

Université de Montréal

# **Le contrôle de l'activité du médecin en centre hospitalier**

par

Nicholas Léger-Riopel

Université de Montréal

Faculté de droit

Mémoire présenté à la Faculté de droit  
en vue de l'obtention du grade de maîtrise  
en droit  
option recherche

Avril 2011

© Nicholas Léger-Riopel, 2011

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé:

Le contrôle des activités du médecin exerçant en centre hospitalier

Présenté par :

Nicholas Léger-Riopel

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Catherine Piché, président-rapporteur

Patrick Molinari, directeur de recherche

Martine Valois, membre du jury

## Résumé et mots-clés

La pratique de la médecine en centre hospitalier est encadrée par une variété de normes qui résultent en un contrôle des activités cliniques du médecin. Ce mémoire présente une analyse du régime instauré par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et ses règlements afin de dégager les différents mécanismes de contrôle des activités du médecin exerçant en centre hospitalier.

La pratique du médecin sera fonction de son intégration à la structure administrative du centre hospitalier, telle que notamment prévue par un plan d'organisation et des ressources et un plan des effectifs médicaux et dentaires. Ces plans contiennent des balises générales qui auront à être considérées par l'établissement dès le recrutement de médecins et témoignent d'une préoccupation du législateur d'assurer une distribution cohérente de l'offre de soins et de services de santé à l'échelle de la province.

Le rattachement du médecin à un département par l'octroi d'un statut et de privilèges de pratique rendra applicable une normativité particulière, mise en œuvre par le chef de département clinique, par exemple la liste de garde et les règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles. La validité et les effets de la pratique par laquelle les médecins réaménagent entre eux l'exécution des obligations qui leur incombent par des ententes variées sera également abordée à la lumière de récents développements jurisprudentiels sur la question.

La mise en place d'un mécanisme de traitement des plaintes et d'une procédure disciplinaire en centre hospitalier sera également abordée ainsi que la situation des différentes parties impliquées, tant en ce qui a trait aux garanties juridiques applicables que relativement à la possibilité de recours administratifs ou auprès du Tribunal administratif du Québec.

**Mots-clés :** *médecin, hôpital, plan d'organisation, Loi sur les services de santé et les services sociaux, procédure disciplinaire, statut et privilèges, examen des plaintes concernant un médecin, Tribunal administratif du Québec.*

## Abstract and keywords

The practice of medicine in a hospital center is subordinate to the application of various rules purporting to the control of the clinical activities of physicians. This thesis intends to offer a detailed analysis of the regulatory framework as provided for in the *Act respecting health services and social services* and its by-laws. The main objective is to layout the administrative and disciplinary mechanisms of control of the clinical activities of physicians.

Following his appointment, the physician will take place in an administrative structure as delineated in the organization plan and medical staffing plan of the hospital. These plans are guidelines to be considered by the institutions while recruiting physicians, and tend to show a legislative intent to efficiently allocate the offer for health care services throughout the province of Quebec.

The physician's reporting to a clinical department gives rise to the application of specific regulations set up by the department head such as the duty roster or the rules governing the use of medical and material resources of the department. This study will address the validity of various agreements by the means of which physicians adjust the execution of their obligations, in the light of recent developments in case-law.

The law provides for a disciplinary procedure as well as a procedure relating to the examination of complaints concerning a physician. This study will also address the due process applicable, the situation of the concerned parties, as well as the possibility of recourse to the Quebec Administrative Tribunal.

**Keywords:** *physician, hospital, organization plan, Act respecting health services and social services, disciplinary procedure, status and privileges, examination of complaints concerning a physician, Administrative Tribunal of Quebec.*

## ***Table des matières***

<b>1. Introduction</b> .....	1
<b>2. La nomination du médecin</b> .....	4
<b>2.1 Procédure de demande de nomination</b> .....	4
<b>2.2 Recommandation du CMDP et rôle du comité d'examen des titres</b> .....	7
<b>2.3 Critères décisionnels</b> .....	8
2.3.1 Critères administratifs ou organisationnels.....	8
2.3.2 Critères relevant de la candidature.....	11
<b>2.4 Approbation de l'Agence régionale</b> .....	13
<b>2.5 Portée des privilèges et nature du statut octroyé</b> .....	15
<b>2.6 Recours offerts au médecin</b> .....	21
2.6.1 À l'encontre d'une décision du conseil d'administration.....	21
2.6.2 En cas d'absence de réponse dans les délais prescrits.....	25
2.6.3 Pluralités de candidatures et effets juridiques d'une nomination par le Tribunal administratif du Québec.....	27
<b>3. Le cas particulier du refus de renouvellement du statut et des privilèges du médecin</b> .....	28
<b>4. L'encadrement normatif des activités du médecin exerçant en centre hospitalier</b> .....	34
<b>4.1 Règles générales applicables à tout établissement</b> .....	34
4.1.1 Paramètres des services offerts par l'établissement.....	34
4.1.2 Plans d'organisation et des ressources médicales.....	37
4.1.3 Pouvoir règlementaire du conseil d'administration.....	42
4.1.4 Pouvoir règlementaire du CMDP.....	44

<b>4.2 L'adoption de normes départementales</b> .....	45
4.2.1 L'adoption et la mise en œuvre des règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles.....	45
4.2.2 Tenue d'une liste de garde.....	55
4.2.3 Règles de soins médicaux.....	57
4.2.4 Aménagements contractuels par les professionnels assujettis.....	59
4.2.5 Directives.....	62
<b>5. Mécanismes institutionnels de contrôle continu de l'exercice de la médecine</b> .....	66
<b>5.1 Tenue d'un dossier professionnel</b> .....	66
<b>5.2 Obligation légale de déclarer tout incident ou accident constaté</b> .....	69
<b>5.3 Fonctions du Comité de gestion des risques</b> .....	71
<b>5.4 Contrôle continu de la qualité et de la pertinence des actes médicaux par le CMDP et rôle du Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique</b> .....	73
<b>6. Procédure de traitement des plaintes</b> .....	74
<b>6.1 Le traitement d'une plainte formulée à l'encontre d'un médecin</b> .....	74
6.1.1 Mise en place d'une procédure de traitement des plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien.....	74
6.1.2 Désignation et fonctions du médecin examinateur.....	75
6.1.3 Examen d'une plainte par le médecin examinateur.....	79
6.1.3.1 Orientation préliminaire.....	79
6.1.3.2 Examen et décision.....	80
6.1.3.3 Qualification juridique de l'examen et de la décision du médecin examinateur.....	83
6.1.4 Formation et fonctions du comité de révision.....	87

<b>7. La procédure disciplinaire</b> .....	91
<b>7.1 Formation et fonctions du comité de discipline</b> .....	91
<b>7.2 Audition devant le conseil d'administration</b> .....	94
<b>7.3 Les fondements de la sanction disciplinaire et du refus de renouvellement</b> .....	98
7.3.1. Le défaut de qualification .....	99
7.3.2 Incompétence scientifique .....	100
7.3.3 Négligence .....	103
7.3.4 Inconduite .....	104
7.3.5 L'inobservation des règlements de l'établissement .....	108
7.3.6 Non-respect des termes de la résolution visée à l'article 242 .....	108
<b>7.4 Pouvoirs de suspension des privilèges prononcée d'urgence</b> .....	109
<b>7.5 Recours au Tribunal Administratif du Québec</b> .....	115
<b>8. Conclusion</b> .....	121
<b>Table des lois et règlements cités</b> .....	ix
<b>Table de la doctrine citée</b> .....	x
<b>Table de la jurisprudence citée</b> .....	xiv

## LISTE D'ABRÉVIATIONS

<b>AZ</b>	<b>Azimet (SOQUIJ)</b>
<b>B.E.</b>	<b>Banque Express (SOQUIJ)</b>
<b>C.A.F.</b>	<b>Cour d'appel fédérale</b>
<b>C.A.I.</b>	<b>Commission d'accès à l'information du Québec</b>
<b>C.A.S.</b>	<b>Commission des affaires sociales</b>
<b>CanLii</b>	<b>Institut canadien d'information juridique</b>
<b>EYB</b>	<b>Éditions Yvon Blais</b>
<b>IJCAN</b>	<b>Institut canadien d'information juridique</b>
<b>J.E.</b>	<b>Jurisprudence Express (SOQUIJ)</b>
<b>QCCA</b>	<b>Cour d'appel du Québec (référence neutre)</b>
<b>QCCAI</b>	<b>Commission de l'accès à l'information (référence neutre)</b>
<b>QCCS</b>	<b>Cour supérieure du Québec (référence neutre)</b>
<b>QCTAQ</b>	<b>Tribunal administratif du Québec (référence neutre)</b>
<b>R.C.S.</b>	<b>Recueils de la Cour suprême du Canada</b>
<b>R.E.J.B.</b>	<b>Répertoire électronique de jurisprudence du Barreau</b>
<b>R.J.Q.</b>	<b>Recueils de jurisprudence du Québec</b>
<b>R.R.A.</b>	<b>Recueils en responsabilité et en assurance</b>
<b>SCR</b>	<b>Supreme Court Records</b>
<b>SOQUIJ</b>	<b>Société québécoise d'information juridique</b>
<b>T.A.Q.</b>	<b>Tribunal administratif du Québec</b>

## **1. Introduction**

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>1</sup>, ses amendements successifs, notamment suite à l'entrée en vigueur du projet de loi 27<sup>2</sup> en 2002 et du projet de loi 83<sup>3</sup> en 2005, auxquels s'ajoute un considérable corpus réglementaire, participent à la mise en place d'un régime élaboré d'encadrement des activités du médecin.

Ce régime révèle le statut particulier que réserve le droit à la pratique du médecin exerçant en centre hospitalier. La part importante qu'occupe la question du statut du médecin dans le champ du droit de la santé témoigne des difficultés liées à la qualification de la relation pouvant exister entre un médecin et le centre hospitalier, où sa pratique est admise par l'octroi d'un statut et de privilèges cliniques. La question a reçu un éclairage dans la décision de la Cour d'appel *Camden-Bourgault*<sup>4</sup> qui confirme l'autonomie du médecin en concluant à l'absence de lien de préposition entre le médecin et l'établissement, mettant ainsi fin -ou trêve- à plusieurs décennies de débats tant judiciaires que doctrinaux sur la question. La relation entre le médecin et le centre hospitalier s'appréhende donc essentiellement à partir de la loi, d'une manière autonome aux règles générales relevant du régime contractuel ou du droit du travail, quoique la pérennité d'une telle approche soit fonction du traitement que réservent les tribunaux aux principes et conséquences qui découlent de la décision *Camden-Bourgault*.

---

<sup>1</sup> L.R.Q., c. S-4.2, à laquelle il sera fait ultérieurement référence au fil du texte comme la « loi ».

<sup>2</sup> L.R.Q., c. P-31.1.

<sup>3</sup> L.Q. 2005, c. 32.

<sup>4</sup> REJB 2001-23496 (C.A.).

La loi prévoit une variété de mécanismes d'encadrement de la pratique du médecin dont l'application est mise en place dès la nomination de celui-ci dans un centre hospitalier, résultant en un contrôle plus ou moins étendu de ses activités. Il conviendra d'évaluer les modulations qui peuvent être apportées à l'autonomie professionnelle du médecin par l'octroi, au moment de sa nomination, d'un statut, de privilèges de pratique et d'obligations rattachées à la jouissance de tels privilèges. La procédure de nomination du médecin prévue à la loi et l'étude des critères pouvant être pris en compte par le conseil d'administration aux fins d'évaluer les candidatures feront plus particulièrement l'objet de notre analyse. Nous aborderons les recours offerts au médecin en cas de refus de nomination et l'étendue de la compétence du Tribunal administratif du Québec d'entendre le recours d'un médecin insatisfait.

