Modernization of Health Professional Regulation, *supra* note 604 aux pp 16-18.

de la profession. L'analyse de ces événements en collégialité entre des représentants des professions concernées introduirait une transparence à ce que les professions de la santé doivent considérer comme des « comportements acceptables » dans le contexte de la CI. Un des autres avantages de soumettre l'organisme qui détermine la sanction, le conseil de discipline, à un organisme externe à l'ordre, comme au conseil interprofessionnel ou à l'office des professions, serait de promouvoir une indépendance transparente du ou des conseils face aux ordres elles-mêmes sans en limiter l'expertise.

En effet, il ne serait pas nécessaire de créer une autre instance dans le système professionnel pour rendre la discipline plus indépendante des ordres. Ce conseil de discipline pourrait exister sous l'égide de l'Office des professions ou sous celle du Conseil interprofessionnel. En respectant ce qui a été mis de l'avant en Colombie-Britannique, le plus naturel serait pour le gouvernement d'ajouter à l'Office, qui a déjà un mandat de surveillance dans l'administration réglementaire⁶⁰⁷ et budgétaire⁶⁰⁸ des ordres, un rôle actif de gestion des panels disciplinaires. Ce serait cohérent avec le rôle que la loi donne à l'Office des professions soit de s'assurer que les ordres assument leur responsabilité de protection du public⁶⁰⁹. Cependant, comme l'Office dépasse les limites du domaine de la santé, l'attribution d'un tel rôle de création et d'administration de la discipline devra spécifiquement se référer qu'aux ordres dont les membres sont du domaine des soins de santé et des services sociaux, ce qui pourrait techniquement se faire plus facilement sous l'égide du Conseil Interprofessionnel que sous l'égide de l'Office. Par contre, le choix du Conseil Interprofessionnel comme organisme responsable du soutien administratif et de la

⁶⁰⁷ *Code des professions, supra* note 13, arts 95 et suivants.

⁶⁰⁸ *Ibid*, arts 14 et suivants.

⁶⁰⁹ *Ibid*, art 12.

création des panels disciplinaires nécessiterait de lui donner des pouvoirs de surveillance et de gestion qu'il n'a pas actuellement.

Pour que la création d'un tel conseil de discipline soit possible, il faudrait modifier le Code des professions pour clairement favoriser voire permettre un tel comité. Comme le mentionne les auteurs Régis et Laverdière, « les règles actuelles n'interdisent pas aux responsables de différents ordres professionnels dont les membres exercent des activités connexes de coordonner certaines interventions, voire d'échanger de l'information »⁶¹⁰ Cependant, ce que nous proposons va au-delà de l'échange d'information ou de la coordination, il s'agit de l'administration conjointe d'une plainte dès que le syndic la juge recevable et la porte à la connaissance du conseil de discipline.

Le défi du double ancrage légal est ici particulièrement aigu : si les ordres en santé n'étaient majoritairement que sous l'égide du Code des professions, une fusion des conseils de discipline aurait pu se faire par une modification d'un seul texte. Au Québec, il faudrait faire une refonte majeure de plusieurs textes légaux et réglementaires pour réaliser la fusion des conseils de discipline des ordres des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des optométristes, etc.

⁶¹⁰ Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4 au para 29.

Section 2 L'équipe interprofessionnelle comme personne morale ou comment favoriser la CI par la structure de pratique et de responsabilité

Dans le chapitre 3, nous avons discuté qu'un aspect qui complexifie l'analyse de la responsabilité est l'absence de reconnaissance de l'équipe dans la sphère du droit civil⁶¹¹. Pour favoriser la CI, devrait-on reconnaître à l'équipe de CI formelle, comme celles qui existent dans les soins gériatriques ou la réadaptation, une existence légale, un statut de personne morale ?

Dans le scénario hypothétique où l'équipe en CI a effectivement un statut de personne morale, le patient pourrait alors contracter avec elle pour ses soins. L'avantage ici est que cette approche juridique de l'équipe peut se transférer à toutes les situations où la CI est relativement stable, la première ligne, les soins gériatriques, la réadaptation, les soins neurologiques, les soins intensifs, l'urgence... En contractant avec l'équipe, le patient n'a pas à se demander qui sera responsable de la situation : la personne morale est son co-contractant et donc responsable de tous ceux qu'elle introduit au contrat. En absence de contrat, le fait que l'équipe est une personne morale ouvrirait la porte à la notion de commettant momentané : l'équipe pourrait devenir le commettant momentané de tous membres de l'équipe qui travaille dans le contexte de l'équipe.

⁶¹¹ Voir chapitre 3 section 3.2

Cependant, pour que l'équipe soit considérée une personne morale, il faudrait que certains changements soient faits dans les lois qui organisent le travail dans l'établissement de soins de santé. La première modification majeure qui permettrait la création de la personne morale serait de changer le contrat de travail des professionnels faisant partie du personnel d'un établissement de soins de santé. Ils sont actuellement automatiquement soit des sous-contractants provenant d'agence de placement, soit des salariés de l'hôpital, mais ne peuvent avoir les deux statuts ou facturer des services privés à l'État comme le font les médecins. Il faudrait que l'équipe de CI soit analogue à une unité administrative indépendante de l'établissement, soumise aux mêmes règles syndicales, mais dont le personnel serait sien et sous-contracté à l'établissement. Il faudrait aussi dans ce contexte que le médecin, bien qu'il soit réputé ne pas faire partie du personnel de l'hôpital, puisse être considéré comme un sous-contractant de la personne morale « équipe interprofessionnelle ». La faisabilité d'une telle solution mériterait d'être explorée, mais semble très complexe et dépasse largement les limites de cette thèse.

Il reste que, historiquement, une solution élégante dans le contexte où l'augmentation des champs de pratique permet de plus en plus d'activités historiquement médicales soient réalisées par des professionnels autres que des médecins serait de rediscuter de la notion de « contrat hospitalier ». Nous ne rediscuterons pas ici de la nature peu volontariste de l'ensemble de l'échange de volontés dans le domaine du soin. Nous avons déjà établi plus tôt dans cette thèse que dans le contexte hautement administratif du soin au Québec, la nature consensuelle et volontariste des actions des médecins, du patient ou des établissements est quasiment inexistante⁶¹². Nous considérons aussi que la discussion sur la notion de contrat forcé dépasse les limites de cette thèse. La réintroduction de cette

⁶¹² Voir chapitre 3 section 3

notion permettrait surtout de mettre de côté l'historique « l'établissement ne peut être le commettant du médecin »⁶¹³ et d'introduire plus facilement la notion de solidarité interprofessionnelle dans le soin intrahospitalier. L'établissement par contrat deviendrait responsable de toute personne qu'elle introduit au contrat. L'existence d'un contrat de travail avec certains professionnels seulement n'aurait pas d'influence puisqu'il ne s'agit pas comme en responsabilité légale ou extracontractuelle de déterminer le commettant⁶¹⁴. Le contrat serait avec l'établissement de santé, établissement qui maintenant se compose de nombreuses installations et pourrait couvrir la majorité du continuum de soins dans une zone administrative donnée. Le contrat couvrirait donc majoritairement les soins, dont une partie des soins de santé de première ligne jusqu'aux soins de santé tertiaire.

Par l'introduction d'une responsabilité contractuelle hospitalière ou d'un régime particulier où le soin entier deviendrait légalement la responsabilité des établissements de soins, le médecin n'est plus analysé séparément du reste des professionnels. Le patient serait ainsi mieux protégé puisqu'il ne s'agit plus de poursuivre tous les éléments de l'équipe et après de nombreuses (et coûteuses) expertises, analyser tous les comportements pour tenter de déterminer la faute. Le patient n'aurait qu'un seul interlocuteur, un seul défendeur face à lui : l'établissement de soins. Le débat fréquent devant les cours du Québec entre qui est responsable de quoi, entre l'infirmière, l'inhalothérapeute ou le médecin deviendrait secondaire. Le demandeur pourrait pleinement maximiser les développements récents de la jurisprudence en prouvant que « le dommage subi ne se serait pas produit dans le cours ordinaire des choses »⁶¹⁵. La preuve à faire serait donc que le soin attendu ne pourrait avoir

⁶¹³ *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, *supra* note 412.

⁶¹⁴ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-31 à 2-33 Voir aussi chapitre 3 section 3.2.

⁶¹⁵ *Ibid* aux para 1-698.

donné le résultat-dommage qu'en présence d'un comportement fautif d'un des professionnels ayant participé aux soins. Cette présomption de fait, comme édicté à l'article 2847 C.c.Q.⁶¹⁶, s'appliquerait à un seul défendeur. Ce serait à lui de faire les expertises nécessaires pour prouver que lui et les personnes qu'il a introduites au contrat ou qui sont ses préposés se sont comportés comme des personnes physiques ou morales raisonnables, prudentes et diligentes⁶¹⁷. Un tel fardeau de preuve renversé dans le contexte où tous les soignants sont regroupés en une seule entité qui prend fait et cause pour l'ensemble du soin faciliterait la réparation du dommage et rendrait un peu de logique juridique à l'actuel débat « activités médicales versus activités hospitalières ». Bien que la réalisation d'un tel changement de paradigme soit peu probable, il nous semblait pertinent de discuter dans ces quelques lignes de cette solution pour favoriser la CI du point de vue de la responsabilité.

Section 3 Une obligation individuelle pour un fait collectif : la communication et la gestion de conflit dans les équipes.

Dans le contexte où aucun changement à la nature juridique de l'équipe ou au contrat hospitalier n'est fait, on pourrait alors explorer l'expansion des obligations individuelles de chaque professionnel de l'équipe ou du lieu de pratique qui détermine le contexte de soins, comme l'établissement de soins. Déontologiquement, nous avons déjà vu que tous les professionnels, en tant que partie de l'équipe, ont une obligation de collaborer.

⁶¹⁶ *Code civil du Québec, supra* note 178, art 2847: « [La présomption] qui concerne des faits présumés est simple et peut être repoussée par une preuve contraire; celle qui concerne des faits réputés est absolue et aucune preuve ne peut lui être opposée. ».

⁶¹⁷ Baudouin, Deslauriers & Moore, *supra* note 181 aux para 2-114 à 2-116.

Cependant, cette obligation est peu détaillée et la jurisprudence ne contribue pas à expliciter plus la signification de cette obligation puisque les seules décisions citant cette obligation relativement récente dans leur chef d'accusation ne se réfèrent à cette obligation qu'entre médecins et non pas dans une optique de CI⁶¹⁸. L'objectif de la discussion ici n'est pas d'augmenter le fardeau de responsabilité ou de changer l'intensité des obligations de chaque membre de l'équipe, mais plutôt de questionner comment la responsabilité peut en toute justice évaluer la problématique d'un fait d'équipe sans le morceler.

Remettre en question l'approche individualiste de la responsabilité dans le contexte d'une équipe n'ayant pas la personnalité juridique dépasse nettement les balises de cette thèse. Nous reprendrons donc le postulat individuel de l'évaluation des fautes et des liens de causalité. Cependant, en s'inspirant de quelques décisions canadiennes en common law, on peut concevoir une approche plus englobante de la responsabilité suite à une faute de communication ou de non-sécurité des règles internes de l'équipe.

Bien qu'elle ne porte pas sur la CI, la décision de la Cour d'appel du Nouveau-Brunswick *Saint John Regional Hospital v. Comeau*⁶¹⁹ est intéressante pour l'analyse de la notion de communication. Appartient-elle aux individus, parties de l'équipe, ou à l'institution qui met en place l'équipe ? M. Comeau s'est présenté à l'urgence avec une douleur thoracique importante. L'urgentiste a demandé en consultation l'interniste qui après son évaluation, a donné congé au patient sans consulter l'urgentiste, ce qui était contraire aux nouvelles

⁶¹⁸ *Médecins (Ordre professionnel des) c Place*, [2020] QCCDMD 23; *Médecins (Ordre professionnel des) c Colavincenzo*, [2019] CanLII 118833.

⁶¹⁹ *Saint John Regional Hospital v. Comeau*, *supra* note 440.

politiques de l'hôpital. Le patient est décédé par la suite d'une rupture d'anévrisme. Dans cette décision, les juges reconnaissent qu'il s'agit d'une problématique de communication, l'urgentiste n'aurait probablement pas laissé partir le patient avant une observation s'il avait été consulté avant le congé. Ils reconnaissent par contre que l'hôpital est ultimement l'entité responsable de la mise sur pied de ces procédures et donc de s'assurer de leur respect. Sans leur donner une obligation de résultat, pour les juges, l'hôpital n'avait pas agi diligemment dans l'implantation et le suivi des nouvelles procédures. Les filets de sécurités manquaient et l'importance donnée par l'organisation à ces procédures n'était pas suffisante. De manière analogue, on pourrait concevoir que les règles internes de toutes équipes de CI constituées dans le cadre de soins aux patients d'un établissement de soins de santé soient sous la responsabilité de l'établissement. Puisqu'il s'agit de la sécurité des patients, sécurité qui fait partie des obligations légales des établissements, il ne serait pas impossible de concevoir que la CI, du moins son fonctionnement et ses procédures, soit une responsabilité de l'établissement, tout en reconnaissant que cela reste, comme la sécurité, une obligation de moyen.

Section 4 Faciliter la CI en harmonisant les statuts dans le réseau de la santé et des services sociaux.

La dernière approche juridique qui doit être discutée pour faciliter la CI de multiples manières serait de repenser le statut des professionnels et particulièrement du médecin dans le système de soins de santé pour harmoniser le statut de tous les professionnels membre de l'équipe de soins. Actuellement, la position du médecin « dedans, mais dehors » c'est-à-dire partie intégrante du système, mais travailleur autonome facturant à l'État en tout temps, ancre dans de nombreux aspects légaux la hiérarchie entre les professions. Le

médecin comme professionnel est traité différemment des autres professionnels de l'équipe⁶²⁰. Bien que ceci comporte des avantages, les établissements de soins pouvant offrir certains développements sans que ceux-ci entrent dans leur budget de fonctionnement, le fait que le médecin ait un statut différent complique la gestion des équipes interprofessionnelles, limite l'imputabilité de l'établissement face à la CI en plus de compliquer la responsabilité associée à celle-ci⁶²¹.

La solution serait donc d'uniformiser le statut des professionnels, de faire du médecin travaillant en établissement un salarié de l'établissement, soumis au contrôle administratif de l'établissement au même titre que l'infirmière ou le physiothérapeute. Cette approche n'est pas inusitée, la France ayant un tel système tant dans le réseau d'établissements publics que dans le réseau d'établissements privés et les médecins y sont considérés comme des salariés au même titre que les infirmières⁶²². Il n'est pas en effet impossible juridiquement pour un même professionnel d'avoir plusieurs statuts, bien qu'actuellement la LSSSS interdise aux médecins, dentistes et sages-femmes de faire partie du personnel non-cadre de l'établissement⁶²³. Le double statut existe déjà virtuellement dans la pratique pour les psychologues et les infirmières, qui peuvent travailler en privé, payé par le patient

⁶²⁰ Le médecin n'est pas le seul professionnel à avoir ce statut de professionnel facturant dans la LAM : les optométristes, les dentistes et les sages-femmes sont aussi habilités à travailler hors des institutions publiques tout en facturant leurs services directement à l'assureur public pour certains groupes de patients spécifiques. Dans le cas actuel qui nous occupe, ces professionnels sont minoritaires dans les équipes interprofessionnelles hospitalières et ne sont pas discutés. Ils sont cependant d'excellent exemple de praticiens de première ligne, avec les médecins de famille, qui ont une flexibilité dans leur pratique pouvant pratiquer dans le système hospitalier public et hors du système hospitalier public sans imputer de frais au patient.

⁶²¹ Voir chapitre 3 section 3 et 4 à ce sujet

⁶²² Cécile Manaouil & Emilie Traullé, « Les fluctuations en matière de responsabilité civile du médecin salarié » (2006) 2006:81 *Médecine & Droit* 151-158.

⁶²³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux, supra* note 112, art 236.

ou par le GMF avec soutien du régime public, ou dans le public. Pour le médecin, cela se concrétiserait par le fait d'être employé de l'établissement lorsqu'il pratique en établissement et travailleur autonome facturant à l'État lorsqu'il ne l'est pas. La localisation de la pratique dans le domaine hospitalier public des soins sera plus un facteur de la spécialité : les chirurgiens et les anesthésiologistes pratiquant majoritairement en établissement, les dermatologues moins par exemple. Majoritairement, ceux qui auront le double statut le plus complexe seront les médecins de famille. Leur rôle central dans la première ligne et dans beaucoup d'établissements de soins dans les régions périphériques et rurales entraînera des pratiques hybrides entre l'établissement de soins et une pratique en clinique de première ligne à l'extérieur de l'établissement.

Ce double statut pourrait aussi être revendiqué par les autres professionnels, entre autres les psychologues, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les infirmières. En effet, actuellement, en raison de la structure de la LAM, beaucoup de professionnels membres du personnel des établissements de soins n'ont pas la possibilité de facturer à l'État des services donnés hors de ces établissements⁶²⁴. Malgré leur présence importante en première ligne, ils sont soit payés par le patient⁶²⁵, soit payés par l'établissement de soins public comme sous-traitant ou comme salarié. Ils n'ont pas officiellement un double statut de facturant à l'État et salarié de l'État. Un double statut uniforme parmi tous les professionnels de l'équipe de soins insufflerait pour l'État et tous les membres de l'équipe une flexibilité dans la prise en charge des besoins des citoyens.

⁶²⁴ Voir chapitre 3 section 4 et *Loi sur l'assurance-maladie*, supra note 484, art 1.

⁶²⁵ Le patient peut ensuite réclamer à l'assureur public dans certaines circonstances, réclamer à son assureur privé s'il en a un ou déduire les frais de ses revenus imposables.

L'avantage de cette approche pour favoriser la CI est multiple : en premier, cela permet de standardiser la gestion des équipes interprofessionnelles en assurant que tous les membres ont les mêmes balises administratives pour leur pratique, particulièrement intéressant pour les équipes interprofessionnelles intraétablissement. Tous les professionnels étant salariés de la fonction publique, les impératifs de l'horaire, de la relation à l'employeur seront les mêmes.

En second, cela permet au législateur de rendre imputable l'établissement de soins pour la réalisation d'une approche du soin qui est reconnue pour son impact positif. Actuellement, un changement dans la LSSSS prescrivant aux établissements de soins de fournir des soins interprofessionnels, similaire au mandat d'accès donné par les articles 5 et 6⁶²⁶, aurait peu d'effet. En effet, mandater de manière effective un établissement alors qu'il ne contrôle qu'une seule partie de l'équipe est un non-sens. En assurant que tous les membres de l'équipe interprofessionnelle sont sous l'égide de l'établissement, le législateur peut imputer un tel mandat, soit en modifiant la LSSSS pour l'ancrer dans la loi-cadre du système de santé, comme l'a choisi la Finlande⁶²⁷, ou en faire un indicateur spécifique lié à l'évaluation de la performance des établissements dans le contexte de l'article 5⁶²⁸.

⁶²⁶ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, supra note 112, arts 5 et 6; Robert P Kouri & Catherine Régis, « La limite de l'accès aux soins définie par l'article 13 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : véritable exutoire ou simple mise en garde ? » (2013) *Revue du Barreau*; Patrice Deslauriers, « La limitation des ressources : circonstance atténuante ou aggravante en matière de responsabilité médico-hospitalière ? » (2019) *Développements récents en droit de la santé* (Service de la Formation Continue du Barreau du Québec) .

⁶²⁷ *Health Care Act; Health care systems in transition: Finland*, by Jutta Järvelin et al, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001; Girard, « Interprofessional Collaborative Practice and Law », supra note 590.

⁶²⁸ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, supra note 112, art 5.

En troisième, elle abolit la hiérarchie perçue dans l'équipe tant intraétablissement qu'extraétablissement. En intraétablissement, aucun lien entre les employés ne serait présent, ceux-ci resteraient hiérarchiquement sous leur direction de soins. Les professionnels seraient donc entre eux égaux administrativement face à l'employeur. En extraétablissement, le médecin cesserait d'être le donneur d'ouvrage ou le prescripteur face aux assurances privées pour la couverture des autres professionnels par ces assurances. Tous les professionnels de l'équipe pourraient directement facturer à l'État via la RAMQ, comme le font déjà les dentistes et les optométristes pour certaines populations précises⁶²⁹, et ce, sans passer par une forme d'autorisation médicale.

En quatrième, cela permettrait une ouverture de la pratique autonome publique aux autres professionnels et donc une facilitation de la prise en charge interprofessionnelle en première ligne. Les services à domicile payés par l'État actuellement dépendent uniquement des CISSS puisque les professionnels comme les psychologues, les physiothérapeutes, les infirmières, ne peuvent facturer leur service à l'État, ils sont soit en privé, soit employés. De leur permettre le statut de facturant à l'État, comme les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens, ouvrirait une prise en charge de première ligne par des professionnels indépendants de l'établissement, mais sans frais directs au patient, qui pourraient se coordonner plus facilement et plus efficacement pour maximiser les soins.

Finalement, un avantage net de cette approche est son impact sur la responsabilité de l'équipe interprofessionnelle dans l'établissement de soins. En gardant l'approche

⁶²⁹ *Loi sur l'assurance-maladie, supra note 484, art 3; Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, RRRQ c A-29, r 5.*

extracontractuelle favorisée par la jurisprudence, cela permettrait aux tribunaux de diminuer l'importance donnée à la notion de commettant momentané pour les professionnels de la santé qui est actuellement favorisée par la jurisprudence et la doctrine québécoise⁶³⁰. Le contrôle administratif de l'établissement devient le même pour l'infirmière que pour le médecin, le juge devra donc considérer les deux comme des préposés de l'établissement pour respecter la logique présente dans la jurisprudence actuelle. En faisant de tous les professionnels des salariés ou des contractuels au sens du Code du travail lors de leur pratique en établissement, on normalise une situation juridique qui n'est basée que sur l'historique de la création du système de soin, sans apporter aux soins reçus par le patient une plus-value. De plus, ce changement de statut pourrait solidifier la position de certains experts sur le contrat hospitalier et résoudrait l'actuelle fiction juridique des actes médicaux versus hospitaliers, l'établissement étant responsable de ses employés dans ce contexte.

Conclusion du chapitre 5

En conclusion, il y a plusieurs avenues possibles pour permettre au droit de favoriser la CI. Chacune pourrait participer à faciliter le soin interprofessionnel ou diminuer les barrières existantes à ce type de soin. Cependant, leur implantation, mise en œuvre ou leur intégration nécessite d'importantes discussions entre les différents acteurs, discussions complexes tant au niveau politique que réglementaire. De plus, leur effet reste incertain

⁶³⁰ *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, *supra* note 412; Robert P Kouri, « «L'arrêt Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault et le contrat hospitalier occulté : aventurisme ou évolution?» » (2004) 35:1 *Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke* 307.

dans un contexte où les cliniciens, ces professionnels dont les comportements sont régulés par le droit, devront être éduqués à ces changements pour que ceux-ci s'opèrent.

Chapitre 6 : Améliorer la connaissance pour améliorer l'implication des professionnels dans la collaboration interprofessionnelle

Les chapitres précédents nous apprennent que l'environnement est complexe et surtout mal compris par ceux qui l'appliquent et le vivent. Ces résultats sont concordants avec la littérature⁶³¹. Les résultats empiriques de cette thèse montrent bel et bien un manque de connaissances des éléments du cadre juridique chez les médecins et infirmières sondés au Québec. Il serait bon dans ce contexte d'améliorer l'enseignement, et par ricochet ces connaissances, dès les premières étapes de formation interprofessionnelle.

Dans cette section, nous débiterons par discuter des conditions de formation, en termes de modèle pédagogique et de temporalité pour l'introduction des notions dans des cursus pédagogiques souvent déjà très chargés. Ensuite, nous nous intéresserons plus particulièrement au contenu essentiel qu'une telle formation devrait contenir, contenu que nous comparerons aux offres actuelles et à ceux proposés dans la littérature.

⁶³¹ Nelson, *supra* note 86; Preston-Shoot & McKimm, « Perceptions of Readiness for Legally Literate Practice », *supra* note 155; Preston-Shoot & McKimm, « Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education », *supra* note 86; Preston-Shoot & McKimm, « Prepared for practice? », *supra* note 86; Shah, *supra* note 86.

Section 1 : Les conditions de formation

La première question que le lecteur pourra se poser est simple : pourquoi doit-on enseigner le droit ? Les programmes pédagogiques des professions de santé sont déjà chargés et il faut donc s'assurer de la valeur ajoutée pour introduire le droit dans le curriculum. L'importance du droit dans le cadre de la pratique des professionnels en santé est difficile à nier : il s'agit d'un domaine de l'activité hautement régulée et les professionnels qui y travaillent seront inexorablement confrontés à des éléments juridiques⁶³². Un manque de connaissances du juridique n'est pas sans impact :

The lack of legal exposure in medical education carries consequences. For one, it leads to a deep suspicion and mistrust among physicians of the legal and regulatory systems. It has also been shown that physicians who don't understand the broad strokes of the legal landscape are prone to make risk-management decisions based on lore rather than fact—leading to the much-maligned practice of “defensive medicine”⁶³³

Cette importance est déjà partiellement reconnue de deux façons. La première, plusieurs programmes de profession de santé, notamment les programmes de pharmacie, de médecine dentaire et d'optométrie, ont des cours structurés siglés entièrement ou partiellement dédiés à l'enseignement des aspects juridiques de la profession⁶³⁴. La

⁶³² Nelson, *supra* note 86 à la p 14.

⁶³³ Shah, *supra* note 86 à la p 333.

⁶³⁴ En effet, à titre d'exemple, les facultés suivantes ont des cours de plus de 1 crédit dédié complètement ou partiellement à l'encadrement juridique de leur profession dans le programme initial menant à la licence professionnelle :

- les facultés de pharmacie de l'Université de Montréal (PHA-1215) et de l'Université Laval (PHA2051 et PHA2079) ;

seconde, plusieurs organismes d'agrément pancanadien qui émettent les standards pour les institutions d'enseignement supérieur à travers le Canada ont des standards relatifs à l'enseignement de cette matière. En effet, l'enseignement du droit et des normes légales de pratique devrait faire déjà partie dans l'essence de l'enseignement de la majorité des programmes de médecine et de nursing par le biais des standards d'agrément des programmes⁶³⁵. Cependant, ces standards fusionnent souvent l'éthique et le droit, ou donnent une préséance à l'éthique sur le droit dans l'apprentissage⁶³⁶.

Prenons l'exemple de la médecine. Nous avons vu au chapitre 1 de cet ouvrage quelques-unes de ces notions de structure d'enseignement, mais il nous semble impératif de faire ici un bref rappel. Deux organisations d'accréditation sont chargées au Canada d'accréditer le continuum d'apprentissage de la médecine. Au pré-gradué, l'agrément du programme de doctorat en médecine est accrédité par le Comité d'Agrément des Facultés de Médecine du Canada (CAFMC). Dans ses normes d'agrément, aucune obligation d'enseignement du

-
- les facultés de médecine dentaire de l'Université de Montréal (SAB-3051B), de l'Université Laval (MDD-1206, MDD-1207, MDD-2216) et de l'Université McGill (DENT-307, DENT-406, DENT-407) ;
 - l'école d'optométrie de l'Université de Montréal (DRT-1810s)
 - la faculté des sciences de la santé (ergothérapie) de l'Université de Montréal (ERT-3401), de l'Université Laval (ERG-003) et de l'Université du Québec à Trois-Rivières (ERG-1015)

⁶³⁵ Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC), *Normes et éléments du CAFMC: Normes d'agrément des programmes d'éducation médicale en vue de l'obtention d'un diplôme en médecine (MD)*, 2019; Consortium canadien d'agrément des programmes de résidence (CanRAC), *Normes générales d'agrément des programmes de résidence*, 2020; Canadian Association of Schools of Nursing/Association canadienne des écoles de sciences infirmières, *supra* note 98; Voir aussi Mohammad Azzam et al, « Interprofessional education-relevant accreditation standards in Canada: a comparative document analysis » (2021) 19:1 Human Resources for Health 66.

⁶³⁶ Voir entre autres à ce sujet Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC), *supra* note 635.

droit n'est mise de l'avant, mais il y a clairement un standard par rapport à l'enseignement de l'éthique qui se lit comme suit :

7.7 Éthique médicale

Le corps professoral d'une faculté de médecine veille à ce que le programme d'études en médecine comprenne, pour les étudiants en médecine, une formation sur l'éthique médicale et les valeurs humaines à la fois avant et durant leur participation à des activités de soins aux patients, et exige d'eux qu'ils fassent preuve d'un comportement éthique lorsqu'ils prodiguent des soins aux patients et interagissent avec les familles et autres intervenants impliqués dans les soins aux patients.⁶³⁷

Ainsi, les programmes de formation ont l'obligation que les étudiants en médecine apprennent l'éthique en absence de toutes obligations similaires pour les aspects juridiques. L'introduction de l'obligation d'enseigner les aspects juridiques n'apparaît qu'à la résidence, le niveau post-gradué de formation. En effet, le Consortium canadien d'agrément des programmes de résidence (CanRAC) mandate les programmes de résidence canadiens à enseigner les compétences CanMEDS⁶³⁸. On retrouve dans la compétence « Professionnel », l'importance des notions juridiques :

Engagement envers la profession

Cadres médico-légaux régissant la pratique : 3.1, 3.3

Codes de déontologie : 3.1

Conflits d'intérêts (d'ordre personnel, financier, administratif, etc.) : 1.4

Engagement envers les normes professionnelles : 3.1

Engagement envers la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité des soins : 2.1, 4.1

⁶³⁷ *Ibid* à la p 15.

⁶³⁸ Consortium canadien d'agrément des programmes de résidence (CanRAC), *supra* note 635 à la p 9.

Responsabilité à l'égard des organismes de réglementation de la profession médicale : 3.1

Responsabilité envers la profession, y compris l'évaluation par des pairs, le mentorat, la collégialité et le soutien : 3.2, 3.3, 4.3⁶³⁹

Cette instruction préférentielle de l'éthique peut renforcer une confusion entre éthique et droit en plus de minimiser l'importance du droit dans la pratique. De plus, comme l'instruction des aspects juridiques arrive tardivement dans l'exposition clinique (les étudiants ayant déjà plus de 2 ans de stages), ils peuvent déjà avoir acquis des biais face au droit, partiellement en raison du manque de connaissances juridiques des mentors⁶⁴⁰.

Une standardisation plus hâtive de l'enseignement du droit ouvrirait aussi la porte à un enseignement davantage interprofessionnel, avec un meilleur potentiel d'impact⁶⁴¹. En effet, les programmes menant à une certification et à une licence professionnelle sont de différente longueur et de niveau différent. Cependant une certaine harmonisation vers l'enseignement supérieur universitaire de premier cycle est en cours au Québec⁶⁴². Enseigner les connaissances juridiques au premier cycle universitaire, et en faire un élément d'accréditation de ce cycle, ouvrirait la porte à une uniformisation des

⁶³⁹ Jason R Frank et al, *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*, Ottawa, ON, Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 2015 à la p 26.

⁶⁴⁰ Johnston et al, « Study of Medical Students' Malpractice Fear and Defensive Medicine », *supra* note 570.

⁶⁴¹ Susan McNaughton, « The long-term impact of undergraduate interprofessional education on graduate interprofessional practice: A scoping review » (2018) 32:4 *Journal of Interprofessional Care* 426-435.

⁶⁴² Les inhalothérapeutes et les infirmières sont particulièrement impliquées dans ce dossier. Voir à ce sujet « Mot du président », en ligne: *OIIQ* <<https://www.oiq.org/l-ordre/mot-du-president>>.

connaissances juridiques parmi tous les professionnels et faciliterait ainsi l'introduction de l'enseignement du droit comme aspect de l'enseignement interprofessionnel.