La pratique du médecin sera aussi fonction de son intégration à la structure administrative du centre hospitalier, telle que prévue notamment par un plan d'organisation et des ressources et un plan des effectifs médicaux et dentaires. Ces plans contiennent des balises générales qui auront à être considérées par l'établissement dès le recrutement de médecins et témoignent d'une préoccupation du législateur d'assurer une distribution cohérente de l'offre de soins et de services de santé à l'échelle de la province.

Le rattachement du médecin à un département clinique opère également un encadrement de sa pratique par l'existence d'attributions propres au département, prévues au plan d'organisation. Plus particulièrement, nous verrons qu'il existe au sein de chaque département une normativité particulière mise en place par les chefs de départements

cliniques, notamment par l'adoption de règles d'utilisation des ressources ou par la tenue d'une liste de garde. La validité et les effets de la pratique par laquelle les médecins réaménagent entre eux l'exécution des obligations qui leur incombent par des ententes variées sera également abordée à la lumière de récents développements jurisprudentiels sur la question. Les différentes normes pouvant exister au sein d'un département clinique que sont les règles d'utilisation des ressources et les règles de soins, les ententes entre médecins ou encore les directives feront l'objet d'une analyse visant à évaluer tout d'abord leurs conditions de validité mais également le caractère exécutoire de telles normes eu égard aux sanctions –disciplinaires et administratives- pouvant découler de leur non-respect, à la lumière de récents développements jurisprudentiels sur la question.

L'encadrement de la pratique du médecin s'exprime également par la mise en place d'un mécanisme de traitement des plaintes, pouvant mener à une intervention de différentes instances administratives. Les incidences de la mise en place d'une telle procédure d'examen des plaintes sur la pratique du médecin pourront être envisagées, tant en ce qui a trait à l'examen de la plainte et aux garanties juridiques applicables que relativement à la possibilité de révision du traitement qui été accordé à la plainte.

Le contrôle exercé sur le médecin par la tenue d'un dossier professionnel sera également envisagé notamment au regard de la consignation par le chef de département clinique de commentaires et d'observations au sujet de la pratique du médecin concerné au sein d'un établissement. Ces éléments du dossier professionnel pourront notamment affecter l'appréciation de l'activité du médecin en ce qu'ils seront transmis au conseil

d'administration de tout autre établissement où le médecin choisirait dorénavant de pratiquer.

Diverses mesures de contrôles, disciplinaire et administratif, de l'activité du médecin sont prévues à la loi. Certaines distinctions auront à être apportées entre les mécanismes pouvant mener à l'imposition d'une sanction administrative et ceux pouvant mener à une sanction disciplinaire, en regard notamment des règles pouvant encadrer le choix de la sanction, les garanties juridiques applicables ainsi que les possibilités de recours auprès du Tribunal administratif du Québec.

Les particularités liées au mécanisme d'imposition d'une suspension d'urgence feront l'objet d'un traitement distinct. Nous évaluerons les conditions d'application de cette mesure d'exception ainsi que les garanties juridiques reconnues comme applicables par la jurisprudence.

## ***2. La nomination du médecin***

### **2.1 Procédure de demande de nomination**

Si le médecin est un professionnel de la santé assujéti dans le cadre de sa pratique notamment au *Code des professions*<sup>5</sup> et à la *Loi médicale*<sup>6</sup>, c'est par l'octroi d'un statut et de privilèges de pratique qu'il sera autorisé à exercer, suite à sa nomination, au sein d'un

---

<sup>5</sup> L.R.Q., c. C-26.

<sup>6</sup> L.R.Q., c. M-9.

établissement de santé et de services sociaux. Une demande de nomination emporte l'application de normes et l'existence de divers recours pour en contrôler l'application.

La procédure de nomination fait l'objet de dispositions spécifiques prévues tant à la loi qu'au règlement<sup>7</sup>. La demande doit être adressée au directeur général d'un établissement suivant la forme prescrite<sup>8</sup>. Le médecin sera alors avisé par écrit de l'état du plan d'organisation et du plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement approuvés par l'Agence régionale<sup>9</sup>.

Outre les demandes de nomination régulière, il est également possible de formuler une demande de nomination temporaire en vertu de l'article 243.1, dans les cas de remplacement d'un médecin déjà titulaire d'une nomination régulièrement acceptée par le conseil d'administration. Une telle nomination n'est valable que pour la durée de l'absence ou de l'empêchement et n'est pas sujette à renouvellement. Le cas échéant, le médecin titulaire d'une nomination temporaire devra se soumettre au processus de nomination pour pouvoir bénéficier, à l'arrivée du terme de sa nomination temporaire, d'une nomination régulière.

De plus, l'article 248 de la loi prévoit qu'en cas d'urgence, le directeur des services professionnels, le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens<sup>10</sup> ou un chef de département clinique peuvent accorder temporairement à un médecin, dentiste ou

---

<sup>7</sup> *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, établi par le décret 1320-84, (184) 116 G.O. II, 2745, auquel il sera fait ultérieurement référence au fil du texte comme le « règlement ».

<sup>8</sup> Article 85 du règlement. Le formulaire de demande d'admission est prévu à l'annexe VIII du règlement.

<sup>9</sup> Article 237 de la loi. Ci-après l' « agence ».

<sup>10</sup> Auquel il sera ci-après fait référence comme le « CMDP ».

pharmacien l'autorisation d'exercer sa profession dans un centre, pour une durée maximale de trois mois et sans possibilité de renouvellement.

Les termes employés par le législateur permettent de poser qu'une telle « autorisation » ne constitue pas une situation juridique assimilable à une nomination ou à une nomination temporaire, mais bien plutôt une discrétion spécifique et limitée reconnue aux établissements. Ceux-ci disposent ainsi de la possibilité de continuer à offrir des services aux usagers en évitant que le processus régulier de demande de nomination et la carence momentanée des effectifs médicaux qui peut y être concomitante ne soit préjudiciable aux usagers.

La loi prévoit une durée maximale de trois mois à l'autorisation d'urgence, mais celle-ci prendra fin plus tôt si la condition d'application de cette disposition, soit l'urgence, cesse, l'autorisation étant dès lors rendue sans compétence. La notion d'urgence n'est pas définie à la loi et n'a pas fait l'objet de décision judiciaire. Elle peut toutefois être interprétée à la lumière des interprétations judiciaires de la notion d'« urgence » prévue ailleurs à la loi, par exemple à l'article 251, soit des cas de risque sérieux et immédiat à la santé ou à la sécurité des usagers<sup>11</sup>. Lorsque le délai d'obtention de l'autorisation d'urgence risque d'être préjudiciable à un usager, tout médecin peut, dans l'intervalle, donner les soins requis<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Sur cette notion, voir *supra*, p. 101 et suiv.

<sup>12</sup> Alinéa 2 de l'article 248 de la loi.

## **2.2 Recommandation du CMDP au conseil d'administration et rôle du comité d'examen des titres**

L'article 237 de la loi prévoit que le directeur général saisi d'une demande de nomination devra obtenir du CMDP une recommandation portant sur les qualifications et la compétence du postulant, et ce, avant de remettre le dossier de candidature au conseil d'administration aux fins de décision. L'étude des demandes de nomination est déléguée au comité d'examen des titres, une instance du CMDP dont les fonctions sont prévues aux articles 99 à 103 du règlement. Ce comité se compose d'un minimum de trois membres actifs du CMDP ainsi que du directeur des services professionnels<sup>13</sup>. Une fois saisi d'une demande de nomination, le comité évalue notamment les qualifications, la compétence scientifique ainsi que le comportement du candidat. Il est à noter que le chef de département clinique doit également donner son avis au CMDP sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin dans le cadre d'une demande de nomination ou de renouvellement<sup>14</sup>. L'étude du dossier du postulant conduit à une recommandation du comité d'examen des titres au comité exécutif du CMDP quant à la demande, ainsi qu'au statut et aux privilèges de pratique au sein de l'établissement pouvant être octroyés<sup>15</sup>.

La jurisprudence a reconnu que le conseil d'administration n'est pas lié par la recommandation du CMDP et demeure libre d'accepter la demande et d'accorder les statuts et privilèges qu'il détermine<sup>16</sup>. Le conseil d'administration dispose d'un délai de

---

<sup>13</sup> Article 99 du règlement.

<sup>14</sup> Paragraphe (3<sup>o</sup>) de l'article 190 de la loi.

<sup>15</sup> Paragraphe (2<sup>o</sup>) de l'article 100 du règlement.

<sup>16</sup> *Services de santé et services sociaux-5*, [1984] C.A.S. 521.

90 jours de la réception d'une demande de nomination pour transmettre au requérant une décision et doit motiver son refus, le cas échéant<sup>17</sup>.

## **2.3 Critères décisionnels**

Le conseil d'administration appelé à statuer sur une demande de nomination voit l'étendue de sa discrétion limitée par la présence de critères énumérés à l'article 238 de la loi.

### **2.3.1 Critères administratifs ou organisationnels**

L'alinéa premier de l'article 238 prévoit que :

« Le conseil d'administration accepte ou refuse la demande de nomination d'un médecin ou d'un dentiste en tenant compte du plan d'organisation de l'établissement, du nombre de médecins autorisé dans le plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement, des ressources disponibles, des exigences propres à l'établissement, et, le cas échéant, de la vocation suprarégionale de l'établissement déterminée par le ministre en vertu de l'article 112. »

Certains des critères à être pris en compte par le conseil d'administration préalablement à l'admission d'un médecin renvoient à des caractéristiques organisationnelles propres à l'établissement. Le conseil d'administration doit évaluer une demande de nomination en tenant compte tout d'abord de son plan d'organisation et en particulier du nombre de médecins autorisé dans le plan des effectifs médicaux contenu au plan d'organisation. Il s'agit là d'une limite importante à la discrétion de l'établissement puisque l'article 239 de la loi prévoit que l'octroi de privilèges à un médecin alors que le plan des effectifs

---

<sup>17</sup> Article 241 de la loi.

médicaux et dentaires de l'établissement est complet est réputée nulle, soit une nullité absolue. Cette conséquence participe de la volonté du législateur de maintenir l'intégrité *de facto* des plans des effectifs médicaux et dentaires des établissements approuvés par l'agence. Il est à noter que l'octroi de privilèges d'urgence n'est pas sujet à l'application de l'article 239<sup>18</sup>. En matière de nomination temporaire, l'article 239 s'applique implicitement puisque les nominations temporaires sont en fait des remplacements de médecins dont la demande de nomination a été régulièrement acceptée, c'est-à-dire conformément au plan d'organisation du centre hospitalier. Il apparaît de la jurisprudence que seul un plan dûment approuvé par l'agence peut justifier un refus valable de renouvellement, et non un projet de plan<sup>19</sup> ou encore un plan en voie d'approbation<sup>20</sup>.

L'effet des limites inhérentes aux plans d'organisation dans le cadre d'une demande de nomination d'un médecin a fait l'objet d'une analyse détaillée par la Commission des affaires sociales<sup>21</sup> :

« a) si les effectifs ne sont pas comblés

Il apparaît alors loisible au centre hospitalier de prendre en considération le nombre de postes encore disponibles comme élément de sa décision relative à une demande de nomination. Il y aurait alors, aux fins de cette décision, coexistence de critères d'ordre qualitatif (compétence du médecin, etc.) et contextuel (nombre de postes encore disponibles).

En d'autres termes, le centre hospitalier ne serait pas dispensé d'étudier la qualification, la compétence professionnelle et le comportement personnel du médecin désireux d'exercer sa

---

<sup>18</sup> Article 239 de la loi.

<sup>19</sup> *Services de Santé et Services Sociaux-9*, [1991] C.A.S. 596; *Services de Santé et Services Sociaux-4*, [1984], C.A.S. 514; *Services de Santé et Services Sociaux-24*, [1980] C.A.S. 1210.