1.1 Enseigner les aspects juridiques de la pratique interprofessionnelle : un aspect de l'enseignement interprofessionnel

Le contexte semble essentiel dans la transmission de connaissances. Nos données empiriques montrent une certaine différence entre les infirmières et les médecins dans les connaissances exprimées. Ces différences peuvent être secondaires justement à l'expérience contextuelle différente du droit en lien avec l'environnement de pratique. Cependant, ces différences peuvent aussi être secondaires à un enseignement monoprofessionnel véhiculant un curriculum propre ou plutôt une priorisation des savoirs juridiques en fonction de l'expérience interne de la profession. Cette deuxième hypothèse est soutenue par les sources pédagogiques rapportées par les professionnels, qui sont différentes entre les médecins et les infirmières et qui se rapportent à leur relation expérientielle avec le monde juridique.

Ainsi, nous proposons qu'en ce qui a trait à l'enseignement des normes juridiques entourant la pratique interprofessionnelle, cet enseignement doive se faire dans un contexte interprofessionnel, les participants recevant en simultané le même contenu pédagogique. L'interprétation de la norme devrait être une affaire d'équipe en santé et non pas en fonction de la profession d'attache. L'apprentissage des concepts et connaissances

juridiques en même temps assurerait aussi une uniformité à la base dans les connaissances.

Comme le mentionne Nelson :

Health care professionals, be they doctors, nurses, social workers, or occupational therapists, need to be conversant with the law. There will obviously be some variation in the level of understanding required and the types of law a specific individual needs to be aware of,¹⁴ but at a basic level, all need to be familiar with laws that might affect their patients and those that might affect the conduct of their relationships with their patients.⁶⁴³

Dans ce contexte, il ne faut pas négliger l'apport des étudiants en droit à cette équipe de soins et une vision globale de l'interprofessionnalité en droit de la santé devrait être appliquée en ce sens⁶⁴⁴. L'enseignement du droit interprofessionnel devrait donc inclure les étudiants en santé, dans leur processus d'apprentissage de la CI, mais aussi les étudiants en droit, dans leur processus d'apprentissage du droit de la santé. Cette approche n'est pas révolutionnaire en soi, car elle est très présente aux États-Unis⁶⁴⁵ :

Many health law courses also seek to harness the value of interprofessional learning by opening enrollment to both law and health professional students, or by having faculty co-instruction. As theorized in the U.S. scholarship, interprofessional study reveals that neither profession has a full understanding of the field, and thereby instills a humility in legal work, encouraging students to appreciate and think about the complexity of health care systems, the people who work in them and the conditions and cultures under which they work.⁶⁴⁶

⁶⁴³ Nelson, *supra* note 86 à la p 9.

⁶⁴⁴ Nola M Ries, « Conceptualizing interprofessional working – when a lawyer joins the healthcare mix » (2021) *Journal of Interprofessional Care* 1-10.

⁶⁴⁵ Elizabeth Tobin Tyler et al, « Medical-Legal Partnership in Medical Education: Pathways and Opportunities » (2014) 35:1 *J Legal Med* 149-178 à la p 163.

⁶⁴⁶ Joanna N Erdman, Vanessa Gruben & Erin Nelson, *Canadian health law and policy*, Toronto, Ont, LexisNexis, 2017 à la p 10.

Le grand avantage de mettre tous les étudiants ensemble dans l'apprentissage des connaissances juridiques en droit de la santé est donc l'acquisition de la notion de variabilité de perception, mais aussi de la mise en lumière de concepts universels : la notion de profession et sa signification face à la régulation en santé, la notion de complexité et d'interaction des règles de sources diverses dans la pratique des professions en santé⁶⁴⁷. Aussi, cela permet à tous les étudiants en santé de discuter franchement de l'encadrement légal assez tôt dans leur cursus de « prégradués »⁶⁴⁸.

Mais devrait-on séparer éthique et droit? Nos résultats semblent indiquer que les professionnels confondent les notions provenant de l'éthique et celles provenant du registre juridique, notions pourtant à portée différente. Le droit est une forme de « minimum acceptable », de fondation aux discussions éthiques qui transcendent la nature prescriptive et sanctionnable du droit⁶⁴⁹. Cependant, la validité de ces discussions éthiques se base sur une connaissance des fondations juridiques que les professionnels doivent utiliser. L'enseignement du droit dans le même cours que l'éthique peut donc porter à confusion pour le professionnel sans notion juridique. Comme le mentionne Erin Nelson :

One such pitfall is the likelihood that the result of such an approach may lead to a failure to understand the distinct role of the law as opposed to that of ethical decision-making. Another danger—given the existing emphasis on ethics (as contrasted with law) in health science curricula—is that there is great potential for students to view the discussion of ethics as more relevant, which might

⁶⁴⁷ *Ibid.*

⁶⁴⁸ Wong & Balasingam, *supra* note 88; Nelson, *supra* note 86.

⁶⁴⁹ Wong & Balasingam, *supra* note 88; Nelson, *supra* note 86.

create an impression that the legal rules are less important for them to understand.⁶⁵⁰

Ainsi, il semble plus adéquat pour assurer une compréhension maximale du droit de séparer éthique et droit et de commencer par le droit avant de s'intéresser aux principes éthiques. De multiples modèles pédagogiques existent actuellement dans les différents programmes de formation professionnelle en santé : comment le droit de la santé se greffe à ces modèles doit être discuté.

1.2 Les modèles pédagogiques potentiels

Étonnament, peu de littérature existe sur l'enseignement du droit en tant que tel. L'enseignement du droit de la santé dans les facultés de médecine a été le thème le plus étudié et nous pouvons en déduire certains principes sur la structure d'enseignement ou sur le contenu à enseigner. La littérature d'enseignement du droit historiquement s'est concentrée sur un modèle traditionnel de cours magistraux, que cela soit sous forme de séminaires ou de cours universitaires siglés d'une session⁶⁵¹. C'est une approche assez traditionnelle de l'enseignement du droit à des non-juristes. Bien que cette méthode soit la plus commune dans les facultés de droit, elle est maintenant de plus en plus rare dans les

⁶⁵⁰ Nelson, *supra* note 86 à la p 13.

⁶⁵¹ Nelson, *supra* note 86; Preston-Shoot & McKimm, « Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education », *supra* note 86.

facultés des professions de santé au Canada, qui souvent vont privilégier l'apprentissage plus ancré dans la réalité clinique ou la compétence⁶⁵².

L'enseignement par problème clinique, ou apprentissage par problème (APP) est depuis longtemps un des modèles les plus répandus dans les facultés de médecine québécoise. Cet apprentissage utilise des scénarios cliniques, la plupart fictifs, pour introduire des notions spécifiques et inviter l'étudiant à aller chercher les renseignements nécessaires pour résoudre la situation clinique ou les questions posées par le facilitateur. Il a aussi été utilisé en droit aux États-Unis par le biais de « clinique juridique », en utilisant cette fois-ci des situations réelles pour atteindre les mêmes objectifs de l'APP. Ce type d'approche a l'avantage de permettre à l'étudiant juriste de décortiquer les aspects légaux d'une situation donnée et de les rechercher par la suite dans le droit substantif pertinent⁶⁵³.

Dans le contexte de l'enseignement du droit interprofessionnel, une telle approche en APP appliquée à un groupe d'étudiants en santé et en droit serait donc idéale : les étudiants en droit seraient exposés à la complexité de l'application des règles de droit dans une situation clinique et les étudiants en santé comprendraient l'importance des règles de droit dans la détermination de leur pratique. C'est une application dans l'enseignement interprofessionnel du modèle de *Medico-legal partnership*, modèle qui a été développé pour discuter de l'impact du droit sur les inégalités en santé :

⁶⁵² Nguyen & Blais, « Approche par objectifs ou approche par compétences ? », *supra* note 82.

⁶⁵³ Kathleen G Noonan & Sarah Davis, « Law in Action: Learning Health Law through Experience with Stakeholders at the Patient and System Levels AALS Symposium Articles: Teaching Health Law Outside the Classroom » (2012) 9:2 *Ind Health L Rev* 559-566 à la p 563.

We define MLP education as the integration into the curriculum of content, skills, and an interprofessional, team-based orientation to healthcare consistent with the MLP model. Content includes the role of law and policy in constructing the social determinants of health and demonstration of how unmet legal needs contribute to health disparities. Skills include training in the assessment of patient health through a broad lens that incorporates social determinants and legal needs. A teambased orientation to healthcare includes practice in interprofessional, teambased problem-solving that focuses on screening for legal needs as part of a comprehensive approach to patient health. It also includes modeling of healthcare provider-lawyer partnerships to improve population health through systems and policy advocacy.⁶⁵⁴

Ces deux derniers modèles ont un principe en commun : une approche longitudinale. Plutôt qu'un enseignement à un moment spécifique et isolé, le MLP et l'APP intègrent les notions juridiques dans le cadre d'un contexte clinique qu'il soit réel, comme le MLP, ou inventé, comme l'APP⁶⁵⁵. Le principe de ces deux modèles est d'ancrer les notions juridiques dans un apprentissage clinique pour permettre à l'étudiant de mieux intégrer les notions dans sa future pratique et d'accélérer ainsi le développement d'une approche compétente et complète de situations cliniques complexes.⁶⁵⁶ Ces approches sont aussi retrouvées dans certaines facultés de droit et dans la littérature sous la thématique d'apprentissage expérientiel :

Alternative methods of interprofessional learning involve law students meeting with and learning from health care professionals as part of their legal research. These methods broadly adopt a practice-based study to health law, an effort to work law and to make law work within a particular context, the main focus of experiential methods of legal education

(...)

⁶⁵⁴ Tyler et al, « Medical-Legal Partnership in Medical Education », *supra* note 645 à la p 153.

⁶⁵⁵ *Ibid* à la p 166.

⁶⁵⁶ Erdman, Gruben & Nelson, *supra* note 646 à la p 10.

Interprofessional health law clinics, which bring together students from faculties of law, medicine, nursing, public health and social work, for example, further facilitate creative cross-disciplinary skills-building and problem-solving (e.g. incorporating medical and scientific evidence into legal fact finding and analysis.)⁶⁵⁷

Dans le contexte d'une vision inclusive de l'enseignement de la CI, un tel modèle, en incluant les juristes, pourrait être intéressant quoique plus complexe à implanter⁶⁵⁸.

Section 2 : Le contenu pédagogique

Que l'on choisisse le modèle de l'APP traditionnel, celui de la clinique MLP ou celui du cours magistral, le contenu devra être pertinent et refléter les besoins exprimés et non exprimés des futurs professionnels. Au Canada, nous n'avons trouvé qu'un seul exemple de formation pédagogique structuré sur les aspects juridiques dans le contexte de l'EIP⁶⁵⁹. Il s'agit d'un webinaire donné à l'Université Queens, en Ontario et disponible par le site internet de la faculté de soins infirmiers⁶⁶⁰. Avant partie intégrante de la formation interprofessionnelle, il ne semble plus faire partie de la formation suite à un remaniement de la structure.

⁶⁵⁷ *Ibid* à la p 11.

⁶⁵⁸ Ries, *supra* note 644.

⁶⁵⁹ Les cours de collaboration interprofessionnelle en santé de l'Université de Montréal (CSS-1900, CSS-2900 et CSS-3900), de l'Université Laval (FIS-4101, FIS-4102 et FIS-4103), de l'Université McGill (IPEA-500, IPEA-502) peuvent en effet contenir certaines discussions sur l'encadrement réglementaire de la pratique des professions mais aucun cours n'a comme objectif que les participants comprennent la source des obligations réglementaires et légales en CI ou qu'ils acquièrent la capacité de trouver cette information.

⁶⁶⁰ <https://nursing.queensu.ca/issues-health-care-legal-issues>

Du point de vue des livres didactiques pouvant aider les étudiants cliniques, un seul chapitre spécifique au droit de la pratique interprofessionnelle a été trouvé⁶⁶¹. Écrit dans le contexte unique du Canada anglais, il a une bonne lisibilité pour des cliniciens sans connaissances juridiques. Écrit par Lahey, Currie et Lafferty, trois juristes de Nouvelle-Écosse, ce chapitre est structuré comme suit :

- 1) Cas clinique
- 2) Objectifs d'apprentissage
- 3) Régulation et la pratique de soins de santé
 - a. La régulation des professions
 - b. La responsabilité et le tort law
 - c. La régulation des professions, la responsabilité et la pratique interprofessionnelle
 - d. L'autorégulation collaborative des professions
- 4) Les développements des politiques et du droit interprofessionnel
 - a. Les nouvelles approches provinciales en Ontario et en Nouvelle-Écosse
 - b. La position de l'ACPM quant à la collaboration et la responsabilité
- 5) Questions de révision
- 6) Exercices d'application

⁶⁶¹ Lahey, Currie & Lafferty, *supra* note 143.

7) Ressources additionnelles⁶⁶²

Cette structure est parfaite pour ancrer les connaissances juridiques dans un contexte clinique qui va résonner avec la méthode d'apprentissage habituelle des cliniciens. Cependant, deux aléas majeurs doivent être soulignés par rapport à l'objectif pédagogique que tenterait d'accomplir un tel support didactique. Le premier est que ce livre ne revient pas sur les notions de base du droit en général. Dans un contexte où les professionnels ont des notions du droit tronquées, l'interprétation des notions se fera en fonction des perceptions des cliniciens et non pas nécessairement en fonction de l'intention du législateur. De plus, les cliniciens ignorant les bases du droit seront démunis pour saisir les situations qui sont juste en droit, mais peuvent sembler illogiques en clinique. Le second aléa est lié au contenu lui-même. Bien que ce soit un excellent chapitre d'introduction, il exclut les particularités québécoises du droit interprofessionnel. Aussi, il se focalise sur les aspects de gestion des professions et la responsabilité, en mettant de côté les aspects de gestion hospitalière de la pratique des professionnels. Or, le droit entourant la santé et les professions est hautement provincial : compte tenu de la faible littératie juridique des professionnels de la santé, enseigner le droit de manière globale comme s'il était le même à travers le Canada peut confondre plus le clinicien que lui apporter des réponses.

Sur le thème plus général du droit de la santé, quelques ressources bibliographiques sont disponibles, mais sont principalement des livres faits pour les professionnels en pratique, s'adressant tant aux professionnels en santé qu'aux professionnels en droit. Bien qu'ils soient tous très pertinents, ils sont peu accessibles au clinicien sans connaissances sur le

⁶⁶² *Ibid.*

droit ou les politiques de santé. Or, l'objectif premier d'une formation en droit interprofessionnel est de s'assurer d'une base commune de connaissances en droit chez tous les professionnels de la santé qui font partie des équipes. Les livres de droit de la santé ou le chapitre portant sur la pratique interprofessionnelle ne vont malheureusement pas atteindre cet objectif du fait qu'ils excluent le Québec ou l'impact de l'organisation administrative des soins. Or, nous avons vu que notre échantillon a des lacunes importantes sur ces sujets. Il nous paraît donc important qu'une formation couvre ces lacunes en trois grands thèmes : les bases de la réglementation et du droit en santé, le droit se rapportant au contrôle externe de la pratique des professionnels en santé, le droit se rapportant au contrôle interne, incluant la déontologie des professionnels de la santé⁶⁶³.

2.1 Les bases de la réglementation et du droit en santé

Les bases du système juridique doivent être avant tout comprises pour permettre au clinicien de naviguer et comprendre les règles que le système juridique produit. Nous avons vu dans le cadre des aspects qualitatifs de la recherche que les participants avaient de la difficulté à organiser ou prioriser les règles qui s'appliquaient à une pratique interprofessionnelle. Plus spécifiquement, la nature et la production des éléments juridiques et les règles entourant le financement des éléments du système semblaient les plus incomprises. Un programme de formation au droit pour une équipe interprofessionnelle devra donc inclure :

- 1) La différence entre une loi, un règlement, une règle interne et un guide explicatif

⁶⁶³ Shah, *supra* note 86.