<sup>20</sup> *Services de Santé et Services Sociaux-23*, [1980] C.A.S. 1201.

<sup>21</sup> Laquelle a été remplacée en 1998 par le T.A.Q., suite à l'entrée en vigueur de la *Loi sur la justice administrative*, L.R.Q., c. J-3.

profession en son sein.

b) si les effectifs sont comblés(...)

[E]n l'absence de plan d'organisation ou en présence d'un plan « ouvert », non limitatif quant aux effectifs admissibles, seule l'évaluation qualitative (...) sera requise. Inversement, s'il est clairement établi que les effectifs visés a un plan d'organisation sont comblés eu égard à un département donné, ce contingentement pourrait être opposé au candidat sans que ne soient à considérer les critères de compétence, de qualification et de comportement personnel du médecin ou du dentiste. »<sup>22</sup>

Dans tous les cas où le plan des effectifs n'est pas complet, l'établissement devra procéder à une évaluation qualitative de la candidature. Ce n'est que lorsque les effectifs sont comblés que l'établissement est dispensé d'étudier le mérite de la candidature.

L'article 238 de la loi prévoit que le conseil d'administration d'un établissement peut tenir compte des ressources disponibles et de ses exigences propres dans l'évaluation d'une candidature. Les normes institutionnelles en vigueur, par exemple l'exigence qu'un candidat détienne un certificat de spécialiste quant à un poste en particulier, constituent des exigences propres qu'un établissement peut valablement opposer à une demande de nomination<sup>23</sup>. La jurisprudence a reconnu que tant la loi applicable à une demande de nomination que l'existence de normes formant les exigences propres d'un établissement<sup>24</sup> devront être évaluées au moment où le conseil d'administration est appelé à rendre sa décision.

---

<sup>22</sup> *Services de Santé et Services Sociaux-7*, [1982] C.A.S. 405.

<sup>23</sup> *Services de Santé et Services sociaux-2*, [1994] C.A.S. 301.

<sup>24</sup> *Services de Santé-7*, [1976] C.A.S. 460.

### 2.3.2 Critères relevant de la candidature

En application du quatrième alinéa de l'article 238 de la loi, l'établissement peut prendre en compte, dans le cadre de l'évaluation d'une demande de nomination, de critères qui sont spécifiques à la candidature dont le comportement, la qualification et la compétence scientifique. En pratique, la candidature aura déjà été évaluée et aura fait l'objet d'une recommandation du comité d'examen des titres.

Une demande de nomination doit être formulée par un médecin détenant les qualifications et compétences correspondant aux privilèges recherchés. Remarquons qu'il est envisageable que des privilèges soient octroyés par un établissement sous condition que le médecin complète certains aspects de sa candidature, par exemple quant à sa formation. Une telle pratique ne lierait cependant pas les établissements, qui pourront toujours refuser valablement une candidature incomplète.

Dans une décision, la requérante demandait de se voir octroyer des privilèges en anesthésie-réanimation alors que sa formation à cet effet n'était pas complétée<sup>25</sup>. Le Tribunal administratif du Québec<sup>26</sup> a confirmé que la formation d'un candidat doit être complète afin de permettre au conseil d'administration et aux différents comités CMDP d'évaluer si la candidature répond aux critères prévus à la loi et aux exigences de l'établissement. La demande de nomination a été jugée prématurée dans les

---

<sup>25</sup> S.S. c. *Centre hospitalier de Jonquière*, 3 janvier 2001, AZ-50085749 (T.A.Q.).

<sup>26</sup> Ci-après le « T.A.Q. » ou le « Tribunal ».

circonstances. A également été jugée comme prématurée une demande de nomination visant des privilèges à être exercés beaucoup plus tard, par exemple un an et trois mois après la demande de nomination<sup>27</sup>.

La possibilité pour un établissement de considérer ses « exigences propres » dans l'exercice de l'évaluation des qualifications, de la compétence et du comportement du médecin a été incorporée à la loi de 1971<sup>28</sup> par un amendement entré en vigueur en 1975<sup>29</sup>, et a fait l'objet dès 1976 d'une interprétation par la Commission des affaires sociales devenue classique et reprise avec approbation par la Cour suprême dans la décision *Hôpital St-Luc c. Lafrance*<sup>30</sup> :

« L'ajout des mots « eu égard aux exigences propres du centre hospitalier » en janvier 1975 n'a pas eu pour effet de créer un quatrième critère, mais doit bien plutôt s'interpréter en relation avec les trois critères qui le précèdent, en raison de l'utilisation des mots « uniquement » et « eu égard » dans l'article sous étude.

En conséquence, les « exigences propres » d'un centre hospitalier doivent être en relation avec des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement. Le centre hospitalier doit démontrer que ces critères existaient au moment de statuer sur une demande de nomination, et qu'ils ont par ailleurs été régulièrement adoptés. »<sup>31</sup>

La Cour supérieure a toutefois précisé dans une décision de 2010 que les « exigences propres » de l'établissement « n'existent pas autrement que dans un cadre normatif réglementaire tel le règlement interne valide, ou un règlement général comme le *Code de*

---

<sup>27</sup> *Services de Santé et Services Sociaux-16*, [1980] C.A.S. 904.

<sup>28</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1971, c. 48. (la « Loi de 1971 »).

<sup>29</sup> *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1974, c. 42.

<sup>30</sup> [1982] 1 R.C.S. 974.

<sup>31</sup> *Services de Santé-7*, précité, note 24, p. 464-465.

*déontologie des médecins* »<sup>32</sup> . Il est à noter que cette décision a été rendue dans un contexte disciplinaire où le critère sous étude était celui de l'article 249 et plus particulièrement la notion du défaut de qualification, d'incompétence scientifique et d'inconduite *eu égard aux exigences propres de l'établissement*. La jurisprudence permettra de mieux distinguer la portée à donner à la notion d'exigences propres selon un contexte disciplinaire ou encore dans le cadre de l'étude d'une demande de nomination.

#### **2.4 Approbation de l'Agence régionale**

Le conseil d'administration d'un établissement doit également obtenir l'approbation de l'agence<sup>33</sup> préalablement à l'acceptation d'une demande de nomination, sauf dans les cas de nomination temporaire ou d'octroi d'une autorisation d'urgence.

Les pouvoirs de l'agence pourraient être qualifiés de « liés » dans la mesure où l'article 240 de la loi *in fine* prévoit qu'elle est tenue d'approuver la demande si celle-ci est conforme aux plans des effectifs médicaux de l'établissement adoptés suivant l'article 378.

Les pouvoirs de l'agence dans le cadre de l'approbation d'une demande de nomination

---

<sup>32</sup> *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) c. Tribunal administratif du Québec*, 2010 QCCS 5211, par. 53. Autorisation d'en appeler accueillie : *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières c. M.G.*, 2011 QCCA 397.

<sup>33</sup> Article 240 de la loi.

ont fait l'objet d'une analyse dans la décision *Perrault c. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre*. Dans cette décision, la demande de nomination d'un médecin n'a pas été autorisée par la Régie régionale (aujourd'hui l'agence) en raison du refus du médecin de s'acquitter d'une pénalité résultant du bris de son engagement contractuel envers le Ministère de la santé et des services sociaux de pratiquer principalement dans la région de l'Outaouais. Le refus de la Régie a été invalidé et la Cour supérieure a confirmé que la nature de l'intervention de la Régie est uniquement de s'assurer de la conformité de la nomination au plan des effectifs médicaux de l'établissement :

« La Régie régionale a un droit de regard, mais celui-ci est circonscrit par la loi. (...) La Régie régionale n'intervient pas dans le processus de nomination des médecins portant sur leurs qualifications, leurs compétences scientifiques et leur comportement, mais elle exerce un contrôle sur la croissance, la suffisance des effectifs et leur répartition dans sa région. (...) La Cour donne raison au requérant que la régie intimée a un droit de regard limité et circonscrit par la loi. Elle ne peut s'ingérer dans le choix des médecins, lequel est une prérogative du conseil d'administration du centre hospitalier Fleury. »<sup>34</sup>

L'agence dispose de certains autres pouvoirs lui permettant de s'assurer de l'intégrité et du respect des plans des effectifs médicaux. Elle doit faire enquête<sup>35</sup> si elle soupçonne qu'un établissement a procédé à une nomination en violation de l'article 240 de la loi. Dans l'éventualité où une telle enquête révèle que l'établissement a effectivement contrevenu à l'article 240, une pénalité financière peut lui être imposée par l'agence, selon une formule prévue à l'article 240.2.

---

<sup>34</sup> 8 octobre 1996, AZ-96021840, p. 1 et 12 (C.S.).

<sup>35</sup> Article 240.1 de la loi. Cette enquête est régie par les dispositions de la première section du chapitre VIII de la loi, et prévoit des pouvoirs étendus à l'inspecteur désigné par l'agence. Voir également les articles 414 et 489 et suiv. de la loi.

Puisque la nomination faite par un établissement lorsque ses effectifs médicaux sont atteints est nulle, le deuxième alinéa de l'article 240.2 prévoit que l'agence peut exercer elle-même un recours en nullité d'une telle nomination, à condition que le médecin soit partie à la contravention visée à l'article 240. La jurisprudence permettra de mieux évaluer dans quelles situations un médecin pourra être considéré partie à une telle contravention.

Le médecin dont la nomination a été refusée par l'agence peut contester cette décision auprès de la Cour supérieure, par voie d'injonction, bien que le *mandamus*<sup>36</sup> puisse également être à notre avis un recours utile dans la mesure où les pouvoirs de l'agence sont liés face à un plan des effectifs dûment approuvé et qui n'est pas complet au moment de la décision du conseil d'administration.

## **2.5 Portée des privilèges et nature du statut octroyé**

La nomination d'un médecin s'exprime par une résolution du conseil d'administration dont la teneur est précisée à l'article 242 de la loi.

Cette résolution indique le statut ainsi que les privilèges conférés au médecin, et décrit la nature et le champ des activités qu'il pourra exercer ainsi que son rattachement à un

---

<sup>36</sup> Recours prévu à l'alinéa premier de l'article 844 du *Code de procédure civile*, L.R.Q., c. C-25.

département clinique ou un service clinique au sein du centre hospitalier. À ces balises générales s'ajouteront, dans le cas d'un établissement qui exploite un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, une répartition des tâches liées à l'activité clinique, à la recherche et à l'enseignement.

Les privilèges sont octroyés pour une durée minimale de deux ans et maximale de trois ans, sauf si la demande vise une nomination de moins de deux ans. La résolution doit contenir l'engagement<sup>37</sup> du médecin de respecter les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges, lesquels sont déterminés sur recommandation du CMDP et sur avis du chef de département clinique<sup>38</sup>.

Le contenu des obligations rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin, eu égard aux exigences propres d'un centre hospitalier, se dégage tout d'abord de l'article 214 qui en prévoit quatre exemples. Ces obligations peuvent prendre la forme de la participation du médecin aux activités cliniques, dont la garde, la participation à des activités de recherche ou d'enseignement, à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs. Il peut également s'agir de la participation du médecin aux activités médicales prévues à une entente avec un autre établissement pour la dispensation de services médicaux requis par un usager de cet établissement, ou pour la

---

<sup>37</sup> La portée juridique à donner à un engagement du médecin contenu à l'acte unilatéral que constitue la résolution du conseil d'administration est ambiguë. La situation est toutefois différente suite à la remise par le médecin de l'écrit visé à l'article 243 de la loi, par lequel le médecin s'engage formellement à respecter les termes apparaissant à la résolution. Voir également : J.-L. BAUDOUIN et P. MOLINARI, *Services de santé et services sociaux*, collection « Lois et Règlements », 14e édition, Montréal, Éditions Wilson et Lafleur, 2009, p. 190.