- 2) Les règles de procédure liées à l'interaction avec le système juridique
- 3) La nature de l'environnement juridique complet du système de santé
 - a. Les lois administratives
 - b. Les lois de financement
 - c. Les lois et règlements professionnels
 - d. Les lois structurantes du travail
 - e. Les bases de la responsabilité

Une fois les bases comprises par les cliniciens, un curriculum de droit interprofessionnel pourra couvrir les deux fonctions essentielles du juridique pour les professionnels : le contrôle externe de leur pratique, c'est-à-dire le contrôle par l'environnement et les procédures, et le contrôle interne de leur pratique, c'est-à-dire le contrôle par les ordres professionnels et la déontologie. Ces deux grands pans de la connaissance juridique appliquée peuvent être facilement contextualisés avec des scénarios cliniques pour en faciliter l'apprentissage.

2.2 Le droit se rapportant au contrôle externe de la pratique des professions

Le contrôle externe englobe l'ensemble des lois organisant le système de soins de santé où les professionnels exercent leur art et la régulation de ce système. Deux grands groupes sont donc identifiables : les lois déterminant les obligations civiles des professionnels et

les lois organisant le système de soins de santé. Pour les obligations civiles, cela se résume à deux grands principes : le consentement aux soins et la responsabilité, des éléments dont la source principale est le Code civil du Québec. Les cursus pédagogiques actuels sont déjà bien fournis à ce sujet, mais ont le défaut d'être très monoprofessionnels : les médecins et les infirmières apprennent en silos les obligations qu'ils ont pourtant globalement face au patient. Un curriculum de droit interprofessionnel devra donc revenir aux bases des concepts :

- 1) Les obligations civiles des professionnels en santé au Québec
 - a. Le principe du consentement et l'intégrité des personnes
 - b. Le suivi et la communication en équipe
 - c. Le traitement, de la prescription à l'exécution
 - d. La confidentialité des données
- 2) La procédure en responsabilité
- 3) La divulgation des événements indésirables

Les lois organisant et finançant le système de soins de santé sont souvent le parent négligé dans l'enseignement du droit. Nous pensons que le fait que les principales sources d'apprentissage du droit soient des organismes (compagnies) d'assurance ou des ordres professionnels contribue à cette situation problématique. Selon nos résultats, les aspects organisationnels sont pourtant des éléments significatifs pour les cliniciens. Leur manque de connaissance sur l'ensemble de l'environnement juridique fait en effet des aspects organisationnels des éléments plus concrets dans leur pratique régulière : ces aspects régulent leur quotidien de manière plus claire et immédiate (qu'est-ce que mon employeur me permet de faire, quel comportement entraînera une sanction administrative de mon

supérieur immédiat) que leur ordre ou le Code civil. Cependant, ce sont les éléments les plus variables dans le réseau : ils sont dépendants en partie des conseils d'administration et donc des règlements et politiques internes de chaque établissement. L'objectif n'est pas dans un seul curriculum d'enseigner le contenu de chaque règle interne, mais, compte tenu de la faiblesse des connaissances générales juridiques, enseigner certaines notions de base semble essentiel. Celles-ci devraient être, entre autres:

- 1) Le processus de production de règlement interne par le conseil d'administration des établissements;
- 2) Le poids des politiques internes versus les règles d'utilisation des ressources et les sanctions administratives;
- 3) La notion de salarié et de non-salarié ainsi que son impact sur le contrôle par l'organisation;
- 4) Les relations entre les établissements de soins et les ordres professionnels.

2.3 Le droit se rapportant au contrôle interne de la pratique et la déontologie

Le contrôle interne de la pratique comprend les règlements qui touchent intimement les décisions de pratique du professionnel dans son contexte clinique. Les obligations déontologiques, la relation avec la qualité de pratique, la prise de décision éthique dans un contexte légal flou. C'est essentiel dans une pratique en CI d'avoir une connaissance juste du droit sur ces aspects puisqu'ils vont baliser bon nombre de situations cliniques à risque de conflit soit entre professionnels ou entre les soignants et les patients ou leurs aidants naturels. Nous avons vu dans notre questionnaire que les participants mêlent éthique et

droit, nous en avons d'ailleurs discuté brièvement dans ce chapitre. Ce manque de distinction entre les éléments peut porter à confusion dans une pratique en équipe, car chaque membre de l'équipe n'aura pas les mêmes valeurs ou la même approche. Ces conflits naturels peuvent avoir plusieurs solutions, mais ils doivent se résoudre à l'intérieur des limites du droit. D'où l'importance de connaître les balises légales initiales où la réflexion éthique doit avoir lieu : on peut discuter plus aisément d'une situation problématique quand les « règles du jeu » sont clairement connues. L'objectif dans un curriculum n'est pas de couvrir toutes les règles, surtout dans un contexte d'enseignement à un groupe interprofessionnel, mais plutôt d'exposer les aspects communs à tous les professionnels et d'amorcer une discussion dans une équipe interprofessionnelle sur les obligations déontologiques que chaque membre de l'équipe a face à sa profession, son ordre et ses collègues.

Ainsi, cette partie du curriculum devrait comprendre entre autres ces éléments :

- 1) Les obligations déontologiques communes à tous professionnels de la santé
 - a. La notion d'atteinte à la dignité de la profession
 - b. L'obligation de collaborer avec l'Ordre et avec ses collègues
 - c. L'obligation de respect des pratiques reconnues par les pairs
 - d. L'obligation de ne pas participer aux pratiques nuisibles aux patients
 - e. Le respect du secret professionnel⁶⁶⁴

⁶⁶⁴ Ces obligations sont en effet présentes dans la majorité des codes de déontologie. Voir à ce sujet en exemple *Code de déontologie des médecins*, supra note 357; *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, supra note 344.

- 2) L'évaluation de la pratique d'une équipe
 - a. L'inspection professionnelle
 - b. La discipline
 - c. Les mécanismes administratifs d'évaluation
- 3) Le professionnel et les réseaux sociaux

Ainsi, un cours de droit à tous les professionnels de la santé doit avoir pour objectif que tous les membres de l'équipe interprofessionnelle aient les mêmes bases et notions de droit. Pour ce faire, un tel cours doit couvrir l'ensemble des règles de droit qui ont un impact sur la structure de la pratique professionnelle et sur son contenu. Cet apprentissage doit être fait dans l'esprit de l'éducation interprofessionnelle dans un apprentissage commun idéalement. Cependant, reconnaissant le défi que représenterait l'organisation d'un tel apprentissage dans le contexte actuel de la formation des professionnels au Québec, le même objectif pourrait être atteint en s'assurant que tous les professionnels de la santé soient exposés à un cours de droit couvrant les mêmes notions centrales.

Conclusion de la partie 3

Bien que le droit ne limite pas explicitement la pratique interprofessionnelle au Québec, des changements potentiels pourraient s'appliquer à l'encadrement juridique actuel pour favoriser cette pratique entre les professionnels de la santé québécois. Ces changements sont nombreux et peuvent être vus comme des éléments reliés entre eux, directement ou indirectement. La première avenue à considérer est de rationaliser l'organisation des régulateurs professionnels et prendre exemple sur les efforts en Colombie-Britannique et en Australie. Les ordres au Québec font des efforts non négligeables pour mettre de l'avant la collaboration. Cependant, leurs structures légalement fixées en silos monoprofessionnels font que ces efforts se concrétisent rarement en initiative significative. Un regroupement, même seulement administratif, des ordres en santé permettrait de mettre en place une structure soutenant les initiatives de collaboration et retirerait une des barrières trop souvent identifiées à la CI. Ce regroupement peut être un défi politique par contre.

Une autre avenue moins politique pour les acteurs du milieu serait de réviser les aspects de la responsabilité liés à la pratique interprofessionnelle. Avec les paramètres actuels, chaque action de l'équipe est décortiquée et attribuée à un individu spécifique, l'équipe n'existant pas au sens de la loi. Pour résoudre ce problème, deux solutions sont possibles. Premièrement, le législateur pourrait décider de faire reconnaître l'équipe de soin au sens du Code civil en lui octroyant la personnalité juridique comme une personne morale. L'équipe pourrait donc être vue comme un collectif plutôt que comme la simple somme des professionnels qui la compose. En second, sans nécessairement modifier le droit, les juges pourraient décider d'attribuer à l'environnement de pratique (comme l'établissement de soins) la responsabilité finale des tâches d'équipe commune comme la communication

et les règles de gestion des équipes, comme l'ont fait certains dans des décisions canadiennes de common law. Puisque la responsabilité est un écueil notable à la CI du point de vue des cliniciens, cette approche a un haut potentiel de faciliter la CI.

Finalement, la dernière avenue est la plus politique, mais celle dont les retombées ont le potentiel d'être les plus positives : repenser l'organisation des professionnels dans le réseau de la santé. Actuellement, le statut différent des professionnels dans l'équipe (les médecins travailleurs autonomes, les autres professionnels employés ou contractuels) crée des standards organisationnels différents et donc, des incitatifs différents à la CI. Bien que tous les soignants aient le désir clair de favoriser le soin aux patients, ils ne travaillent pas dans la même réalité organisationnelle, ce qui nourrit les frustrations et les incompréhensions. Harmoniser les statuts en fonction des lieux de travail peut se faire en donnant à tous les professionnels le statut d'employé lorsqu'ils pratiquent intraétablissement et le statut de travailleur autonome facturant à l'État lorsqu'ils pratiquent en dehors de l'établissement. Cela permettrait à tous les professionnels d'avoir les mêmes incitatifs administratifs dans leur pratique, mais aurait aussi un impact sur la notion de responsabilité puisque le médecin, historiquement analysé à part en raison de son statut de travailleur autonome, deviendrait dans l'établissement un employé professionnel comme les autres, soumis aux mêmes règles d'analyse de la responsabilité pour le fait d'autrui. Toutes ces avenues ont le potentiel d'améliorer la position de la CI dans le droit, de limiter au maximum les barrières et même de favoriser explicitement cette pratique.

Cependant, une question préalable à ces changements juridiques doit se poser. Puisqu'actuellement le droit n'empêche en rien la CI, peut-être que la première solution à la situation actuelle est de contrer la méconnaissance du droit chez les cliniciens. En effet, ces acteurs importants ont des lacunes importantes en ce qui a trait à la compréhension du

droit. Le système de santé et les professionnels qui le composent commencent à peine à pleinement utiliser les changements majeurs au système professionnel du début des années 2000. Les modifications juridiques que nous avons proposées en début de chapitre n'auront qu'un effet limité si les professionnels ne les apprennent pas correctement et si on ne corrige pas les manques actuels dans les perceptions du droit. Sans enseignement des bases du droit aux acteurs du réseau, l'interprétation que feront ces derniers de tout changement sera tributaire de leur perception tronquée ou de l'agenda de l'organisation qui leur fera cet enseignement.

Alors, pourquoi ne pas reconnaître l'importance pour les médecins et les infirmières, de connaître le droit, l'ensemble du droit qui les touchent, comme dans certaines juridictions comme les États-Unis ou comme pour certaines professions, comme les dentistes, les optométristes et les pharmaciens ? Les médecins et les infirmières doivent apprendre les bases du droit pour en comprendre les principes, le droit contrôlant la structure externe de leur pratique, comme la responsabilité et les lois administratives du réseau de la santé, et le droit contrôlant la structure interne de leur pratique, comme les lois professionnelles et les principes centraux de consentement et d'inviolabilité de la personne. Il faut que les programmes pédagogiques actuels des professions de la santé reconnaissent collectivement que le droit touche également tous les professionnels et que tous les professionnels devraient avoir le même enseignement sur ce sujet.

En conclusion, la pratique interprofessionnelle est reconnue maintenant comme une pratique à favoriser. Le droit ou la compréhension que les professionnels de la santé ont du droit ne devrait pas être un facteur limitant cette pratique : ce devrait être un facilitateur, un promoteur inlassable de ce qui est le mieux pour le patient. Nous devons donc comme

société nous questionner et résoudre cette énigme : changement du droit, éducation des cliniciens ou les deux...

CONCLUSION

Pratiquer en collaboration interprofessionnelle (CI), c'est-à-dire travailler avec plusieurs professionnels, avec des formations et des expériences diverses, et avec le patient dans un objectif commun de santé, est un défi aux multiples facettes⁶⁶⁵. Depuis maintenant plus de dix ans, c'est pourtant un mode de pratique important pour la pérennité et l'efficacité des systèmes de soins, mais son application généralisée tarde. Comme toute approche de soin innovante, la CI a le potentiel de perturber l'écosystème complexe dans lequel elle s'imbrique. C'est son premier défi, car contrairement aux modifications de protocoles et avancées technologiques qui conservent les positions des professionnels entre eux, la CI porte en elle son potentiel perturbateur : elle s'attaque aux hiérarchies professionnelles, conteste le leadership historique pour favoriser une adaptation de ce leadership aux besoins du patient, et tente de recentrer le soin sur l'équipe, en incluant le patient comme un membre actif⁶⁶⁶.

Dans le contexte de ces problèmes d'implantation, les chercheurs intéressés à la CI ont décortiqué les facteurs perturbateurs principaux qui expliquent en partie la difficulté de la CI à se généraliser. Ces études ont ainsi démontré que la perturbation induite par la CI est plus que culturelle et touche de nombreux paradigmes qui ont percolé dans la structure juridique et son interprétation. Or, la structure juridique et son interprétation sont des

⁶⁶⁵ Emmanuelle Careau et al, « Health leadership education programs, best practices, and impact on learners; knowledge, skills, attitudes, and behaviors and system change: a literature review » (2014) *Journal of Healthcare Leadership* 39-50; Gilbert, Yan & Hoffman, « A WHO report », *supra* note 2; Laverdière, Marco & Régis, Catherine, *supra* note 4.

⁶⁶⁶ Bourgeault & Mulvale, « Collaborative health care teams in Canada and the USA », *supra* note 3.

notions liées, mais pas équivalentes quand on s'intéresse aux effets du droit dans le domaine des soins de santé. Les théoriciens des approches sociojuridiques ont postulé leur existence distincte et leur relation étroite. L'étude du seul droit dans les livres (*law in the books*) n'est pas suffisante pour la détermination de son impact sur une situation sociale⁶⁶⁷. Il faut donc faire l'analyse spécifique de l'encadrement juridique tel que conçu par les juristes, mais aussi l'analyse spécifique de l'encadrement juridique tel que conçu par les professionnels cliniciens non-juristes qui l'appliquent et le vivent⁶⁶⁸.

L'évaluation de l'impact du droit sur la CI nécessite l'étude du droit et l'étude de l'utilisation du droit par les professionnels qui sont parties prenantes de la CI puisque ces professionnels, en donnant au droit un sens concret en accord avec ce qu'ils croient juste, modifient l'application du droit. Ces groupes professionnels ne sont pas nécessairement en position de gestion au sens propre, mais ils ont une autorité sur le processus du soin et la concrétisation de la CI. Ce sont des groupes importants qui par leur présence influent de manière importante la recherche de signification des organisations dans l'application du droit. Au Québec, on peut placer les groupes professionnels des infirmières et des médecins dans cette catégorie. Ainsi, pour explorer pleinement l'interaction entre le droit et ces professionnels, une approche méthodologique innovante combinant un questionnaire web distribué largement sur le territoire québécois et une recherche juridique rigoureuse ont été utilisées. Cette approche en méthode mixte a permis de faire plusieurs constats.

⁶⁶⁷ Stryker, *supra* note 36; Heimer, « Competing Institutions », *supra* note 61; Katherine C Kellogg, « Making the Cut: Using Status-Based Countertactics to Block Social Movement Implementation and Microinstitutional Change in Surgery » (2012) 23:6 Organization Science 1546-1570.

⁶⁶⁸ Heimer, « Competing Institutions », *supra* note 61; Kellogg, *supra* note 35.

Le plus significatif touche l'approche que les chercheurs doivent prendre dans le cadre d'une recherche en droit lorsque la question de recherche s'intéresse à une pratique clinique. L'étude de l'encadrement juridique d'une pratique clinique comme la CI doit être vue d'une manière globale : une analyse isolée des éléments venant par exemple du droit professionnel, de la responsabilité ou de la structure administrative ne permettrait pas de refléter la réalité clinique des professionnels qui doivent appliquer tous les éléments venant du droit en simultané. Analyser chaque fragment isolément ne donne qu'un portrait incomplet en raison de l'interrelation entre plusieurs éléments de cet encadrement. Par exemple, la détermination des rôles dans une équipe n'est pas la conséquence des champs de pratique et activités réservés seuls, il est aussi dépendant des politiques internes de l'établissement de soins de santé. Aussi, le leadership dans l'équipe est le résultat d'une interaction complexe entre les champs de pratique, la responsabilité civile, les règlements gouvernementaux et locaux imposant des rôles précis dans le continuum de soins. Ces éléments pris isolément ne limitent pas en soi la CI, mais leur interaction peut mettre un frein à l'implantation de la pratique. Bien que pour le juriste, ces éléments puissent être mineurs ou triviaux, ils ne le seront pas nécessairement pour le professionnel de soin sur le terrain.

Cette compréhension limitée ou erronée du droit chez les professionnels de soin est le second élément significatif qui a été mis au jour dans cette étude. Les connaissances juridiques et la perception du droit des professionnels de la santé sont assez éloignées de celles des juristes. De plus, leur priorisation des éléments juridiques n'est pas la même que les juristes. Ce constat a un fort potentiel d'impact sur le résultat de tout changement juridique. Par exemple, les médecins et les infirmières ont une notion variable de leurs activités réservées ce qui a un double impact : cette méconnaissance limite l'impact que les changements de lois auraient et cela crée une variabilité de l'application du droit dans

la province. De plus, ces mêmes professionnels priorisent implicitement les politiques internes des établissements dans l'application de leur champ d'exercices et dans la réflexion sur leur responsabilité. Comme ces politiques internes ne sont pas uniformes dans la province, cela ajoute une confusion face au droit quand il y a mouvement de personnel ou confusion entre la notion de compétence légalement déterminée de par les champs de pratique et la compétence clinique acquise par l'expérience et la formation clinique.

Le dernier élément significatif mis au jour est la méconnaissance des principes de la responsabilité qui pousse les professionnels à jouer le jeu de la fragmentation fermée des séquences de soins. La question n'est pas de quoi l'équipe serait imputable, mais bien qui singulièrement serait responsable de quoi. Leur perception de l'augmentation de la responsabilité lorsqu'on travaille en équipe, du standard de pratique qui est déterminé par le continuum usuel de soin de leur établissement, des responsabilités communes à l'équipe très limitée et leur vision hiérarchique de la responsabilité face au patient sont des indicateurs de leur position de type « avec le droit ». Les professionnels ont donc une propension à augmenter leur responsabilité lorsqu'ils se perçoivent en position d'autorité ou responsable de l'équipe entière, et à modifier leur standard de pratique en fonction d'éléments liés aux procédures de l'établissement. Cette attitude est le résultat de plusieurs éléments interreliés: une méconnaissance intrinsèque des principes de la responsabilité et de la jurisprudence, un biais implicite dans l'acquisition de ces connaissances chez les principales sources de connaissances, les assureurs pour les médecins et l'ordre professionnel pour les infirmières, et une interaction peu fréquente avec le système juridique qui se limite à des situations conflictuelles et adversariales.

Ainsi, comment atteindre l'objectif de tous, professionnels de soin, gestionnaire et juristes, de faciliter la CI comme pratique clinique de qualité ? Dans le contexte actuel, un seul

changement du droit n'aura que des effets limités s'il n'est pas accompagné d'un enseignement complet des principes du droit pour que les professionnels puissent utiliser correctement celui-ci. Aussi, toute modification devra s'attaquer plus qu'au seul contenu des champs de pratique ou des activités réservées. Une réflexion globale devra être amorcée sur les piliers du système de soins comme le statut particulier du médecin comme travailleur autonome dans l'établissement, l'impossibilité pour plusieurs professionnels d'agir comme travailleur autonome facturant à l'État hors des établissements, la gestion en silos des ordres professionnels et l'ancrage médical du continuum de soins.

Ce champ de recherche est encore embryonnaire. Les interactions dans le contexte de recherche entre les disciplines juridiques et cliniques sont encore trop peu nombreuses. Plus d'études seront nécessaires pour vraiment explorer en profondeur la relation entre le droit et l'agir des professionnels, pour différencier finement la compréhension, l'interprétation, l'appropriation et la connaissance des éléments juridiques par les non-juristes, et surtout pour déterminer l'impact in situ sur le comportement observé et non rapporté. Ce champ d'études est essentiel à assurer que les efforts mis dans la modification de l'encadrement juridique ne frappent pas le mur de la pratique des professionnels. La CI est un des éléments qui soutiendra la pérennité du système de soins de santé publique, elle est bénéfique pour le patient, il temps de s'assurer de son implantation.

Bibliographie

Lois, règlements et décrets

A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-030 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 29 avril 2020, Gazette officielle 2020, 19A.

A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-034 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 9 mai 2020, Gazette officielle 2020, 20A.

A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-037 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 14 mai 2020, Gazette officielle 2020, 21A.

A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-039 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 22 mai 2020, Gazette officielle 2020, 22A.

A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-087 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 4 novembre 2020, Gazette officielle 2020, 46A.

A.M., 2020 Arrêté numéro 2020-099 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 3 décembre 2020, Gazette officielle 2020, 50A.

Health Care Act.

Health Practitioner Regulation National Law (NSW).

Health Practitioner Regulation National Law (Victoria) Act 2009.

Code civil du Québec, CQLR CCQ-1991.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, RLRQ c I-8, r 9.

Code de déontologie des médecins, RLRQ c M-9, r 17.

Code de procédure civile, RLRQ c C-2501.

Code des professions, RLRQ c C-26.

Health Professions Designation and Amalgamation Regulation, BC Reg 270/2008, las

amended by BC Reg 128/2020.

Loi canadienne sur la santé, LRC 1985 c C-6.

Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ c S-320001.

Loi médicale, RLRQ c M-9.

Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé, LQ 2020 c6.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, LQ 2002 c33.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, LQ 2009 c28.

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-72.

Loi sur l'assurance-hospitalisation, RLRQ c A-28.

Loi sur l'assurance-maladie, RLRQ c A-29.

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, RLRQ c E-120001.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ c I-8.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-42.

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, RLRQ c S-5.

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, RRRQ c A-29, r 5.

Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute, RLRQ c M-9, r 6.

Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, RLRQ c M-9, r 12001.

Règlement sur les aides auditives et les services assurés, RLRQ c A-29, r 2.

Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, RLRQ c A-29, r 4.

Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du certificat de spécialiste d'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ c I-8, r 1301.

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 201.

Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées, RLRQ c M-9, r 231.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RLRQ c S-5, r 5.

Jurisprudence

Association des chiropraticiens du Québec c Office des professions du Québec, [2005] QCCA 189.

Ban c Centre universitaire de santé McGill, [2005] CanLII 12602, 2005 CanLII 12602.

Caron c Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) (Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)), [2006] QCCS 3293.

Centre de santé et de services sociaux de la Côte-de-Gaspé c Gauvin, [2011] QCCS 6444.

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières c Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec (SPDNQ), [2005] QCCA 278.

Centre local de services communautaires Châteauguay et Syndicat des travailleurs du Centre local de services communautaires Châteauguay, [2002] SOQUIJ AZ-02145102 .

Chartier et Chartier c Laramée, [1969] RCS 771.

Collège des médecins du Québec c Galipeau, [2007] QCCQ 6585.

Collège des médecins du Québec c Galipeau, [2008] QCCS 2983.

Couture c Fabrique de la paroisse de Saint-Henri, [2013] QCCS 1398.

Crawford c Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS), [1980] JE 80-967.

Duval c Tribunal des professions, [2010] QCCS 339.

Hébert c Centre hospitalier affilié universitaire de Québec — Hôpital de l'Enfant-Jésus, [2011] QCCA 1521.

Hôpital de l'Enfant-Jésus c Camden-Bourgault, [2001] RJQ 832.

Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c Perreault, [2007] CanLII 82921.

Lachambre v Nair et al, [1989] 2 WWR 749.

Laurendeau c Centre hospitalier de LaSalle, [2015] QCCS 1923.

Leroux c Hôtel-Dieu d'Arthabaska, [1990] RRA 378, REJB 1990-76605.

Mario Giroux c Centre hospitalier Régional de Trois-Rivières, [2012] 1611 QCCA .

Médecins (Ordre professionnel des) c Colavincenzo, [2019] CanLII 118833.

Médecins (Ordre professionnel des) c Malo, [2021] QCCDMD 25.

Médecins (Ordre professionnel des) c Place, [2020] QCCDMD 23.

Médecins (Ordre professionnel des) c Therrien, [2017] CanLII 18812.

Morin c Blais, [1977] 1 RCS 570.

Ordre des podiatres du Québec c Auger, [2002] CanLII 38960.

Pauze v Gauvin, [1954] SRC 15.

Saint John Regional Hospital v Comeau, [2001] NBCA 113.

Syndicat des travailleuses et travailleurs en réadaptation de la Montérégie-Ouest (CSN) c Services de réadaptation du Sud-Ouest et du renfort – le centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO), [2016] CanLII 27045.

Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec (FIQ) et Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec), [2014] CanLII 60097.

Tabah c Liberman, [1990] RJQ 1230.

Thomas c Chiropraticiens (Ordre professionnel des), [2000] RJQ 625, AZ-50069797; EYB 2000-16636.

Tremblay c Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine, [2017] QCCS 1727.

Ouvrages, thèses, dictionnaire

Abbott, Andrew, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, University of Chicago Press, 1988.

Banting, Keith G & Stanley M Corbett, dir, *Health policy and federalism : a comparative perspective on multi-level governance*, Montréal :, McGill-Queen's University Press, 2002.

Baudouin, Jean-Louis, Patrice Deslauriers & Benoît Moore, *La responsabilité civile*, 8e édition éd, Cowansville, Québec, Canada, Éditions Yvon Blais, 2014.

Canadian Association of Schools of Nursing/Association canadienne des écoles de sciences infirmières, *CASN ACCREDITATION PROGRAM STANDARDS*, Ottawa, Canadian Association of Schools of Nursing, 2014.

Clavel, Nathalie, Régis Blais & Jean-Louis Denis, *Leadership dans le contexte de transformation des organisations de santé de première ligne au Québec : étude de la création et de l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF)* (mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 2013) [unpublished].

Collège des médecins du Québec et al, *L'AIDE MÉDICALE À MOURIR*, Montréal, Collège des Médecins du Québec, 2019.

———, *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*, Montréal, Collège des Médecins du Québec, 2018.

Collège des médecins du Québec (Montréal), *Pour un partenariat réussi MD-IPS [infirmière praticienne spécialisée]: guide à l'intention du médecin*, Montréal, QC, Collège des Médecins du Québec, 2019.

Collèges des Médecins du Québec, *CADRE D'ANALYSE DES DEMANDES DE PARTAGE D'ACTIVITÉS MÉDICALES*, Montréal, QC, Collège des Médecins du Québec, 2018.

Collèges des Médecins du Québec & ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, *GUIDE EXPLICATIF: PRESCRIPTION DE RADIOGRAPHIES EN PHYSIOTHÉRAPIE*, Montréal, QC, Collège des Médecins du Québec, 2020.

Coutu, Michel et al, *Droit des rapports collectifs du travail au Québec*, 3e édition. éd, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2019.

Creswell, John W, *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, 4th ed éd, Thousand Oaks, SAGE Publications, 2014.

Creswell, John W & Vicki L Plano Clark, *Designing and conducting mixed methods research*, 2nd ed éd, Los Angeles, SAGE Publications, 2011.

Demers, Dominique, *La médecine défensive: fondement principes responsabilité médicale et solutions* (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 1998) [unpublished].

Denis, Jean-Louis et al, *The Role of Medical Doctors in Health Reforms: A Comparative Analysis of Canada and England*, UK, Bristol University Press, 2022.

Duhamel, Vincent & Michel Seymour, *Savoir et savoir-faire : la connaissance pratique entre intellectualisme et anti-intellectualisme* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2016) [unpublished].

Durand, Suzanne, Lise Bergevin & Joël Brodeur, *La collaboration interprofessionnelle dans le service de l'hémodynamie: lignes directrices pour la pratique des infirmières et des technologues en radiologie*, Westmount, QC, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2008.

Erdman, Joanna N, Vanessa Gruben & Erin Nelson, *Canadian health law and policy*, Toronto, Ont, LexisNexis, 2017.

Facal, Joseph, *Volonté politique et pouvoir médical: la naissance de l'assurance maladie au Québec et aux États-Unis*, Montréal, QC, Boréal, 2006.

Ferré Deslongchamps, Kim-Luan, *L'infirmière praticienne spécialisée et la responsabilité civile* (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 2012) [unpublished].

Ferron Parayre, Audrey & Catherine Régis, *Donner un consentement éclairé à un soin :*

réalité ou fiction? Exploration de l'effectivité du consentement éclairé aux soins (Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2018) [unpublished].

Frank, Jason R et al, *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*, Ottawa, ON, Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 2015.

Garant, Patrice, Philippe Garant & Jérôme Garant, *Droit administratif*, 7^e édition. éd, Montréal, Québec, Canada, Éditions Yvon Blais, 2017.

Garon-Sayegh, Patrick, *QUEBEC PROFESSIONAL LAW AS AN OBSTACLE TO INTERPROFESSIONAL CARE* (Mémoire de maîtrise, McGill, 2016) [unpublished].

Goupil, Linda, *La mise à jour du système professionnel québécois.*, Québec, Office des professions du Québec, 2000.

Kellogg, Katherine C, *Challenging Operations: Medical Reform and Resistance in Surgery*, University of Chicago Press, 2011.

Laflamme, France et al, *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale: lignes directrices*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec, 2018.

Léger-Riopel, Nicholas & Patrice Deslauriers, *Code de déontologie des médecins*, Montréal, QC, Éditions Yvon Blais, 2015.

Léger-Riopel, Nicholas & Lorian Hardcastle, *Responsabilité de l'établissement de santé en droit canadien et québécois*, Montréal, QC, LexisNexis, 2018.

Leprohon, Judith, Sylvie Truchon & Nicole Roger, *Guide d'autoapprentissage: les aspects déontologiques, juridiques et éthiques de la pratique infirmière au Québec*, Westmount, QC, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2008.

Lippman, Matthew, *Law and society*, second edition éd, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2018.

Merry, Sally Engle, *Getting Justice and Getting Even: Legal Consciousness Among Working-Class Americans*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1990.

Nardi, Peter M, *Doing survey research: a guide to quantitative methods*, fourth edition éd, New York, Routledge, 2018.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et al, *EXPERTISES PROFESSIONNELLES*

ADAPTÉES AUX BESOINS DES PERSONNES HÉBERGÉES EN CHSLD - Collaboration interprofessionnelle en CHSLD, Montréal, QC, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *La reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée: Mémoire du comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée et prise de position de l'OIIF*, [Montréal], Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004.

———, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020: Le Québec et ses régions*, oiiq éd, Montréal, QC, 2020.

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

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Collèges des Médecins du Québec, *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes: Lignes directrices Juillet 2019*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec Collège des médecins, 2019.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Carol-Anne Langlois, & Collège des médecins du Québec, *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques: lignes directrices*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec Collège des médecins, 2018.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Martine Maillé, & Collège des médecins du Québec, *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne: lignes directrices*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec Collège des médecins du Québec, 2018.

Ordre des optométristes du Québec & Collèges des Médecins du Québec, *GUIDE DE COLLABORATION ENTRE OPTOMÉTRISTES ET MÉDECINS: Évaluation, traitement et suivi de certaines pathologies oculaires*, Montréal, QC, Ordre des optométristes du Québec, 2018.

Ordre professionnel des diététistes du Québec & Collèges des Médecins du Québec, *Guide explicatif du Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par les diététistes*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, Collège des Médecins du Québec, 2017.

Pelletier, Francine, *L'activité infirmière dans deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec* (mémoire de maîtrise, Université Laval, 2008) [unpublished].