<sup>38</sup> Paragraphe (3°) de l'article 190 et paragraphe (7°) de l'article 214 de la loi.

prestation ou l'échange de services professionnels<sup>39</sup>.

Dans la décision *Bergeron c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, une entente obligeant les membres du département de psychiatrie du CHRG à participer à la garde de l'urgence du département de psychiatrie d'un autre établissement était en cours de négociation depuis plusieurs années avec comme objectif principal une liste de garde unifiée en matière d'urgence psychiatrique entre les deux établissements. Le 2 septembre 1999, le demandeur a fait parvenir sa demande de renouvellement de nomination à CHRG. En date du 29 décembre de la même année, le conseil d'administration du CHRG adopte un règlement par lequel la nomination du demandeur est renouvelée, mais rattache à la jouissance de ses privilèges des nouvelles obligations liées à la garde dans un autre établissement en vue de faciliter la mise en œuvre de l'entente projetée. Le demandeur intente une action directe en nullité de cette résolution, en raison du fait que cette entente n'était pas valide au moment de la demande de renouvellement. La Cour supérieure, constatant que certains membres du département de psychiatrie s'étaient assujettis volontairement à l'entente alors qu'elle était en voie de conclusion, la déclare toutefois inopposable au demandeur :

« [L]es dispositions dont on demande l'annulation ajoutent aux obligations rattachées aux privilèges des psychiatres et portent sur leur participation aux activités médicales prévues à une entente visée aux articles 108 et 109. Pareil ajout ne peut se faire avant que le CMDP en ait recommandé l'adoption par le conseil d'administration d'un établissement (article 214). Ce ne fut pas le cas à l'époque et même pour les années 1998 et 1999, le conseil d'administration du CHRG n'a pas ajouté l'obligation de participer à la garde psychiatrique au CHA. Sur ce point, la preuve fait état d'un contentieux difficile entre les parties et qui a finalement abouti au maintien des mêmes privilèges pour les psychiatres. »<sup>40</sup> (notre emphase)

---

<sup>39</sup> Articles 108 et 109 de la loi.

<sup>40</sup> J.E. 2002-35, par. 17 et 89 (C.S.).

La décision précitée souligne que les obligations rattachées à la jouissance des privilèges ne peuvent prendre forme que suite à une recommandation du CMDP au conseil d'administration de les adopter. Ces obligations apparaîtront par la suite à la résolution du conseil d'administration remise au médecin qui pourra en prendre connaissance et s'engager à les respecter.

Un statut est accordé au médecin en fonction de l'importance des activités hospitalières qu'il exerce dans le centre hospitalier<sup>41</sup>. Cinq catégories de statuts sont définies au règlement, soit ceux de membre actif, associé, conseil, honoraire ou résident. L'importance des activités hospitalières d'un médecin aux fins de l'attribution de son statut sera évaluée en tenant compte du degré d'activité et d'implication du médecin dans le fonctionnement du centre hospitalier et des besoins particuliers du centre<sup>42</sup>.

Le membre actif a des activités hospitalières importantes eu égard à ces critères<sup>43</sup>, alors que le membre associé a des activités moindres<sup>44</sup>. Le statut de membre conseil est accordé à un médecin reconnu pour sa compétence et son rayonnement professionnel. Celui-ci ne pourra toutefois participer que sur demande de consultation aux activités médicales du centre hospitalier<sup>45</sup>. Le statut de membre honoraire sera accordé en

---

<sup>41</sup> Article 87 du règlement.

<sup>42</sup> Alinéa 2 de l'article 87 du règlement.

<sup>43</sup> Article 89 du règlement.

<sup>44</sup> Article 90 du règlement.

<sup>45</sup> Article 91 du règlement.

reconnaissance des services rendus par un médecin à un centre hospitalier<sup>46</sup>. Le statut de médecin résident est accordé au détenteur d'un doctorat en médecine ou de son équivalent et qui effectue un stage de formation professionnelle dans un centre hospitalier affilié à une université en vue de l'obtention d'un certificat de spécialiste ou de son permis d'exercice<sup>47</sup>.

L'attribution d'un statut aura également un impact sur l'étendue de la participation autorisée d'un médecin aux activités du CMDP. Par exemple, le résident ne pourra assister que sur invitation aux assemblées et aux réunions des comités. Seul le membre actif détiendra un droit de vote aux assemblées du CMDP.

Quant aux privilèges, qui sont également accordés par un établissement au moment de la nomination, la loi n'en définit pas la nature. Le règlement prévoit que ces privilèges sont accordés en fonction du plan d'organisation et du plan des effectifs médicaux et déterminent la nature et le champ des activités médicales qu'un médecin pourra exercer dans son département. La Commission des affaires sociales, en ce qui a trait au relatif silence du législateur quant à la notion de privilèges, a écrit :

« La Commission remarque que les catégories de privilèges ne sont pas définies dans la Loi ni dans les règlements. (...) La preuve démontre que les privilèges « factuels » peuvent être qualifiés de majeurs, intermédiaires ou mineurs sans pour autant en consacrer une définition. Il faut admettre que les « privilèges majeurs » constituent une liberté d'exercice de la profession dans un champ d'activités donné et que les deux autres catégories constituent des limites graduées à cette liberté d'activité. »<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> Article 92 du règlement.

<sup>47</sup> Article 93 du règlement.

<sup>48</sup> *Services de Santé-16*, [1976] C.A.S. 668, p. 672.

Les auteurs Lajoie, Molinari et Auby soulignent que les privilèges auront un impact déterminant sur la pratique d'un médecin en ce qu'ils ne sont pas limités, contrairement aux statuts, à des catégories définies par le législateur mais pourront être modulés selon les contextes et les besoins des centres hospitaliers :

« Ainsi on remarque que la description de certains privilèges correspond plutôt à la description de restrictions. Affirmer qu'un médecin devra être assisté dans ses opérations majeures par un autre chirurgien désigné par le chef de chirurgie générale n'est pas lui accorder un privilège très étendu. De la même façon, exiger une consultation préalable à toute laparotomie constitue une restriction importante à un privilège en chirurgie majeure. Pourtant cette restriction est qualifiée de privilège. On pourrait peut-être plus justement parler d'affectation pour désigner ce que le règlement et, dans une large mesure, la pratique médicale qualifient de privilèges. Par-delà ces distinctions sémantiques, la question des privilèges revêt une importance primordiale puisqu'une fois qu'ils auront été accordés, il sera très difficile de les modifier. Il en est certes ainsi pour le statut. Mais lors même qu'il ne s'en trouve que [cinq] catégories, et que, de toute manière, chacune est réservée à une classe de praticien, la variété des privilèges et des affectations est susceptible de marquer profondément la pratique d'un médecin ou d'un dentiste. »<sup>49</sup>

Remarquons que le règlement prévoit que les privilèges sont accordés par l'établissement en tenant compte du plan des effectifs médicaux. En effet, c'est par l'octroi de privilèges de pratique que l'établissement pourra s'assurer que le centre hospitalier dispose des médecins requis afin de poser les actes médicaux contenus aux différents programmes cliniques apparaissant au plan d'organisation, dans les limites du nombre maximal de médecins autorisés à pratiquer dans les divers départements.

La loi prévoit à l'article 242.1 que la résolution par laquelle le conseil d'administration accepte la demande de nomination d'un médecin doit également porter la mention que la

---

<sup>49</sup> A. LAJOIE, P.MOLINARI et J.-M. AUBY, *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1981, p.486.

nomination est conforme au plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement approuvés par l'agence, que cette dernière a approuvé la demande de nomination du médecin et que le médecin en a été informé. Le médecin sera appelé à fournir un écrit<sup>50</sup> par lequel il confirme avoir pris connaissance de cette résolution du conseil d'administration, et ne pourra exercer sa profession dans le centre où il a été nommé que s'il fournit cette confirmation.

## **2.6 Les recours du médecin en cas de refus de nomination**

### **2.6.1 À l'encontre d'une décision du conseil d'administration**

L'article 252 de la loi accorde un droit d'appel au médecin insatisfait d'une décision rendue à son sujet en matière de refus de nomination:

«252. Un médecin ou un dentiste qui n'est pas satisfait d'une décision rendue à son sujet, fondée sur des critères de qualification, de compétence scientifique, de comportement ou portant sur les mesures disciplinaires peut, dans les 60 jours suivant la date à laquelle la décision lui a été notifiée, contester cette décision devant le Tribunal administratif du Québec ».

Il importe de retenir que cette disposition ouvre à un appel au T.A.Q. dans les seuls cas d'une décision rendue par le conseil d'administration fondée sur des critères de qualifications, de compétence scientifique ou de comportement, bien que, comme nous l'avons vu, un refus de nomination peut se fonder sur d'autres critères, tel que le plan d'organisation de l'établissement.

Les pouvoirs d'intervention du T.A.Q. en matière d'appel d'un refus de nomination

---

<sup>50</sup> Article 243 de la loi.

découlent de sa loi habilitante, soit la Loi sur la justice administrative, qui prévoit à son article 15 que:

« Le Tribunal a le pouvoir de décider de toute question de droit ou de fait nécessaire à l'exercice de sa compétence.

Lorsqu'il s'agit de la contestation d'une décision, il peut confirmer, modifier ou infirmer la décision contestée et, s'il y a lieu, rendre la décision qui, à son avis, aurait dû être prise en premier lieu. »<sup>51</sup>

Remarquons que, suite à l'entrée en vigueur de la *Loi sur la justice administrative* en 1998, la section des affaires sociales du T.A.Q. a succédé à la Commission des affaires sociales<sup>52</sup> comme instance compétente pour entendre les recours à l'encontre d'une décision du conseil d'administration d'un établissement logés en vertu des articles 252 et 205 de la loi<sup>53</sup>. Le pouvoir d'intervention de la Commission était prévu à l'article 25 de sa loi constitutive qui prévoyait que:

« la Commission peut confirmer la décision portée devant elle; elle peut aussi l'infirmer et elle doit alors rendre la décision qui selon elle aurait dû être rendue en premier lieu ».

La Cour supérieure, dans la décision *Huot c. Centre hospitalier de Trois-Rivières*, a eu l'occasion de confirmer les limites du pouvoir d'intervention de la Commission des affaires sociales dans le cadre d'un appel pour cause de refus de nomination. Dans cette

<sup>51</sup> Il est à noter que cette disposition s'applique également en matière de refus de renouvellement ou de contestation de mesures disciplinaires.

<sup>52</sup> Instance formée par la *Loi sur la Commission des affaires sociales*, L.R.Q., c. C-34.

<sup>53</sup> Cette compétence sur les recours logés en vertu des articles 252 et 205 de la loi sont prévus au paragraphe 12° de l'article 3 de l'Annexe 1 de la *Loi sur la justice administrative*, qui traite de la compétence de la section des affaires sociales du Tribunal. Pour ce qui est de la Commission, sa compétence en pareilles matières était prévue au paragraphe f.1) de l'article 21 de la *Loi sur la Commission des affaires sociales*. Pour ce qui est des recours en vertu de l'article 205 de la loi, voir *supra*, p. 55.

affaire, un seul poste était disponible à titre de membre actif au sein du service de médecine nucléaire de l'établissement intimé. Le requérant a vu sa demande de nomination refusée en raison du nombre restreint des effectifs prévus au plan des effectifs médicaux et du nombre de candidatures reçues, et en appelé à la Commission des affaires sociales, laquelle a confirmé la décision de l'établissement. La Cour supérieure, saisie d'une demande de révision judiciaire, a confirmé la décision de la Commission :

« La Commission n'a pas compétence pour substituer sa décision à une décision du conseil d'administration qui accepte ou refuse la demande du médecin sur les bases suivantes : (1) le plan d'organisation de l'établissement ; (2) le nombre de médecins et de dentistes autorisés dans le plan d'organisation ; (3) les ressources disponibles ; (4) les exigences propres à l'établissement ; (5) la vocation suprarégionale de l'établissement déterminée par le ministre (...)