Philips-Nootens, Suzanne, Pauline Lesage-Jarjoura & Robert P Kouri, *Éléments de responsabilité civile médicale: le droit dans le quotidien de la médecine*, quatrième édition éd, Montréal, QC, Éditions Yvon Blais, 2016.

Plourde, Anne, *CLSC ou GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources*, Montréal, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), 2017.

Québec (Province), Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux & Michel Clair, *Les solutions émergentes: rapport et recommandations*, Québec, La Commission, 2000.

Raynal, Françoise & Alain Rieunier, *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés apprentissage, formation, psychologie cognitive*, 10e édition. éd, Pédagogies Références, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 2014.

Richard, Jocelyne, *La responsabilité civile de l'infirmière à la salle d'urgence*. (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 2000) [unpublished].

Robins, Natalie S, *The girl who died twice: every patient's nightmare: the Libby Zion case and the hidden hazards of hospitals*, New York, N.Y, Delacorte Press, 1995.

Romanow, Roy J & Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs l'avenir des soins de santé au Canada: rapport final*, [Saskatoon], Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.

Roy, Vanessa, *Les Obstacles Juridico-politiques à la Collaboration Interprofessionnelle en santé et la nécessité de revoir certains modes de gouvernances prévus dans la LSSSS* (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 2017) [unpublished].

Starr, Paul 1949-, *The social transformation of American medicine*, New York, Basic Books, 1982.

Thaler, Richard H & Cass R Sunstein, *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*, rev. and expanded ed éd, New York, Penguin Books, 2009.

Villeneuve, Jean-Guy, dir, *Précis de droit professionnel*, Cowansville, Québec, Éditions Y. Blais, 2007.

Wagenaar, Alexander C & Scott Burris, dir, *Public health law research: theory and methods*, first ed éd, San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2013.

World Health Organization (WHO), *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*, Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2010.

Chapitre, article de revue

Archambault, J et al, « Interdisciplinarité et multidisciplinarité : clarification des concepts. » (2000) Groupe de recherche et d'intervention sur les pratiques interdisciplinaires de l'Université de Sherbrooke (document inédit).

Azzam, Mohammad et al, « Interprofessional education-relevant accreditation standards in Canada: a comparative document analysis » (2021) 19:1 Human Resources for Health 66.

Bégin, Luc, « Légiférer en matière d'éthique : le difficile équilibre entre éthique et déontologie » (2011) vol. 13, n° 1 Éthique publique 39-61.

Bélanger, Linda et al, « Partager des activités professionnelles pour mieux collaborer » *Service de la formation continue du Barreau du Québec, 2019* (2019).

Bennett, Belinda et al, « Australia's National Registration and Accreditation Scheme for Health Practitioners: A National Approach to Polycentric Regulation » (2018) 40:2 Sydney L Rev 159-182.

Bentley, Michael et al, « Interprofessional teamwork in comprehensive primary healthcare services: Findings from a mixed methods study. » (2018) 32:3 J Interprof Care 274-283.

Bernier, Linda, Guy Blanchet & Éric Séguin, « L'insubordination » (2020) EYB2020MDN646 Les mesures disciplinaires et non disciplinaires dans les rapports collectifs de travail.

Betihavas, Vasiliki et al, « Australia's health care reform agenda: implications for the nurses' role in chronic heart failure management. » (2011) 24:3 Aust Crit Care 189-197.

Bourgeault, Ivy Lynn & Michel Grignon, « A comparison of the regulation of health professional boundaries across OECD countries » (2013) 10:2 The European Journal of Comparative Economics 199-224.

Bourgeault, Ivy Lynn & 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.

Bowal, Peter, « A Study of Lay Knowledge of Law in Canada Statistical Analysis » - Ind Int'l & Comp L Rev 121.

Careau, Emmanuelle et al, « Health leadership education programs, best practices, and impact on learners; knowledge, skills, attitudes, and behaviors and system change: a literature review » (2014) Journal of Healthcare Leadership 39-50.

Champely, Stéphane & Charlotte Verdot, « Que signifie la significativité statistique ? L'apport de la taille d'effet et de la puissance statistique » (2007) 77:3 Staps 49.

Chang, Wen-Yin et al, « Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals » (2009) 65:9 Journal of Advanced Nursing 1946-1955.

Chenier, Robert-Jean, « RESOURCE ALLOCATION AND THE STANDARD OF CARE OF PHYSICIANS » (2004) 83:1 1 1-34.

Commaille, Jacques & Stéphanie Lacour, « Legal consciousness studies as a laboratory of a renewed system of knowledge about law. Presentation of the special report » (2018) 100:3 Droit et société 547-558.

Cowley, Sarah et al, « Effective interagency and interprofessional working: facilitators and barriers » (2002) 8:1 International Journal of Palliative Nursing 30-39.

Cumyn, Michelle & Mélanie Samson, « La méthodologie juridique en quête d'identité » (2013) 71:2 Revue interdisciplinaire d'études juridiques 1.

D'Amour, Danielle et al, « A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations » (2008) 8:1 BMC Health Services Research, en ligne: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>>.

———, « The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks » (2005) 19:sup1 Journal of interprofessional care 116-131.

Demers, Louis, « La Profession médicale et l'État » dans Vincent Lemieux et al, dir, *Le Système de santé au Québec: organisations, acteurs, enjeux*, Presses de l'Université Laval, 2009 261.

Deslauriers, Patrice, « La limitation des ressources : circonstance atténuante ou aggravante en matière de responsabilité médico-hospitalière ? » (2019) *Développements récents en droit de la santé* (Service de la Formation Continue du Barreau du Québec) .

Desmarais, Frédéric, « Commentaire sur l'article 2085 C.c.Q. » (2014) EYB2014DCQ1662 *Commentaires sur le Code civil du Québec*.

Dower, Catherine, Jean Moore & 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.

Drolet, Brian C, Lucy B Spalluto & Staci A Fischer, « Residents' Perspectives on ACGME Regulation of Supervision and Duty Hours — A National Survey » (2010) 363:23 *N Engl J Med* e34.

Dussault, Gilles & Carl-Ardy Dubois, « Les personnels de la santé: bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soin » dans Vincent Lemieux et al, dir, *Le Système de santé au Québec: organisations, acteurs, enjeux*, Presses de l'Université Laval, 2009 229.

Edelman, Lauren B, « Legal ambiguity and symbolic structures: Organizational mediation of civil rights law » (1992) 97:6 *American journal of Sociology* 1531-1576.

Edelman, Lauren B & Shauhin A Talesh, « To comply or not to comply—That isn't the question: How organizations construct the meaning of compliance » dans Christine Parker & Vibeke Lehmann Nielsen, dir, *Explaining compliance: Business responses to regulation*, Edward Elgar Press, 2011 103.

Edelman, Lauren B, Sally Riggs Fuller & Iona Mara-Drita, « Diversity Rhetoric and the Managerialization of Law » (2001) 106:6 *American Journal of Sociology* 1589-1641.

Engel, David M, « How does law matter in the constitution of legal consciousness? » dans Bryant G Garth & Austin Sarat, dir, *How does law matter?*, Northwestern University Press : American Bar Foundation, 1998 109.

Ewick, Patricia & Susan S Silbey, « Conformity, contestation, and resistance: An account of legal consciousness » (1991) 26 *New Eng L Rev* 731.

Fisher-Jeffes, Lisa, Charlotte Barton & Fiona Finlay, « Clinicians' knowledge of informed consent » (2007) 33:3 *Journal of Medical Ethics* 181-184.

Flood, Colleen M & Bryan Thomas, « Modernizing the Canada Health Act » (2016) 39:2

Dalhousie Law Journal 397-411.

Formarier, Monique, « La place de l'interdisciplinarité dans les soins » (2004) 79 Recherche en soins infirmiers 12-18.

Fuller, Sally Riggs, Lauren B Edelman & Sharon F Matusik, « Legal Readings: Employee Interpretation and Mobilization of Law » (2000) 25:1 Academy of Management Review 200-216.

Gaboury, Isabelle et al, « Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components » (2009) 69:5 Social Science & Medicine 707-715.

Gagliardi, Anna R, Mark J Dobrow & Frances C Wright, « How can we improve cancer care? A review of interprofessional collaboration models and their use in clinical management » (2011) 20:3 Surgical Oncology (Special Issue: Education for Cancer Surgeons) 146-154.

Garth, Bryant G & Austin Sarat, « Studying how law matters: an introduction » dans Bryant G Garth & Austin Sarat, dir, *How does law matter?*, Northwestern University Press : American Bar Foundation 1.

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

Gilbert, P, « La compétence : concept nomade, significations fixes » (2006) 12:2 Psychologie du Travail et des Organisations 67-77.

Girard, Marie-Andrée, « Interprofessional Collaborative Practice and Law: A Reflective Analysis of 14 Regulation Structures » (2019) 9:2 Journal of Research in Interprofessional Practice and Education.

Girard, Marie-Andrée, Catherine Régis & Jean-Louis Denis, « Interprofessional collaboration and health policy: results from a Quebec mixed method legal research » (2021) Journal of Interprofessional Care 1-8.

Giroux, Michelle, Guy Rocher & Andrée Lajoie, « Chroniques sectorielles. L'émergence de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991: une chronologie des événements » (1999) 33 Revue Juridique Themis 659-695.

Glauser, Jonathan, « Was the Right Lesson Learned from Libby Zion? » (2005) 27:5 Emergency Medicine News, en ligne: <<https://journals.lww.com/em>

news/Fulltext/2005/05000/Was_the_Right_Lesson_Learned_from_Libby_Zion_.35.aspx
>.

Goldberg, Lynette R et al, « Considering accreditation in gerontology: The importance of interprofessional collaborative competencies to ensure quality health care for older adults » (2012) 33:1 Gerontology & Geriatrics Education 95-110.

Hardin, Laurant, Adam Kilian & Kristin Spykerman, « Competing health care systems and complex patients: An inter-professional collaboration to improve outcomes and reduce health care costs » (2017) 7 Journal of Interprofessional Education & Practice 5-10.

Hariharan, Seetharaman et al, « Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados » (2006) 7:1 BMC Medical Ethics 7.

Heimer, Carol A, « Competing Institutions: Law, Medicine, and Family in Neonatal Intensive Care » (1999) 33:1 Law & Society Review 17-66.

Hudon, Raymond, Élisabeth Martin & Maxime Perreault, « Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure » (2009) 50:2 Recherches sociographiques 321.

Jena, Anupam B & Tomas J Philipson, « Cost-effectiveness analysis and innovation » (2008) 27:5 Journal of Health Economics 1224-1236.

Johnston, William et al, « Study of Medical Students' Malpractice Fear and Defensive Medicine: A "Hidden Curriculum?" » (2014) 15:3 WestJEM 293-298.

Jolls, Christine, Cass R Sunstein & Richard Thaler, « A Behavioral Approach to Law and Economics » (1998) 50:5 Stanford Law Review 1471.

Kahneman, Daniel, Jack L Knetsch & Richard H Thaler, « Anomalies: The Endowment Effect, Loss Aversion, and Status Quo Bias » (1991) 5:1 Journal of Economic Perspectives 193-206.

Kellogg, Katherine C, « Making the Cut: Using Status-Based Countertactics to Block Social Movement Implementation and Microinstitutional Change in Surgery » (2012) 23:6 Organization Science 1546-1570.

Kouri, Robert P, « «L'arrêt Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault et le contrat hospitalier occulté: aventurisme ou évolution?» » (2004) 35:1 Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke 307.

Kouri, Robert P & Catherine Régis, « La limite de l'accès aux soins définie par l'article 13 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : véritable exutoire ou simple mise en garde ? » (2013) *Revue du Barreau*.

Lahey, William, « Interprofessionalism and Collaborative self-regulation in Health professions: Two Variations on an Emerging Canadian Theme » dans Stephanie D Short & Fiona McDonald, dir, *Health Workforce Governance*, New York, NY, ROUTLEDGE, 2016 113.

———, « Legislating Interprofessional Regulatory Collaboration in Nova Scotia » (2013) 1:1 *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé*, en ligne: <<https://escarpmentpress.org/hro-ors/article/view/1183>>.

Lahey, William & Robert Currie, « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » (2005) 19:sup1 *Journal of Interprofessional Care* 197-223.

Lahey, William, Robert Currie & Lorraine Lafferty, « Interprofessional health care policy and regulation » dans *Interprofessional health care practice*, Pearson, 2015 182.

Lapierre, Alexandra, Jérôme Gauvin-Lepage & Hélène Lefebvre, « La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences : une revue de la littérature » (2017) 129:2 *Recherche en soins infirmiers* 73.

Larivée, Serge et al, « Le biais de confirmation en recherche » (2019) 48:1 *psyedu* 245-263.

Laverdière, Marco, « CHAPITRE 7 — L'EXERCICE D'UNE PROFESSION DE LA SANTÉ ET LE DROIT PROFESSIONNEL » dans *Droit et politiques de la santé*, Montréal, QC, LexisNexis, 2014 1074.

Laverdière, Marco & Régis, Catherine, « Comprendre les conflits interdisciplinaires pour mieux y faire face: un défi pour le système professionnel québécois » dans Robert P Kouri, Catherine Régis & Lara Khoury, dir, *Les grands conflits en droit de la santé: les rencontres en droit de la santé - volume 1*, 2016 193.

Lawlis, Tanya Rechael, Judith Anson & David Greenfield, « Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: a literature review » (2014) 28:4 *Journal of Interprofessional Care* 305-310.

Lawrence, Carlton et al, « The Hidden Curricula of Medical Education: A Scoping Review » (2018) 93:4 *Academic Medicine* 648-656.

Liang, Bryan A, « Medical malpractice: do physicians have knowledge of legal standards

and assess cases as juries do » (1996) 3 U Chi L Sch Roundtable 59.

Manaouil, Cécile & Emilie Traullé, « Les fluctuations en matière de responsabilité civile du médecin salarié » (2006) 2006:81 Médecine & Droit 151-158.

McNaughton, Susan, « The long-term impact of undergraduate interprofessional education on graduate interprofessional practice: A scoping review » (2018) 32:4 Journal of Interprofessional Care 426-435.

McNaughton, Susan M et al, « Existing models of interprofessional collaborative practice in primary healthcare: a scoping review » (2021) Journal of Interprofessional Care 1-13.

Miller, Carolyn & Marnie Freeman, « Clinical teamwork: The impact of policy on collaborative practice » dans Audrey Leathard, dir, *Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care*, Hove ; New York, Brunner-Routledge, 2004.

MONTBRIAND, Jean-Michel, « L'obligation des membres d'un ordre professionnel de dénoncer le comportement dérogatoire d'un autre membre » EYB2019DEV2721 Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire (2019) (Service de la formation continue du Barreau du Québec, 2019) .

Mulvale, Gillian, Mark Embrett & Shaghayegh Donya Razavi, « 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework » (2016) 17:1 BMC Family Practice, en ligne: <<http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0492-1>>.

Nelson, Erin, « Teaching Law to Students in the Health Care Professions » (2003) 11:2 Health Law Review 8-19.

Nguyen, Diem-Quyen & Jean-Guy Blais, « Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique » (2007) 8:4 Pédagogie Médicale 232-251.

Noonan, Kathleen G & Sarah Davis, « Law in Action: Learning Health Law through Experience with Stakeholders at the Patient and System Levels AALS Symposium Articles: Teaching Health Law Outside the Classroom » (2012) 9:2 Ind Health L Rev 559-566.

Payette, Maurice, « Interdisciplinarité: Clarification des concepts » (2001) 5:1 Interactions 17-33.

Pedriana, Nicholas & Robin Stryker, « The Strength of a Weak Agency: Enforcement of Title VII of the 1964 Civil Rights Act and the Expansion of State Capacity, 1965–1971 » (2004) 110:3 *American Journal of Sociology* 709-760.

Pélisse, Jérôme, « A-t-on conscience du droit ? Autour des Legal Consciousness Studies » (2005) 59:2 *Genèses* 114.