Dans le cas à l'étude, le conseil d'administration avait à faire un choix entre différents candidats. La décision ne s'appuie pas sur le fait que le Dr Huot ne posséderait pas la compétence ou les qualifications professionnelles pour remplir le poste. Le conseil a fondé sa décision sur de nombreux éléments qui relèvent de sa compétence exclusive et sur lesquels la Commission des affaires sociales n'a aucun droit de regard. Bien sûr les qualifications du Dr Huot ont été examinées, mais dans le contexte des besoins propres à l'établissement. À tort ou à raison, le conseil d'administration a jugé qu'une autre candidate, possédant aussi les qualifications, répondait d'avantage aux exigences du moment. »<sup>54</sup>

Il se dégage de cette décision un limite importante au pouvoir d'intervention du Tribunal lorsque l'établissement fonde son refus de nomination sur de motifs de nature administrative ou relevant de l'organisation ou de ses ressources propres. Dans une décision rendue en 2004, *M.D. c. Centre de santé et de service sociaux A.*<sup>55</sup>, un plan d'organisation qui avait été approuvé postérieurement au refus d'une demande de nomination n'a pas été un élément permettant de faire perdre compétence au T.A.Q. saisi d'un appel quant au refus de nomination. En effet, l'existence d'un plan d'organisation en vigueur s'apprécie au moment de la décision du conseil d'administration et non au

<sup>54</sup> J.E. 98-2073, p. 6 (C.S.). Voir également : *Brox c. Cyr*, 10 mai 2004, AZ-50236103 (C.S.).

<sup>55</sup> 2008 QCTACQ 17197.

moment de l'audition de l'appel.

Comme l'auteur Sylvain Poirier en fait état, les limitations statutaires aux motifs d'appel d'un médecin insatisfait de la décision rendue sur sa demande de nomination sont le fruit de développements législatifs dont la résultante a été d'étendre l'autonomie des établissements dans leur choix relevant de l'opportunité administrative, en les soustrayant au pouvoir d'intervention du T.A.Q. :

« Nos tribunaux, largement influencés par l'évolution législative et réglementaire en matière de nomination du médecin en milieu hospitalier, ont graduellement participé à la reconnaissance du principe de subordination juridique du médecin au centre hospitalier. En effet, ils ont d'abord affirmé que la version originale de la *Loi de 1971* est ses règlements, inspirée par la *loi des hôpitaux* et ses règlements, garantissait au candidat médecin l'acceptation de sa demande d'admission auprès d'un centre hospitalier, à défaut par ce dernier de démontrer que le médecin ne détenait pas les qualifications ou les compétences requises, ou que son comportement était défaillant et ce, sans égard aux contraintes organisationnelles ou aux limitations de ressources du centre hospitalier. Par la suite, c'est-à-dire après l'adoption de *loi de 1974*, de la *loi de 1978* et de la *loi de 1981*, les tribunaux ont reconnu que la nomination du médecin en milieu institutionnel caractérisé par les exigences propres au centre hospitalier, par ses ressources disponibles, son plan d'organisation et ses effectifs médicaux, reléguant ainsi au second plan les critères qualitatifs associés à la dispensation par la médecine de services médicaux de qualité.

(...)

Les contraintes organisationnelles justifiant l'imposition de limitation à l'admission des médecins en milieu hospitalier, imposées à l'abri de toute intervention quasi-judiciaire, demeurent inchangées (depuis l'adoption de la *loi de 1991*) et relèguent au second plan le droit d'exercice de la pratique médicale en milieu hospitalier au profit des priorités et des besoins de l'établissement. »<sup>56</sup>

L'établissement est lié par les motifs contenus à la décision motivée qu'il achemine au médecin en application de l'article 241, et il ne peut alors invoquer d'autres motifs a

---

<sup>56</sup> S. POIRIER, *Le contrôle de l'exercice de la médecine en milieu hospitalier*, Montréal, Éditions Revue de droit, 1994, p. 88 et 91.

*posteriori*<sup>57</sup>. Une demande de privilèges supplémentaires ou une demande de changement de statut sera assimilée à une nouvelle demande de nomination et donnera ouverture aux mêmes recours en cas de refus<sup>58</sup>.

### 2.6.2 En cas d'absence de réponse dans les délais prescrits

L'article 241 de la loi prévoit le délai de réponse applicable aux demandes de nomination :

« **Décision écrite.** Le conseil d'administration doit, dans les 90 jours de la réception de la demande de nomination ou de renouvellement, transmettre au médecin ou au dentiste une décision écrite. De plus, tout refus doit être motivé par écrit. »

En l'absence de réponse dans les délais prévus à la loi, le médecin dispose d'un recours en vertu du deuxième alinéa de l'article 252 :

« **Demande au Tribunal.** Il peut en outre saisir le Tribunal dans les 60 jours de l'expiration du délai prévu à l'article 241, comme s'il s'agissait d'une décision défavorable, si aucune décision portant sur sa demande de nomination ne lui a été transmise dans les délais prévus à cet article. »

Le pouvoir d'intervention du T.A.Q. en cas d'absence de réponse est d'une nature particulière en ce que la jurisprudence considère alors que l'établissement a renoncé à exercer son pouvoir décisionnel en faveur du Tribunal<sup>59</sup>. Dans une décision rendue en 1984 et applicable par analogie aux dispositions de la loi actuelle, la Commission des affaires sociales a reconnu qu'un recours fondé sur le deuxième alinéa de l'article 132 de

---

<sup>57</sup> *Services de Santé et Services Sociaux-15*, [1980] C.A.S. 901, p. 903.

<sup>58</sup> *M.M. c. Centre hospitalier de Régional de Trois-Rivières*, 6 février 2002, AZ-50114627 (T.A.Q.).

<sup>59</sup> *Services de Santé et Services Sociaux-4*, précité, note 19, p. 517.

la loi (aujourd'hui devenu le 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article 252 de la loi) est à distinguer d'un recours fondé sur le premier alinéa de l'article 132 (aujourd'hui le 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 252) en ce que dans le premier cas, le centre peut se substituer au conseil d'administration et a alors compétence pour évaluer tant les critères de qualification ou de compétence propres à la candidature que les critères organisationnels tels que l'état du plan des effectifs médicaux de l'établissement :

« En édictant le deuxième alinéa de l'article 132 de la Loi [aujourd'hui le 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article 252], l'intention du législateur était sûrement d'attribuer à un médecin ou un dentiste le droit de soumettre directement sa candidature à la Commission, lorsque, après un certain délai, le centre hospitalier où il désire exercer sa profession refuse ou néglige de rendre une décision. (...) »

Cette interprétation (...) est d'autant plus logique qu'à l'audition d'un tel appel un centre hospitalier, qui entend le contester, se trouve dans l'impossibilité absolue de référer à des motifs précis de refus de l'article 130 [aujourd'hui l'article 238] sur lesquels son conseil d'administration aurait pu se fonder, puisque justement cet appel n'a été rendu possible que parce qu'il n'a pas cru bon de le faire. Il en découle donc que la Commission n'a d'autre choix que celui d'entendre une preuve portant sur l'ensemble des critères de l'article 130 aux fins de recueillir toutes les données nécessaires devant lui permettre de rendre la décision que le conseil d'administration aurait dû rendre. »<sup>60</sup>

Si le centre hospitalier néglige de répondre à une demande de nomination dans les délais légaux, pour invoquer à l'audition des motifs fondés sur ses ressources limitées ou ses effectifs médicaux autorisés, le T.A.Q. conservera donc compétence même si un refus du centre hospitalier fondé sur ces mêmes motifs n'aurait pas été susceptible d'appel si il avait été acheminé en temps opportun au candidat.

Dans une décision majoritaire de la Commission des affaires sociales contemporaine à la décision précitée, le conseil d'administration du centre hospitalier intimé n'a jamais

---

<sup>60</sup> *Id*, p.520.

répondu à la demande de nomination du médecin, mais ce fut plutôt par l'intermédiaire du directeur général qu'un refus a été exprimé. Le centre hospitalier intimé a invoqué que l'appel pour absence de réponse dans les délais légaux intenté par le médecin était irrecevable puisque fondé sur des critères relevant du plan d'organisation et les ressources du centre hospitalier. La Commission rejette l'objection et confirme sa compétence. Toutefois, l'étude de l'ensemble des critères pertinents à la demande de nomination résulte en un refus de la candidature par la Commission compte tenu du nombre déjà important de médecins admis au sein du département de gynécologie-obstétrique :

« (D)ans le cas en espèce, où le conseil d'administration de l'intimé ne s'est pas prononcé sur la demande de nomination de l'appelant, la Commission avait juridiction pour entendre et disposer de son appel quoique les motifs invoqués à l'audition par le représentant de l'intimé soient exclusivement fondés sur le 6<sup>e</sup> alinéa de l'article 130 de la Loi (aujourd'hui le 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 238)

Procédant sur le fond de l'appel (...) la Commission en est arrivée, après examen approfondi de la preuve (...) à la conclusion que le nombre restreint de lits du centre hospitalier intimé, le nombre imposant de médecins déjà admis à son département de gynécologie-obstétrique et la nécessité dans laquelle il se trouvait de limiter le volume de ses accouchements, ne lui permettaient pas d'admettre un autre gynécologue au sein de son Conseil des médecins et dentistes. »<sup>61</sup>

### 2.6.3 Pluralités de candidatures et effets juridiques d'une nomination par le Tribunal administratif du Québec

L'effet juridique d'une décision par laquelle le T.A.Q. infirme la décision du conseil d'administration d'un établissement ayant refusé une demande de nomination et ordonne la nomination du médecin soulève certains enjeux, plus particulièrement lorsque le plan des effectifs médicaux du centre est complet au moment de la décision.

---

<sup>61</sup> *Services de Santé et Services Sociaux-5*, précité, note 16, p. 525.

Dans les circonstances où le T.A.Q. annule la décision d'un conseil d'administration et nomme le médecin, en rendant ainsi *la décision qui aurait dû être prise en premier lieu*, il découle que la nomination ainsi rendue prend effet à compter de la décision infirmée du conseil d'administration et remplacée par celle du Tribunal. Il est donc possible qu'une nomination effectuée par un conseil d'administration suite à un refus de nomination d'un candidat précédent –lequel refus aurait été par la suite infirmé par le Tribunal- entraîne l'application de l'article 239 de loi et que la nomination du conseil d'administration soit rétroactivement annulée si elle a occasionné un dépassement des effectifs médicaux autorisés.

Le T.A.Q., en cas de refus de nomination ou en cas d'absence de réponse dans les délais prévus -équivalent juridique d'un refus- ne peut pas «dénommer» des candidats et n'a compétence que sur le dossier de l'appelant<sup>62</sup>.

### ***3. Le cas particulier du refus de renouvellement du statut et des privilèges du médecin***

Puisque les privilèges accordés à un médecin au moment de sa nomination sont d'une durée maximale de trois ans, la poursuite de ses activités professionnelles au sein d'un établissement nécessite la formulation d'une demande de renouvellement.

---

<sup>62</sup> *Services de santé et services sociaux* -11, 12 septembre 1997, AZ-97051036 (T.A.Q.).

Certaines dispositions de la loi abordent conjointement les demandes de nomination et de renouvellement, et notamment, toutes deux seront soumises à des conditions de forme soit celles de respecter la procédure prévue au règlement<sup>63</sup>.