Perreault, Janic, « Qu'en est-il des opinions et expertises médicales réalisées par des professionnels de la santé, non-médecins, tels les ergothérapeutes? » (2011) 2011 *Formation continue du Barreau - Développements récents EYB2011DEV1745*.

Preston-Shoot, M & J McKimm, « Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools » (2010) 36:11 *Journal of Medical Ethics* 694-699.

Preston-Shoot, Michael & Judy McKimm, « Perceptions of Readiness for Legally Literate Practice: A Longitudinal Study of Social Work Student Views » (2012) 31:8 *Social Work Education* 1071-1089.

———, « Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education: Teaching and assessment of law in medical education » (2011) 45:4 *Medical Education* 339-346.

Proulx, Michelle, Danielle D'Amour & Dominique Tremblay, « Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical » (2009) 502 *Recherches sociographiques* 301-320.

Rafferty, A M, J Ball & L H Aiken, « Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? » (2001) 10:suppl 2 *BMJ Quality & Safety* ii32-ii37.

Reeves, Scott et al, « Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes » (2017) 6 *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

———, « Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) » (2013) *Cochrane Database of Systematic Reviews*, en ligne: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002213.pub3>>.

Ries, Nola M, « Conceptualizing interprofessional working – when a lawyer joins the healthcare mix » (2021) *Journal of Interprofessional Care* 1-10.

Ries, Nola M, « 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.

———, « Law matters: How the legal context in Canada influences interprofessional collaboration » (2017) 31:4 Journal of Interprofessional Care 417-419.

Rizzo, John A & Richard J Zeckhauser, « Reference Incomes, Loss Aversion, and Physician Behavior » (2003) 85:4 Review of Economics and Statistics 909-922.

Rock, E M & P S Simmons, « Physician Knowledge and Attitudes of Minnesota Laws Concerning Adolescent Health Care » (2003) 16:2 Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 101-108.

Safriet, Barbara J, « 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.

San Martín-Rodríguez L et al, « The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies » (2005) 19:SUPPL. 1 J Interprof Care 132-147.

San Martín-Rodríguez, Leticia et al, « The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. » (2005) 19 Suppl 1 J Interprof Care 132-147.

Shah, Nirav D, « The Teaching of Law in Medical Education » (2008) 10:5 AMA Journal of Ethics 332-337.

Sicotte, Claude, Danielle D'Amour & Marie-Pierre Moreault, « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres » (2002) 55:6 Social Science & Medicine 991-1003.

Silbey, Susan S, « After Legal Consciousness » (2005) 1:1 Annual Review of Law and Social Science 323-368.

Stryker, Robin, « Law and Society Approaches » dans Alexander C Wagenaar & Scott Burris, dir, *Public Health Law Research: Theory and Methods*, Jossey-Bass, 2013 87.

Supper, I et al, « Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors » (2015) 37:4 Journal of Public Health 716-727.

Thistlethwaite, Jill, « Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. » (2012) 46:1 Med Educ 58-70.

Thistlethwaite, Jill E, « Practice-based Learning Across and Between the Health

professions: A Conceptual Exploration of Definitions and Diversity and their Impact on Interprofessional Education » (2013) 1:1 International Journal of Practice-based Learning in Health and Social Care 15-28.

Thistlethwaite, Jill, Ann Jackson & Monica Moran, « Interprofessional collaborative practice: A deconstruction » (2013) 27:1 Journal of Interprofessional Care 50-56.

Tremblay, Dominique et al, « Effects of interdisciplinary teamwork on patient-reported experience of cancer care » (2017) 17:1 BMC Health Services Research, en ligne: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2166-7>>.

Trudeau, Jean-Bernard et al, « 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 263.

Trudeau, Jean-Bernard, Pierre Desjardins & Alain Dion, « Psychothérapie – Un encadrement nécessaire et légalement reconnu au Québec » (2015) 40:4 Santé mentale au Québec 31.

Tyler, Elizabeth Tobin et al, « Medical-Legal Partnership in Medical Education: Pathways and Opportunities » (2014) 35:1 J Legal Med 149-178.

Van McCrary, Stephen et al, « Treatment decisions for terminally ill patients: physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law » (1992) 20:4 Law, Medicine and Health Care 364-376.

Van McCrary, Stephen & 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.

Villeneuve, Jean-Guy, « L'exercice illégal, tenants, aboutissants et troubles de voisinage professionnel » dans *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire* Service de la Formation Continue du Barreau du Québec, Cowansville (Québec), Yvon Blais, 2009 1.

———, « L'exercice illégal, tenants, aboutissants et troubles de voisinage professionnel » (2009) EYB2009DEV1568 Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire (Service de la Formation Continue du Barreau du Québec) .

Wong, Rebecca S Y & Usharani Balasingam, « Teaching Medical Law in Medical Education » (2013) 11:2 Journal of Academic Ethics 121-138.

Zwarenstein, M et al, « Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes » (2000) Cochrane Database of Systematic Reviews, en ligne: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002213>>.

Zwarenstein, Merrick, Joanne Goldman & Scott Reeves, « Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes » dans The Cochrane Collaboration, dir, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd, 2009.

Zwarenstein, Merrick & Scott Reeves, « Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork » (2006) 26:1 *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 46-54.

Autres références

Assemblée nationale du Québec, *Journal des débats de l'Assemblée nationale - Assemblée nationale du Québec*, 2009.

Association de protection médicale canadienne (ACPM), *Les soins concertés: perspective de responsabilité médicale*.

Association de protection médicale canadienne (ACPM) & Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC), *ÉNONCÉ COMMUN DE L'ACPM ET DE LA SPIIC SUR LA PROTECTION EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES ET DES MÉDECINS EN PRATIQUE COLLABORATIVE*, 2013.

Australian Health Practitioner Regulation Agency, *A unique and substantial achievement: Ten years of national health practitioner regulation in Australia*, Australian Health Practitioner Regulation Agency, 2020.

———, *Ahpra and National Boards annual report 2019/20*, Australian Health Practitioner Regulation Agency, 2020.

———, *Comparison of international accreditation systems for registered health professions*, AHPRA, 2016.

———, *Health Profession Agreement: Medical Board of Australia and The Australian*

Health Practitioner Regulation Agency - 2020 - 2025, Australian Health Practitioner Regulation Agency, 2020.

Bell, Bertrand M, *FINAL REPORT OF THE NEW YORK STATE AD Hoc ADVISORY COMMITTEE ON EMERGENCY SERVICES (Bell Commission)*, by Bertrand M Bell, New York, N.Y., NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH, 1987.

Castonguay, Claude & Gérard Nepveu, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, by Claude Castonguay & Gérard Nepveu, Droit - GKBF Q3s, Québec, [Québec : Éditeur officiel du Québec], 1967.

Champion, Margaret, *Enabling Collaboration within Health Systems*, Capital Health, 2008.

Collège des médecins du Québec, *Infirmières praticiennes spécialisées : le Collège des médecins modifie sa position à l'égard du diagnostic pour améliorer l'accès aux soins*, Collège des Médecins du Québec, 2019.

———, *IPS: vers un encadrement législatif différent et mieux adapté à la réalité d'aujourd'hui*, Collège des Médecins du Québec, 2019.

Collège des Médecins du Québec & Ordre des Physiothérapeutes du Québec, *Communiqué de presse - Les physiothérapeutes pourront désormais prescrire certains examens radiographiques : Entente entre deux ordres professionnels*, 2020.

Collèges des Médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, & Ordre des Sages-femme du Québec, *Communiqué de presse - Signature des formulaires de retrait préventif pour les femmes enceintes: trois ordres professionnels unissent leurs voix*, 2020.

Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC), *Normes et éléments du CAFMC: Normes d'agrément des programmes d'éducation médicale en vue de l'obtention d'un diplôme en médecine (MD)*, 2019.

Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools (CACMS), *CACMS STANDARDS AND ELEMENTS: Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree*, Association des Facultés de Médecine du Canada (AFMC), 2016.

Conference Board of Canada & Gabriela Prada, *Liability risks in interdisciplinary care: Thinking outside the box*, Conference Board of Canada, 2007.

Conseil Interprofessionnel du Québec, *Rapport Annuel 2019-2020*, by Conseil

Interprofessionnel du Québec, Gouvernement du Québec, 2020.

Consortium canadien d'agrément des programmes de résidence (CanRAC), *Normes générales d'agrément des programmes de résidence*, 2020.

Denis, Jean-Louis et al, *Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative*, Rapport de recherche, by Jean-Louis Denis et al, Regards sur les modes de rémunération des médecins Rapport de recherche 2015-BE-187386, École nationale d'administration publique, 2015.

Dubé, Christian & Danielle McCann, *Mémoire complémentaire concernant la répartition des postes de résidence dans les Modalités de détermination du nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale 2020-2021*, Ministère de la santé et des services sociaux et Ministère de l'Enseignement supérieur.

Gingras, Marie-Ève & Hélène Belleau, *AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DU SONDAGE EN LIGNE COMME MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE*, Institut national de la recherche scientifique, 2015.

Järvelin, Jutta et al, *Health care systems in transition: Finland*, by Jutta Järvelin et al, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.

Leroux, Jean-François, *La responsabilité médicale dans le contexte de la médecine multidisciplinaire: d'une responsabilité individualisée vers une responsabilité collective*, Colloque Développements Récents en Droit Médico-Légal et Responsabilité des Chirurgiens, dir, Cowansville (Québec), Blais, 2011.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *CONSULTATION EN ORTHOPÉDIE – ADULTE - Formulaire AH-753 DT9286*, 2018.

———, *Requête de services professionnels - Formulaire AH-248 DT9055*, 2014.

Nelson, S et al, *Optimisation des champs d'exercice: De nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé*, comité d'expert, by S Nelson et al, comité d'expert, Académie canadienne des sciences de la santé, 2014.

Office des Professions du Québec, *LA RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE EN 10 QUESTIONS*, Office des professions du Québec, 2018.

———, *RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2018 - 2019*, by Office des Professions du Québec, Gouvernement du Québec, 2019.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2016-2017: Le Québec et ses régions*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017.

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec & Collèges des Médecins du Québec, *Communiqué de presse - Formation des inhalothérapeutes L'OPIQ et le CMQ réclament un baccalauréat*, 2020.

Régie de l'Assurance Maladie du Québec, *Infolettre 229 - Modification 67 à l'Accord-cadre et autres renseignements administratifs*, 2013.

———, *LETTRE D'ENTENTE No 229 AYANT TRAIT À L'INTÉGRATION DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE (IPS-SPL) DANS UN CABINET PRIVÉ, DANS UN CLSC OU DANS UN GMF-U*, 2011.

Régie de l'Assurance-maladie du Québec, « Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte | RAMQ », en ligne: <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes-nouvelle-facturation/manuels/Pages/facturation.aspx>>.

Ries, Nola, *MYTHE : Le travail en équipe interprofessionnelle accroît les risques liés à la responsabilité civile*.

Royal College of Physician and Surgeon of Canada, « Format de l'examen objectif intégré de MÉDECINE INTERNE », en ligne: *Site web du CRMCC* <<http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/internal-medicine-examformat-f>>.

———, « Format de l'examen objectif intégré en Anesthésiologie », en ligne: *Site web du CRMCC* <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/anesthesiology_examformat_f>.

Steering Committee on Modernization of Health Professional Regulation, *Modernizing the provincial health profession regulatory framework: A paper for consultation*, 2019.

Stryker, Robin, *Mechanisms of Legal Effect: Perspectives from the Law & Society Tradition*, SSRN Scholarly Paper, by Robin Stryker, papers.ssrn.com, SSRN Scholarly Paper ID 2041527, Rochester, NY, Social Science Research Network, 2012.

Studio, Tonik Web, « Saegis | Des soins de santé plus sûrs et plus efficaces », en ligne: *Saegis* <<http://saegis.solutions/fr>>.

« À propos - Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) - Professionnels de la santé - MSSS », en ligne: <<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au>>

quebec/prem/>.

« Accueil::CanRac », en ligne: <<https://www.canrac.ca/canrac/home-f>>.

« ACPM - Ateliers », en ligne: <<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/workshops>>.

« ACPM - Symposium pour les résidents », en ligne: <<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/resident-symposium>>.

« ACPM Guide des bonnes pratiques - Pensée systémique », en ligne: <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/adverse_events/Quality_improvement/systems_thinking-f.html>.

« ALDO - Collège des médecins du Québec », en ligne: <<http://aldo.cmq.org/>>.

« Bachelor of Science (Nursing) BSc(N) », en ligne: *Ingram School of Nursing* <<https://www.mcgill.ca/nursing/programs/bachelor-programs/bscn>>.

« BSI141 - Introduction à la discipline infirmière - Programmes et admission - Université de Sherbrooke », en ligne: <<https://www.usherbrooke.ca/admission/fiches-cours/BSI141/>>.

« Caducée | Connexence : Solutions intégrées pour le développement professionnel. », en ligne: <<https://caducee.fmoq.org/cours/informationsCours.cnx?idCours=AKA88CA56190674EA03AKA>>.

« Collaboration interprofessionnelle | Fédération des médecins omnipraticiens du Québec », en ligne: <<https://www.fmoq.org/pratique/collaboration-interprofessionnelle/>>.

« Conseil interprofessionnel du Québec - Office des professions du Québec », en ligne: <<https://www.opq.gouv.qc.ca/systeme-professionnel/structure-du-systeme/conseil-interprofessionnel-du-quebec>>.

« FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec) », en ligne: *FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec)* <<http://www.fiqsante.qc.ca/>>.

« Grille de cours », en ligne: *Collège Montmorency* <<https://www.cmontmorency.qc.ca/formation-continue-services-aux-entreprises/programmes-et-cours/domaines-detudes/sante-et-services-sociaux/soins-infirmiers-dec-180-b0/grille-de-cours/>>.

« Guichet d'accès à un médecin de famille | RAMQ », en ligne: <https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/GRL/LM_GuichAccesMdFamCitoy/fr>.

« Guide de préparation à l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 5e édition », en ligne: *OIIQ* <<https://www.oiiq.org/fr/guide-de-preparation-a-l-examen-professionnel-de-l-ordre-des-infirmieres-et-infirmiers-du-quebec-5e-edition>>.

« L'accès priorisé aux services spécialisés - Professionnels de la santé - MSSS », en ligne: <<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/l-acces-priorise-aux-services-specialises/>>.

« Law and Society Association », en ligne: <<https://www.lawandsociety.org/history.html>>.

« Le diagnostic, une expertise unique et exclusive », en ligne: *Collège des médecins du Québec* <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/diagnostic-une-expertise-unique-et-exclusive.aspx>>.

« Liste des activités de développement des compétences - Activités de développement des compétences disponibles », en ligne: <<http://portail.rpap-rsss.ca/RNDC/Lists/Liste%20des%20programmes%20de%20formation/Programmes%20de%20l'annee.aspx>>.

« Liste des cours », en ligne: *Collège de Maisonneuve* <<https://www.cmaisonneuve.qc.ca/liste-cours/>>.

« Lois et règlements - MSSS », en ligne: <<https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/lois-et-reglements/>>.

« Médecins actifs et inactifs », en ligne: *Collège des médecins du Québec* <<http://www.cmq.org/statistiques/repartition-generale.aspx?Lang=fr&an=2019>>.

« MÉDUSE - Plateforme d'apprentissage en ligne de la FMSQ | Rechercher », en ligne: <<https://fmsqprod.myabsorb.ca/#/search/catalog/l%C3%A9gal>>.

« Mission et mandats - MSSS », en ligne: <<https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/mission-et-mandats/>>.

« Mot du président », en ligne: *OIIQ* <<https://www.oiiq.org/l-ordre/mot-du-president>>.

« Office des professions du Québec - Office des professions du Québec », en ligne: <<https://www.opq.gouv.qc.ca/office-des-professions-du-quebec>>.

« Répartition générale », en ligne: *Collège des médecins du Québec* <<http://www.cmq.org/page/fr/repartition-generale.aspx>>.