Le deuxième alinéa de l'article 237 prévoit qu'« à moins d'avis contraire, le médecin est réputé avoir formulé une demande de renouvellement de nomination selon les termes de sa dernière demande<sup>64</sup> ». C'est-à-dire que le médecin sera réputé, à l'arrivée du terme de sa nomination ou des renouvellements subséquents, avoir formulé une demande visant l'obtention des privilèges et du statut ayant fait l'objet de sa dernière demande de nomination ou de renouvellement de ses statuts ou privilèges.

Notons que cette règle soulève un enjeu particulier dans le cas où le médecin aurait obtenu de l'établissement un statut et des privilèges moindres que ceux figurant à sa dernière demande. Le contenu réputé de sa demande de renouvellement par la suite, qui porterait donc sur des privilèges plus larges que ceux effectivement exercés par le médecin, pourrait alors équivaloir à une demande de privilèges supplémentaires, reconnus par la jurisprudence comme une nouvelle demande de nomination<sup>65</sup>, avec les conséquences que nous avons étudiés quant aux motifs supplémentaires de refus alors disponibles à l'établissement dans un tel cas. Il est cependant envisageable que l'acceptation par le médecin de privilèges moindres que ceux initialement demandés

---

<sup>63</sup> Alinéa 3 de l'article 237 de la loi.

<sup>65</sup> *Supra*, note 58.

puisse servir de repère pouvant guider le Tribunal dans l'appréciation du contenu de la demande de renouvellement.

L'article 242 prévoit que les privilèges sont renouvelés pour une durée minimale de deux années, sauf si la demande de renouvellement vise une durée inférieure. À tout évènement, tant la nomination initiale que ses renouvellements successifs sont d'une durée maximale de trois années.

L'une des distinctions majeures qui se dégage de l'encadrement juridique prévu par la loi entre les demandes de nomination et les demandes de renouvellement de privilèges réside dans les motifs disponibles à l'établissement aux fins de les apprécier. Si des motifs relevant tant du plan d'organisation de l'établissement que propres au dossier professionnel du médecin peuvent être invoqués par un conseil d'administration pour refuser une demande de nomination, seul ce dernier ordre de motif peut être invoqué dans le cadre d'une demande de renouvellement des privilèges, comme le prévoit le quatrième alinéa de l'article 238 de la loi :

« **Restriction.** Une demande de renouvellement de nomination ne peut être refusée par le conseil d'administration qu'en fonction des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin ou du dentiste, eu égard aux exigences propres à l'établissement, et du respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges. »

Cette disposition a pour effet d'assurer une protection accrue au médecin une fois admis au sein d'un établissement puisque le plan d'organisation et le plan des effectifs médicaux ne peuvent être invoqués subséquemment à la nomination initiale. Les motifs

d'un refus de renouvellement prévus à la loi relèvent donc de la qualification, la compétence scientifique ou le comportement du médecin. Le non-respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges<sup>66</sup> constitue également un motif de refus de renouvellement. Le conseil d'administration d'un établissement qui exploite un centre hospitalier universitaire ou un institut universitaire a également l'obligation de consulter l'université d'affiliation avant de statuer puisque le cinquième alinéa de l'article 238 de la loi qui prévoit cette exigence de consultation s'applique tant à une demande de renouvellement de statuts et privilèges qu'à une demande de nomination.

Le renouvellement du statuts et des privilèges du médecin peut être considéré comme participant du régime de contrôle continu de la médecine mis en place la loi et qui prévoit qu'il est de la responsabilité du CMDP de contrôler les qualifications et la compétence d'un médecin qui présente une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur le statut et les privilèges à lui accorder<sup>67</sup>. Cette responsabilité, comme nous l'avons vu, est assumée par le comité d'examen des titres.

C'est sans doute en raison de la certaine homologie entre la finalité de la révocation des privilèges et de leur non-renouvellement, que d'aucuns ont été tentés de soutenir que compte tenu de la sévérité des impacts d'un non-renouvellement notamment sur la liberté professionnelle et la pratique du médecin, son prononcé devrait être assujetti aux mêmes protections que celles applicables au processus disciplinaire prévu à la loi, c'est-à-dire

---

<sup>66</sup> Sur le contenu de ces obligations, voir *infra*, p. 15.

<sup>67</sup> Paragraphe (3<sup>o</sup>) de l'article 214 de la loi.

notamment la tenue d'une audition devant un comité de discipline du CMDP, instance assujettie à l'application de diverses garanties procédurales, puis, subséquemment, la tenue d'une audition devant le conseil d'administration de l'établissement<sup>68</sup>. La Cour d'appel, dans la décision *Bernard c. Commission des affaires sociales*<sup>69</sup>, a cependant confirmé que le non-renouvellement n'est pas assujetti à la procédure disciplinaire prévue à la loi.

Ont été reconnus comme un refus de renouvellement par la jurisprudence l'ajout de restrictions dont les privilèges étaient jusqu'alors exempts, par exemple l'obligation de consulter dans le cas d'une tumeur maligne au sein<sup>70</sup>, ou la transformation de privilèges en chirurgie générale en privilèges en chirurgie digestive<sup>71</sup>.

Un refus de renouvellement de nomination donne ouverture à un recours devant le T.A.Q. en application de l'article 252 de la loi. Ce recours est limité aux seules décisions rendues par le conseil d'administration qui se fondent sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin ou dentiste.

La question de savoir si un refus de renouvellement fondé sur le non-respect par le

---

<sup>68</sup> Sur la procédure disciplinaire, voir *supra*, p. 91 et suiv.

<sup>69</sup> Voir *Bernard c. Commission des affaires sociales*, 23 octobre 2000, AZ-50079878, par. 58-60 (C.A.).

<sup>70</sup> *Services de santé et services sociaux-I*, [1978] C.A.S. 311.

<sup>71</sup> *Hôpital St-Luc c. Lafrance*, précité, note 30. Pour un recensement de certaines situations ayant été considérées comme un refus de renouvellement, voir S. POIRIER, *op. cit.*, note 56, p. 95.

médecin des obligations rattachées à la jouissance de ses privilèges<sup>72</sup> est sujet à contestation devant le Tribunal soulève certains enjeux. Mentionnons que tant un refus de renouvellement que l'imposition de mesures disciplinaires peuvent être fondés sur le non-respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges du médecin. En effet, l'article 249 de la loi prévoit expressément que des mesures disciplinaires peuvent être fondées sur le non-respect des termes apparaissant à la résolution visée à l'article 242 de la loi, laquelle renvoie à l'engagement du médecin de respecter les obligations rattachées à la jouissance de ses privilèges. L'article 252 de la loi ne donne cependant ouverture à un recours dans le cas de mesures disciplinaires ou de décisions concernant la qualification, la compétence ou le comportement du médecin, et ne prévoit pas de recours fondé expressément sur une autre catégorie de motifs comme le non-respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges.

Nous sommes donc d'avis que ce n'est en conséquence que dans le contexte de la contestation de mesures disciplinaires qu'un débat portant sur le respect par le médecin des obligations rattachées à la jouissance de ses privilèges pourra prendre place. Si certains auteurs ont pu constater que cette question pourrait demeurer ouverte puisque n'ayant pas encore fait l'objet d'un jugement<sup>73</sup>, nous partageons, compte tenu de ce qui précède, l'avis de certains autres qui considèrent comme indisponible un recours au T.A.Q. d'un non-renouvellement fondé sur de tels motifs<sup>74</sup>.

---

<sup>72</sup> Motif de refus de renouvellement prévu à l'alinéa 4 de l'article 238 *in fine* de la loi.

<sup>73</sup> Voir S. POIRIER, *op. cit.*, note 56, p. 102.

<sup>74</sup> J.-L. BAUDOIN et P. MOLINARI, *op. cit.*, note 37, p.187.

Le conseil d'administration dispose d'un délai de 90 jours afin de statuer sur toute demande de renouvellement de privilèges et, advenant un refus, doit le motiver par écrit. Tout comme en matière de refus de nomination, seuls les motifs apparaissant à la résolution du conseil d'administration auront à être considérés au moment d'une contestation devant le T.A.Q., le conseil étant en pratique forclos d'en invoquer d'autres<sup>75</sup>. Dans l'éventualité où le conseil d'administration ne se prononce pas dans les délais légaux sur une demande de non-renouvellement, il semble que le recours au Tribunal est indisponible puisque le deuxième alinéa de l'article 252 ne donne ouverture à un appel que dans le cas où aucune décision portant sur une demande de nomination n'est transmise. En pratique, les privilèges et statut octroyés au médecin seront continués jusqu'à ce qu'une décision de l'établissement soit rendue quant à leur renouvellement, le médecin n'ayant pas à être pénalisé par le défaut de réponse de l'établissement.

#### ***4. L'encadrement normatif des activités du médecin propre au centre hospitalier***

##### **4.1 Règles générales applicables à tout établissement**

###### 4.1.1 Paramètres des services offerts par l'établissement

L'alinéa premier de l'article 105 de la loi contient à la fois une obligation et une habilitation conférée par le législateur à tout établissement de déterminer les services de santé et les services sociaux qu'il met à la disposition des usagers. Il est également prévu à l'alinéa deuxième de cet article que l'établissement fixe les paramètres des services de

---

<sup>75</sup> *Services de Santé et Services Sociaux-6*, [1986] C.A.S. 578.

santé et de services sociaux qu'il dispense et soumet ces paramètres à l'approbation de l'agence. Mentionnons que l'expression « paramètres de services » ne se trouve pas définie, ou même employée ailleurs dans le texte de la loi.

La lettre de cet article confère en apparence une autonomie étendue aux établissements dans le contrôle et l'énonciation de leur prestation de services aux usagers. Il semble toutefois que l'étude de la portée à donner à cet article ne puisse être complétée sans évaluer les limites inhérentes qu'occasionne l'octroi d'un permis sur le champ des activités qu'un établissement peut occuper. Bien que l'article 105 n'y renvoie pas expressément, un établissement titulaire d'un permis exerce ses activités en conformité avec ce permis<sup>76</sup>, lequel est délivré par le ministre en fonction des différentes missions<sup>77</sup> des centres pouvant être exploités par les établissements.

La mission d'un centre hospitalier<sup>78</sup> est celle de recevoir des usagers, principalement sur référence, et de leur offrir des soins médicaux généraux et spécialisés, des services psychosociaux spécialisés, préventifs et de réadaptation ainsi que des services de diagnostic. Il incombe au centre de s'assurer que les services requis soient fournis à l'intérieur de ses installations ou de s'assurer que l'utilisateur soit redirigé rapidement vers

---

<sup>76</sup> L'article 444 de la loi prévoit une obligation pour tout établissement d'exercer ses activités en conformité avec son permis.

<sup>77</sup> L'article 79 de la loi prévoit d'une manière limitative les cinq différents centres reconnus par la loi qu'exploitent les établissements, soit un centre local de services communautaires; un centre hospitalier; un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse; un centre d'hébergement et de soins de longue durée ainsi qu'un centre de réadaptation.

<sup>78</sup> Article 81 de la loi.

les ressources adéquates. Puisque les services rendus disponibles par un centre hospitalier le sont en principe principalement sur référence, ces services sont souvent qualifiés de services dits de « deuxième ligne<sup>79</sup> ».

La possibilité pour un établissement de fixer à la fois les « services » et les « paramètres » de santé et de services sociaux rendus disponibles aux usagers semble donc se limiter au pouvoir de préciser quels services seront offerts aux usagers par l'établissement dans le cadre plus large du permis octroyé. Cette interprétation apparaît par ailleurs conforme au premier alinéa de l'article 105 *in fine* qui prévoit expressément que la détermination des services offerts est complétée en tenant compte des missions de tout centre exploité par l'établissement. Sous cet angle, la détermination des services offerts par l'établissement aura un impact direct sur le nombre et la spécialité des médecins prévus au plan des effectifs médicaux d'un établissement.