« Rôle de l’infirmière praticienne spécialisée (IPS) en équipe interprofessionnelle : un grand bénéfice pour les patients », en ligne: *OIIQ* <<https://www.oiiq.org/role-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-ips-en-equipe-interprofessionnelle-un-grand-benefice-pour-les-patients>>.

« Soins infirmiers | Détails du programme », en ligne: *Inforoute FPT* <<https://www.inforoutefpt.org/progColDet.aspx?prog=292&sanction=1>>.


« The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada :: Agrément des programmes de résidence », en ligne: <<http://www.royalcollege.ca/rcsite/accreditation-pgme-programs/accreditation-residency-programs-f>>.

« The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada :: Rôle CanMEDS : professionnel », en ligne: <<https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-professional-f>>.

**ANNEXE 1 : CERTIFICAT DU COMITÉ
D'ÉTHIQUE**

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

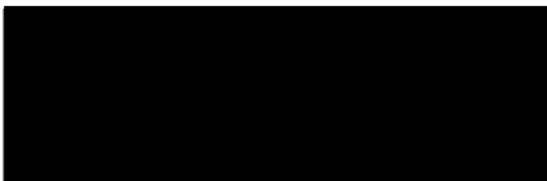
Projet	
Titre du projet	Étude du lien entre encadrement juridique et collaboration interprofessionnelle chez les infirmières et les médecins au Québec
Étudiante requérant	Marie-Andrée Girard  Candidate au doctorat, Faculté de Droit, Université de Montréal
Financement	
Organisme	CRSH
Programme	Talens
Titre de l'octroi si différent	Impact de l'encadrement légal sur la pratique collaborative interprofessionnelle en établissement de santé au Québec : étude en méthode mixte
Numéro d'octroi	767-2017-1100
Chercheur principal	--
No de compte	--
Approbation reconnue	
Approbation émise par	non
Certificat:	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CPER qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CPER.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CPER.



9 avril 2018
Date de délivrance

1 mai 2019
Date de fin de validité

ANNEXE 2 : TABLE CONCEPTUELLE

TABLE CONCEPTUELLE UTILISÉE EN PRÉPARATION DU QUESTIONNAIRE⁶⁶⁹

Niveau	Thème juridique	Sous-thème	Élément ou source de connaissance juridique identifiable lié à la CI
Macro	Structure professionnelle	Financement professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de professionnel de la Loi sur l'assurance-maladie • Définition du personnel de la Loi sur les services de santé et les services sociaux
		Réglementation professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Champ d'exercice et activités réservées dans la Loi médicale • Champ d'exercice et activités réservées dans la Loi sur les infirmières et infirmiers
		Détermination des normes de pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Document d'enseignement juridique sur la norme de pratique du Collège des Médecins du Québec • Document d'enseignement juridique sur la norme de pratique de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
		Structure du système professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination des professions exclusives dans le Code des Professions • Structure de l'Office des professions dans le Code des professions
	Responsabilité	Attribution de la responsabilité délictuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Articles du Code civil du Québec sur la responsabilité • Doctrine associée

⁶⁶⁹ Publiée en anglais dans Marie-Andrée Girard, Catherine Régis & Jean-Louis Denis, « Interprofessional collaboration and health policy: results from a Quebec mixed method legal research » (2021) Journal of Interprofessional Care 1-8.

		Responsabilité du fait d'autrui	<ul style="list-style-type: none"> Articles du Code civil du Québec sur la responsabilité du fait d'autrui Doctrine associée
		Détermination de la norme de soins	<ul style="list-style-type: none"> Prises de position de l'ACPM Document d'enseignement juridique du Collège des Médecins du Québec sur la norme de soins Document d'enseignement juridique de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec sur la norme de diligence
	Administratif / gouvernance	Statut professionnel au sein du système	<ul style="list-style-type: none"> Définition de professionnel de la Loi sur l'assurance-maladie Définition du personnel dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux Section des ressources humaines dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux
		Continuum des politiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> Règlement sur l'organisation et gestion de la réglementation des établissements
		Politique de financement de la santé	<ul style="list-style-type: none"> Loi sur l'équilibre budgétaire dans le réseau public de la santé et des services sociaux
	Méso	Politique à l'hôpital	Politiques internes du travail
Politique d'attribution des tâches internes			<ul style="list-style-type: none"> Politique hospitalière en matière d'attribution des tâches
Contrat syndical		Contenu de paiement contractuel	<ul style="list-style-type: none"> Négociation syndicale et contrat Code du travail

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE

Bienvenue sur le questionnaire en ligne Droit et Collaboration Interprofessionnelle (D&CI) en santé!

Ce projet de recherche a pour objectif d'éclairer la relation entre l'encadrement juridique de la pratique professionnelle et la collaboration interprofessionnelle (ou pratique collaborative, collaboration interdisciplinaire).

Ce projet de recherche est réalisé par Marie-Andrée Girard dans le cadre d'un projet doctoral en droit sous la direction de Catherine Régis, de la Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politiques de la santé et soutenu financièrement par le CRSH. Il a reçu l'approbation du comité d'éthique plurifacultaire de l'Université de Montréal (CPER-18-030-D).

Le questionnaire comporte un total de 26 questions. Elles sont réparties en quatre pages : le consentement (ce que vous lisez en ce moment), la vision de la collaboration interprofessionnelle, la vision du droit et des questions démographiques (âge, votre région de travail, votre profession, etc.).

Ce questionnaire est complètement anonyme. Vos réponses seront impossibles à retracer et aucune donnée ne pourra vous identifier. Toutes les données seront analysées de manière groupée.

L'important est de répondre, au meilleur de votre connaissance, à toutes les questions. Par la suite, ces données, une fois analysées, seront utilisées dans le cadre de la thèse doctorale et pour de possibles publications futures par la chercheuse, Marie-Andrée Girard. Les données ne seront accessibles qu'à la chercheuse principale et seront conservées 10 ans à la Faculté de Droit de l'Université de Montréal sur un support crypté. Chaque utilisation sera sujette à une approbation par un comité d'éthique.

La seule question obligatoire de ce questionnaire est celle qui est en bas de cette page, pour savoir si vous acceptez de participer. Il n'y a aucune obligation par la suite et vous pouvez quitter à tout moment en fermant votre navigateur internet ou en appuyant sur le bouton «Terminer». Vos réponses aux questions déjà remplies seront comptabilisées. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses: le but est d'avoir votre opinion.

Remplir ce questionnaire vous prendra 15 minutes environ. Si vous acceptez de participer, simplement confirmez en répondant «oui» à la question en bas et vous pourrez commencer à répondre au questionnaire. Nous vous invitons à garder une copie de ce consentement dans vos documents si vous acceptez de participer.

Outre le temps consacré à répondre au questionnaire, il n'y a pas d'inconvénient particulier à participer au présent projet de recherche.

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer du projet de recherche, les renseignements qui vous concernent ne pourront pas être détruits puisque votre participation est anonyme. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec la chercheuse étudiante dont les coordonnées figurent au bas du présent courriel. Le rapport des résultats de cette recherche sera présenté dans le cadre d'un forum rassemblant les décideurs en santé. Si vous désirez en obtenir une copie, nous vous invitons à communiquer avec la chercheuse étudiante.

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez contacter l'équipe de recherche au droit-et-ci-en-sante@umontreal.ca

1. Je consens à participer au questionnaire **OUI / NON**

Vos réponses à ces questions nous permettront de recueillir votre position ou votre vision de la collaboration interprofessionnelle dans le contexte de votre pratique personnelle.

2. Faites-vous partie d'une équipe interprofessionnelle formelle ? **OUI / NON ; préciser**

3. Je crois que la collaboration interdisciplinaire (interprofessionnelle) au sein des équipes : **Likert 7; complètement en désaccord à complètement en accord**

Permet de mieux répondre aux besoins du client ou de l'utilisateur

Entraîne une meilleure satisfaction du client ou de l'utilisateur

Apporte le soutien que les membres d'une équipe requièrent pour faire leur travail auprès du client ou de l'utilisateur

Améliore la qualité de ce qui doit être fait pour le client ou l'utilisateur

Favorise la concertation des actions bénéfiques au client ou à l'utilisateur

4. Choisissez les expressions qui décrivent selon vous la collaboration interprofessionnelle (cochez les termes qui vous semblent adéquats) **CHOIX MULTIPLES**

Intégration des compétences
lenteur du processus

équipe de travail but commun

complexité du processus
qualité des soins

conflit de valeurs

communication à égalité
leadership unique
partage des responsabilités
multiplication/addition des intervenants
interdépendance

5. Selon vous, qu'est-ce qui limite la collaboration interprofessionnelle? **RÉPONSE OUVERTE**

6. Selon vous, qu'est-ce qui favorise la collaboration interprofessionnelle? **RÉPONSE OUVERTE**

7. Pensez-vous que le droit favorise ou limite la collaboration interprofessionnelle? **CURSEUR 1 à 100**

Ces questions se réfèrent à vos connaissances juridiques ou votre expérience avec le système juridique. Elles nous permettront d'avoir votre opinion ou votre vision des aspects légaux touchant la collaboration interprofessionnelle. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

8. Avez-vous une formation formelle en droit? **OUI / NON ; préciser**

9. Avez-vous eu une ou des expériences avec le système juridique? **OUI / NON ; préciser**

10. Comment apprenez-vous ou avez-vous appris les aspects juridiques de votre profession ? **PRIORISATION DE 1 [première source/consultation fréquente] à 11 [rare/jamais consulté]**

Collègues de travail
Contentieux des établissements (avocats de l'hôpital)
Assureurs des professionnels (ACPM, La Capitale, etc.)
Journalistes / journaux
Ordre professionnel
Organisme de formation pédagogique accrédité
Organismes syndicaux
Politiques intraétablissements
Réseaux sociaux
Ressources bibliographiques / recherche personnelle
Source ne correspondant pas à aucun des groupes ci-dessus

11. Si vous avez une question en lien avec le système juridique, à qui vous adressez-vous pour y répondre? **PRIORISATION DE 1 [première source/consultation fréquente] à 10 [rare/jamais consulté]**

- Collègues de travail
- Contentieux des établissements (avocats de l'hôpital)
- Assureurs des professionnels (ACPM, La Capitale, etc.)
- Ordre professionnel
- Organisme de formation pédagogique accrédité
- Organismes syndicaux
- Politiques intraétablissements
- Réseaux sociaux
- Ressources bibliographiques / recherche personnelle
- Avocats non liés à un organisme nommé ci-dessus
- Source ne correspondant pas à aucun des groupes ci-dessus

12. Nommez les lois qui vous semblent importantes pour votre pratique collaborative.
RÉPONSE OUVERTE

13. De manière générale, la pratique collaborative interprofessionnelle, dans le cadre de ma pratique actuelle **Phrase à compléter**

- Augmente ma responsabilité professionnelle
- Diminue ma responsabilité professionnelle
- N'a aucun impact sur ma responsabilité professionnelle

14. Dans le cadre de ma pratique en équipe, qu'est-ce qui détermine si je peux faire un geste? **PRIORISATION de (1) facteur le plus important à (5) facteur le moins important**

- Mon titre professionnel
- Ma description de tâche (lié au titre d'emploi)
- Une ordonnance
- Ma compétence à faire le geste
- Mes collègues

15. Dans le cadre d'une pratique collaborative interprofessionnelle, quelle(s) est (sont) la (les) activité(s) exclusivement réservée(s) aux médecins de l'équipe ? **CHOIX MULTIPLES**

Décider de l'utilisation des mesures de contention
Évaluer la condition physique et mentale
Diagnostiquer des maladies
Utiliser des techniques invasives
Décider de l'utilisation des mesures d'isolement

16. Lorsque je réalise un geste FAISANT PARTIE de plusieurs champs de pratique (médecins et infirmières, infirmières et inhalothérapeutes par exemple), le standard qui m'est applicable est: **Phrase à compléter**

Le standard de pratique de la profession qui doit faire le geste dans mon centre hospitalier
Le standard de pratique le plus élevé (exigeant) des professions autorisées à faire le geste
Le standard de pratique de ma propre profession
Le standard de pratique le moins élevé (exigeant) des professions autorisées à faire le geste
Autre (veuillez préciser)

17. Quand je travaille en équipe collaborative, je suis responsable... **Phrase à compléter**

De mes actes
Des actes que j'aurais su faire (les actes que je pourrais avoir fait)
Des actes de mes collègues
De la qualité de la communication dans l'équipe de la qualité des règles internes de l'équipe
Autre (veuillez préciser)

18. Le mode de rémunération (compensation ou la façon que le professionnel est payé) est déterminé par: **Phrase à compléter**

l'Ordre professionnel (OIIQ, CMQ)
la Loi sur l'Assurance-maladie (LAM)
le professionnel lui-même
la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux (LSSSS)
les syndicats professionnels (FIQ, FMSQ, FMOQ...)
Autre (veuillez préciser)

19. Expliquez dans vos mots comment un plan de traitement (comment les soins seront faits ou planifiés) est présenté à un patient dans votre pratique (par exemple, quel élément est présenté par qui ou quel professionnel présente quoi?) **RÉPONSE OUVERTE**

Ces questions nous permettront de mieux situer nos répondants par rapport aux autres professionnels québécois

20. Âge **CHOIX UNIQUE**

- Moins de 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Entre 51 et 60 ans
- 61 ans et plus



21. Dernier niveau de scolarité atteint **CHOIX UNIQUE**

- DEC (diplôme collégial)
- Diplôme universitaire de premier cycle (BAC, MD, LLB)
- Diplôme universitaire de deuxième cycle (maîtrise, DESS, LLM)
- Diplôme universitaire de troisième cycle (PhD, LLD)

22. Profession **CHOIX UNIQUE ; préciser**

- Infirmier/Infirmière
- Médecin
- Autre (veuillez préciser)

23. Nombres d'années de pratique professionnelle **CHOIX UNIQUE**

- Moins de 2 ans
- Entre 2 ans et 5 ans
- Entre 6 ans et 10 ans
- Entre 11 ans et 15 ans
- Plus de 15 ans



24. Type de pratique **CHOIX UNIQUE ; préciser**

- principalement généraliste
- principalement spécialisée (veuillez spécifier)

25. Dans le cadre de ma pratique, j'occupe des tâches administratives ou de gestion. **OUI / NON**

26. Votre région (Vos régions) de pratique professionnelle **CHOIX MULTIPLES**

Bas-Saint-Laurent
Saguenay - Lac-Saint-Jean
Capitale-Nationale
Mauricie-Centre du Québec
Estrie
Montréal
Outaouais
Abitibi-Témiscamingue
Côte-Nord
Nord-du-Québec
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine
Chaudière-Appalaches
Laval
Lanaudière
Laurentides
Montréal
Nunavik
Terres-cries-de-la-Baie-James

Nous vous remercions de votre temps. Vous pouvez contacter l'équipe de recherche en tout temps si vous avez des questions à l'adresse courriel suivante:

droit-et-ci-en-sante@umontreal.ca

Ce projet de recherche est réalisé avec le soutien du CRSH du Canada

Marie-Andrée Girard

Candidate au doctorat en droit, Université de Montréal droit-et-ci-en-sante@umontreal.ca

**ANNEXE 4 : LIVRE DE CODAGE (CODEBOOK) -
QUALITATIF**

LIVRE DE CODAGE, APPROCHE CODAGE INDUCTIF

Éléments	Sous-thème	Thème
Budget / Financement Ouverture de postes	Gestion des ressources financières	Structure organisationnelle et administrative
Postes Stabilité des équipes Disponibilité des professionnels fournis Manque de temps	Gestion des ressources humaines / relation d'emploi	
Champ de pratique Savoir ce que peut faire l'Autre Connaissance des champs	Champ de pratique	Organisation professionnelle
Hierarchie Préséance Pouvoir Respect	Hierarchie professionnelle / relation interprofessionnelle	
Obligations professionnelles Demande de l'ordre Code de discipline / déontologie	Déontologie professionnelle	
Responsabilité Obligations Responsable Poursuite	Responsabilité civile	Responsabilité
Connaître ses collègues Communication Prendre le temps Manque de temps	Culture / relationnel	Culture organisationnelle / professionnelle