Retenons que la fixation des paramètres de services par un établissement ne saurait faire abstraction de l'obligation qui incombe à tout établissement autre qu'une instance locale<sup>80</sup> de contribuer significativement à la définition du projet clinique et organisationnel initié par une instance locale et de préciser à l'agence l'offre de services qu'il rend disponible au palier local, régional ou suprarégional, tel que le prévoit l'article 105.1, depuis l'entrée en vigueur des modifications apportées à la loi en 2005<sup>81</sup>.

---

<sup>79</sup> Bien que le terme service de « deuxième ligne » n'est pas expressément prévu à la loi, l'article 80 prévoit que les centres locaux de services sociaux et communautaires fournissent des services de « première ligne ». Il s'agit de services généraux offerts sans que l'utilisateur soit référé au préalable, en opposition avec les services spécialisés (deuxième ligne), ou surspécialisés (troisième ligne) offerts en centre hospitalier.

<sup>80</sup> Sur cette notion, voir *supra*, note 202.

<sup>81</sup> L.Q. 2005, c. 32, a. 52.

Mentionnons par ailleurs que la loi contient des mesures visant à assurer la rationalité et la cohérence de l'offre de services de santé et de services sociaux rendus disponibles aux usagers sur l'ensemble du territoire de la province du Québec, divisé en réseaux locaux de services de santé et de services sociaux<sup>82</sup>. Ces mesures sont mises en œuvre tant à l'initiative du ministre, de l'agence régionale, des instances locales que des établissements – pensons à titre d'exemple au rôle du comité consultatif à la direction générale qui doit recommander au directeur général des moyens pour assurer la complémentarité des services offerts par le centre hospitalier en regard notamment des services offerts dans d'autres établissements de la même région<sup>83</sup>.

#### 4.1.2 Plans d'organisation et des ressources médicales

Les plans d'organisation et des ressources peuvent se concevoir comme l'énoncé par un établissement des différentes structures hiérarchiques par lesquelles s'exercent ses activités, en fonction des limites inhérentes à son permis.

L'article 183 de la loi prévoit qu'il est obligatoire pour un établissement de préparer un tel plan d'organisation et des ressources, lequel décrit ses structures administratives, l'organisation de ses cadres, ainsi que les services, départements et programmes cliniques

---

<sup>82</sup> Sur cette notion, voir *supra*, note 212.

<sup>83</sup> Paragraphe (2°) de l'article 17 du règlement.

offerts. La notion de « programme clinique » n'est pas définie à la loi mais renvoie à l'utilisation d'une approche de gestion visant à intégrer au sein de programmes l'ensemble des interventions, de nature médicale ou autre, impliquées dans le parcours d'un usager dans un centre hospitalier<sup>84</sup>. Les programmes cliniques pourront être développés en considération du cadre plus large formé par les paramètres des services offerts par l'établissement<sup>85</sup>.

Remarquons également qu'un établissement ne peut offrir certains services ultraspécialisés tels que la chirurgie cardiaque, la chirurgie néonatale ou la neurochirurgie<sup>86</sup> sans avoir au préalable obtenu du ministre une autorisation écrite<sup>87</sup>.

Cette norme témoigne de l'encadrement exercé par l'État sur l'offre de services ultraspécialisés par les établissements dans le but de favoriser l'intégration des services de santé dans la province. Certains établissements peuvent se voir dotés par le ministre d'une vocation suprarégionale à l'égard de certains services<sup>88</sup>.

Sur recommandation du CMDP, le plan d'organisation indique également de quel département ou service relèveront les différents actes médicaux d'un programme clinique donné, contribuant ainsi à préciser de quel département relève la prestation d'actes

---

<sup>84</sup> Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation, *Terminologie : notion de programme clinique*, [En ligne]. <https://sites.google.com/site/sitedelafedmer/programmes-cliniques-et-mpr#TOC-Terminologie:-notion-de-programme-c> (consultée le 28 décembre 2010).

<sup>85</sup> J.-L. BAUDOIN et P. MOLINARI, *op. cit.*, note 37, p.142.

<sup>86</sup> Article 18 du règlement.

<sup>87</sup> Article 113 de la loi.

<sup>88</sup> Article 112 de la loi.

médicaux, en particulier dans des conditions impliquant l'intervention de professionnels issus de plusieurs départements cliniques différents<sup>89</sup>. Ce rattachement des actes médicaux à des départements cliniques contribue au contrôle de l'activité professionnelle du médecin en encadrant sa pratique par les limites d'attribution propres au département au sein duquel il a été nommé<sup>90</sup>.

La loi prévoit à l'alinéa premier de l'article 184 le contenu minimal du plan des effectifs médicaux et dentaires préparé par un centre hospitalier. Un tel plan doit prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniques dont dispose l'établissement et indiquer le nombre de médecins généralistes et de médecins spécialistes qui seront admis à pratiquer dans chaque département clinique, en tenant compte du permis détenu par l'établissement, des ressources financières, des objectifs de croissance et de décroissance visés à l'article 377 de la loi ainsi que du plan régional des effectifs médicaux élaboré par l'agence et approuvé par le ministre<sup>91</sup>.

Dans le cas d'un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, le plan indiquera la répartition entre des tâches reliées à l'activité clinique des médecins, à la recherche et à l'enseignement, précisant les différents rôles qu'un médecin exerçant dans un tel centre peut jouer dans le quotidien de la pratique. À l'exception des centres

---

<sup>89</sup> J.-L. BAUDOUIN et P. MOLINARI, *op. cit.*, note 37, p.142.

<sup>90</sup> Remarquons que le règlement prévoit à son article 66 que le plan d'organisation doit indiquer le rattachement à des départements donnés des *disciplines* médicales, plutôt que des *actes médicaux* tel que le prévoit la loi. La norme prévue à la loi résulte en un contrôle additionnel sur la pratique des médecins dans le contexte où certains actes médicaux peuvent être pratiqués par des médecins relevant de différentes disciplines ou spécialités.

<sup>91</sup> Articles 377 et 378 de la loi.

hospitaliers exploités par les établissements désignés par décret du gouvernement, tout centre hospitalier doit prévoir minimalement la formation d'un département clinique de médecine générale qui doit être sous la responsabilité d'un médecin omnipraticien<sup>92</sup>.

Le règlement prévoit des éléments additionnels au contenu du plan d'organisation d'un centre hospitalier. Notamment, le plan d'organisation d'un centre hospitalier doit prévoir la formation d'un département clinique de radiologie ainsi qu'un département clinique de laboratoire de biologie médicale<sup>93</sup>.

L'alinéa deuxième de l'article 184 de la loi prévoit que le contenu de cette partie du plan d'organisation spécifique à un centre hospitalier doit être transmis à l'agence aux fins d'approbation en application de l'article 378, après avoir fait l'objet d'une consultation auprès du CMDP, et, dans le cas d'un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, après consultation de l'université à laquelle l'établissement est affilié. Une fois approuvé par l'agence, cette partie du plan d'organisation d'un centre hospitalier constitue le plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement.

Le règlement prévoit également que le plan des effectifs médicaux et dentaires doit indiquer à l'agence les critères utilisés par l'établissement afin de déterminer les effectifs médicaux requis pour l'exploitation du centre hospitalier, en tenant compte notamment

---

<sup>92</sup> Article 185 de la loi.

<sup>93</sup> Article 70 du règlement. Le département clinique de biologie médicale doit comprendre notamment l'anatomopathologie, la biochimie, l'hématologie et la microbiologie, lesquelles disciplines peuvent également faire l'objet de départements indépendants au choix de l'établissement.

des ressources humaines, financières et matérielles disponibles, des activités d'enseignement et de recherche pouvant prendre place au sein du centre, de la vocation régionale, sous-régionale, régionale ou supra-régionale du centre, mais également en considération du nombre de médecins qui y exercent déjà leur profession<sup>94</sup>. Le plan d'organisation doit de plus prévoir la formation d'un département de pharmacie, placé sous l'autorité d'un pharmacien titulaire d'un diplôme ou d'un certificat en pharmacie d'hôpital, ou possédant une expérience équivalente<sup>95</sup>.

Le plan d'organisation d'un établissement doit prévoir la formation d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques du centre hospitalier qui permettra en outre à l'utilisateur d'être informé de la date prévisible d'obtention de ces services de même que de toute mesure de rechange temporaire pouvant lui être offerte<sup>96</sup>, d'un comité de gestion des risques<sup>97</sup> et tout autre élément requis par la loi ou par règlement du gouvernement pris en vertu des paragraphes 11 et 13 de l'article 505 de la loi<sup>98</sup>.

Les plans d'organisation et des effectifs médicaux doivent être révisés au moins tous les

---

<sup>94</sup> Article 84.5 du règlement.

<sup>95</sup> Articles 76 et 77 du règlement. Ce sera le chef du département de pharmacie qui, sous l'autorité du directeur des services professionnels, sera appelé à élaborer les règles d'utilisation des médicaments et les modalités encadrant l'émission et l'exécution des ordonnances dans le centre hospitalier.

<sup>96</sup> Article 185.1 de la loi.

<sup>97</sup> Article 183.1 de la loi.

<sup>98</sup> Article 187 de la loi.

trois ans<sup>99</sup>, ces derniers demeurant valides tant que l'agence ne s'est pas prononcée sur toute version révisée qui lui est acheminée par l'établissement pour fin d'approbation<sup>100</sup>.

Le plan d'organisation et plus particulièrement le plan des effectifs médicaux auront une incidence sur la liberté de pratique et l'autonomie professionnelle des médecins exerçant leur profession en centre hospitalier. Par la présence de limites quant au nombre de médecins généralistes et spécialistes requis dans les différents départements du centre hospitalier, le plan des effectifs médicaux crée un véritable contingentement en matière de recrutement de médecins. La loi opère également un encadrement de la prestation des actes médicaux eux-mêmes en les incorporant tout d'abord à un programme clinique, lequel relèvera d'un département ou d'un service et ces actes ne pourront en conséquence être posés que par des médecins relevant de ce département ou service.

#### 4.1.3 Pouvoir règlementaire du conseil d'administration

Les activités d'un établissement exploitant un centre hospitalier sont exercées par son conseil d'administration qui en détient tous les pouvoirs<sup>101</sup>. Il incombe au conseil d'administration d'établir les priorités et orientations générales de l'établissement, en tenant compte des ressources disponibles, des besoins de santé tant physique, psychiques et sociaux des usager et des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles

---

<sup>99</sup> Respectivement, alinéa 3 de l'article 183 de la loi et alinéa 3 de l'article 184 de la loi.

<sup>100</sup> Alinéa 3 de l'article 184 de la loi.

<sup>101</sup> Articles 126 et 170 de la loi.

ou socio-économiques propres aux usagers desservis<sup>102</sup>.

Le conseil d'administration dispose du pouvoir réglementaire requis aux fins d'exercer ses responsabilités<sup>103</sup> mais est tenu d'édicter des règlements relatifs à certaines matières dont notamment la régie interne, les orientations et les activités de l'établissement ainsi que l'organisation de l'enseignement et de la recherche dans l'établissement<sup>104</sup>, le délai accordé au médecin ou aux membres du personnel clinique afin de compléter le dossier d'un bénéficiaire après les derniers services fournis, ou toute autre matière déterminée par règlement du gouvernement<sup>105</sup>. Le conseil d'administration doit consulter le CMDP avant d'adopter un règlement pouvant avoir une incidence sur les responsabilités de ce dernier<sup>106</sup>.

L'article 233 de la loi prévoit l'obligation pour tout établissement de se doter d'un code d'éthique, qui indique notamment les droits des usagers, les règles encadrant la communication de renseignements contenus aux dossiers des usagers ainsi que les conduites attendues d'une variété d'acteurs appelés à intervenir en centre hospitalier tels que les résidents, stagiaires, employés et les personnes exerçant leur profession au sein de l'établissement. L'application du code d'éthique à toute personne exerçant sa profession au sein de l'établissement vise vraisemblablement à assurer l'assujettissement des

---

<sup>102</sup> Article 171 de la loi.

<sup>103</sup> Article 106 de la loi.

<sup>104</sup> Article 6 du règlement.

<sup>105</sup> Articles 106 de la loi *in fine* et paragraphe (6°) de l'article 505 de la loi.

<sup>106</sup> Alinéa 2 de l'article 6 du règlement. Voir également les articles 214 et 215 de la loi.

médecins, dentistes et pharmaciens qui ne sont ni membres du personnel, ni employés d'un établissement<sup>107</sup>. Une copie de ce code d'éthique est disponible sur demande à tout usager et est remise à tout usager hébergé<sup>108</sup>.

#### 4.1.4 Pouvoir règlementaire du CMDP

Un CMDP doit être institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exerce un minimum de cinq médecins. L'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens régulièrement admis à exercer au sein d'un centre exploité par l'établissement sont membres du conseil. Bien que le conseil ne dispose pas d'une existence juridique distincte de celle de l'établissement<sup>109</sup>, il peut adopter les règlements concernant sa régie interne, la création de comités, leur fonctionnement ainsi que sur toute matière nécessaire à la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après approbation du conseil d'administration<sup>110</sup>.

---

<sup>107</sup> Article 236 de la loi. Remarquons que les activités des membres du conseil d'administration de tout établissement sont régies par un code d'éthique et de déontologie distinct adopté en application et en fonction du régime contenu à la *Loi sur le ministère du conseil exécutif* L.R.Q., c. M-30.

<sup>108</sup> Alinéa 3 de l'article 233 de la loi.

<sup>109</sup> *Gowling Lafleur Henderson c. CMDP de l'Hôpital Jean-Talon*, 11 février 2005, AZ-50294626 (C.S.).

<sup>110</sup> Article 216 de la loi. Sur les responsabilités du CMDP, voir les articles 214 et suiv. de la loi.

## 4.2 L'adoption de normes départementales

### 4.2.1 L'adoption et la mise en œuvre des règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles

L'étude des plans d'organisation et en particulier celle du plan des effectifs médicaux permet de constater que l'accès à la pratique de la médecine en milieu hospitalier est fortement contrôlée et qu'un certain nombre de facteurs, dont les paramètres de services et le plan d'organisation, influenceront sur le nombre de médecins assignés à chaque départements et services et sur l'importance relative des différents champs de spécialités représentées au sein du CMDP.

La pratique du médecin, en plus d'être encadrée par des normes que nous pourrions qualifier d'« institutionnelles », comme par exemple les différents règlements du conseil d'administration, du CMDP, ou encore le code d'éthique de l'établissement, est également assujettie à une normativité particulière, départementale ou « infra-institutionnelle », laquelle est mise en place notamment par le chef de département clinique.

Le chef de département clinique, acteur central au sein d'un établissement hospitalier, est nommé pour au plus quatre ans par le conseil d'administration, sur consultation des médecins, dentistes et pharmaciens du département concerné, du directeur des services professionnels et du CMDP<sup>111</sup>. Le conseil d'administration devra également consulter l'université auquel l'établissement est affilié dans les cas d'un centre hospitalier ou d'un

---

<sup>111</sup> Article 188 de la loi.

institut universitaire<sup>112</sup>.

Un chef de département doit être nommé pour chacun des départements cliniques formés dans un centre hospitalier, et il doit être un médecin, dentiste ou pharmacien, sauf le dans le cas du département clinique de biochimie dont le chef peut être un biochimiste clinique<sup>113</sup>.

Les responsabilités du chef de département clinique sont énoncées aux articles 189 et 190 de la loi, et ils font l'objet d'une répartition en fonction de l'autorité à laquelle répond le chef de département clinique dans l'exécution de ses fonctions.

L'article 189 de la loi prévoit les responsabilités exécutées sous l'autorité du directeur des services professionnels, lesquelles relèvent de fonctions administratives et de gestion quotidienne du département, celles de coordonner les activités professionnelles des médecins<sup>114</sup>, de tenir la liste de garde au sein du département<sup>115</sup>, d'en gérer les ressources médicales<sup>116</sup>, d'élaborer pour son département des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires<sup>117</sup> et de prévoir des sanctions administratives en cas de manquements<sup>118</sup>.

---

<sup>112</sup> Alinéa 3 de l'article 188 de la loi.

<sup>113</sup> Alinéa 1 de l'article 188 de la loi.

<sup>114</sup> Paragraphe (1<sup>o</sup>) de l'article 189 de la loi.

<sup>115</sup> Paragraphe (5<sup>o</sup>) de l'article 189 de la loi.

<sup>116</sup> Paragraphe (2<sup>o</sup>) de l'article 189 de la loi.

<sup>117</sup> Paragraphe (3<sup>o</sup>) de l'article 189 de la loi.

<sup>118</sup> Alinéa 2 de l'article 189 de la loi.

Le contenu et la définition des règles d'utilisation des ressources ne sont pas prévus à la loi et renvoient à des normes de gestion des ressources médicales et matérielles dans un département. C'est d'ailleurs dans ce sens que s'exprime la Cour supérieure dans la décision *Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR)*:

« Par ressources médicales et matérielles le législateur avait assurément en vue la gestion des salles d'opération, des équipements d'analyse et de contrôle, des horaires du personnel de soutien ainsi que la coordination globale des soins à prodiguer. »<sup>119</sup>

Les règles d'utilisation des ressources constituent un moyen de contrôle administratif important d'un établissement sur la pratique professionnelle des médecins y détenant des privilèges. Les tribunaux ont toutefois reconnu certaines limites à la portée de ces règles : elles ne peuvent par exemple résulter en une négation du droit de l'utilisateur de choisir librement son médecin<sup>120</sup>.

Dans la décision *Hôpital Laval c. Samson*, la Cour d'appel a été appelée à statuer sur la validité d'une règle d'utilisation des ressources octroyant au chef de département clinique de cardiologie ou au chef de service de cardiologie médicale le pouvoir exclusif d'assigner le cardiologue traitant d'un usager. Ces règles ont été jugées illégales par la Cour supérieure puisqu'elles constituent une négation du droit du patient de choisir librement son médecin. La Cour d'appel, confirmant la décision rendue, souligne que

---

<sup>119</sup> 2009 QCCS 1130, par. 135. Appel rejeté sur requête : *Giroux c. Centre hospitalier de Trois-Rivières (CHRTR)*, 2009 QCCA 1323.

<sup>120</sup> Ce droit est consacré à l'alinéa premier de l'article 6 de la loi.

« telle exclusion complète n'est pas nécessaire pour régler l'utilisation des ressources de l'hôpital et constitue une négation, et non simplement un « encadrement », du principe reconnu par l'article 6»<sup>121</sup>. Une telle règle d'utilisation des ressources a pour effet corollaire de porter également atteinte à la liberté professionnelle des médecins de traiter les patients qu'ils acceptent de traiter<sup>122</sup>.

Dans la décision de la Cour supérieure *Tawil c. Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)*<sup>123</sup>, des règles d'utilisation des ressources au sein du département de radio-oncologie avaient pour objet l'attribution de quotas aux médecins quant au temps alloué à l'utilisation de différents appareils de traitement. La Cour supérieure a tout d'abord confirmé le principe que le temps d'utilisation des équipements appartient au département et non à chacun des médecins<sup>124</sup>. Toutefois, la création de tels quotas a été jugée fautive en ce qu'il pouvait en résulter des situations inéquitables où des patients dont l'état est d'égale gravité ne puissent être traités d'une manière équitable compte tenu par exemple de l'épuisement des quotas du médecin traitant :

« Pour des patients qui se retrouvent sur la liste d'attente, alors que leur pathologie et leurs traitements les amènent à être considérés de façon identique, ils doivent être, alors, de l'avis du tribunal, nécessairement être traités également, peu importe l'identité de leur médecin. (...) Le fait pour HMR de créer des quotas d'accès aux appareils pour chacun des médecins est inacceptable et contraire à ses obligations légales. (...) HMR se trouve en fait à privilégier certains médecins au

---

<sup>121</sup> *Hôpital Laval c. Samson*, 25 septembre 1992, AZ-92012012 (C.A.), p. 7; confirme *Samson c. Hôpital Laval*, 6 juin 1991, AZ-91021420 (C.S.).

<sup>122</sup> *Hôpital Laval c. Samson*, *id.*, par 46.

<sup>123</sup> 2009 QCCS 1485.

<sup>124</sup> *Id.*, par. 148.

détriment d'autres. »<sup>125</sup>

La cour, dans la décision précitée, confirme son pouvoir d'intervention quant à la légalité des règles adoptées par les chefs de département cliniques, lesquelles doivent respecter les règles de validité d'un règlement au sens du droit administratif<sup>126</sup>, et ne peuvent pas, par exemple, avoir une portée discriminatoire<sup>127</sup>.

Les règles d'utilisation des ressources peuvent également constituer une limitation illégale ou déguisée à la liberté professionnelle du médecin ou encore une modification illégale de ses privilèges. Dans la décision *Pesant c. Ouimet*<sup>128</sup>, la Cour d'appel s'est prononcée dans un contexte où les requérants, médecins internistes, ont vu leur accès à des équipements de diagnostic en cardiologie empêché suite à la création d'un service de cardiologie au sein du l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et au recrutement de médecins spécialistes en cardiologie. Bien que les requérants disposaient déjà de privilèges en cardiologie conférés par l'établissement, la Cour a déterminé que limiter l'accès aux ressources matérielles utiles à l'exercice de leurs privilèges n'équivaut à une atteinte illégale à leurs privilèges que si les médecins sont en mesure de prouver qu'ils utilisaient effectivement les ressources médicales avant l'adoption d'une règle d'utilisation des ressources leur en limitant dorénavant partiellement ou entièrement l'accès. La Cour d'appel a considéré qu'une telle preuve n'avait pas été faite par les médecins intimés, et

---

<sup>125</sup> *Id*, par 151 et 154-155.

<sup>126</sup> *Id*, par 156.

<sup>127</sup> Pour un exemple de situation où un règlement a été jugé illégal puisqu'occasionnant une discrimination fondée sur le lieu de résidence, voir *Jasmin c. Cité de la santé de Laval*, 12 novembre 1989, AZ-90021046 (C.S.).

<sup>128</sup> 2003 CanLII 55069 (C.A.), renverse 2000 IIJCan 1827 (C.S.).

en conséquence qu'il n'y a pas eu atteinte à leurs droits et privilèges, renversant ainsi la décision de première instance.

Les règles d'utilisation des ressources entrent en vigueur après avoir été approuvées par le conseil d'administration, lequel doit obtenir l'avis du CMDP<sup>129</sup>. La Commission des affaires sociales, dans une décision prononcée en 1991<sup>130</sup>, a statué que des règles d'utilisation des ressources concernant plusieurs services ou département doivent être adoptées par chacun des services ou départements concernés. Ce faisant, la Commission confirme le caractère fortement autonome de la production des règles au sein de chaque département, lesquelles ne peuvent lier que le département qui les adopte. En cas de règle d'utilisation des ressources dont l'objet même viserait par exemple le partage de ressources ou d'appareils de diagnostic utilisés par des médecins issus de différents départements, la concertation et l'aval des départements concernés deviendrait une condition de validité de la règle d'utilisation des ressources envisagée.

Selon le deuxième alinéa de l'article 189 de la loi, les règles d'utilisation des ressources que doit élaborer le chef de département clinique doivent inclure des sanctions administratives, qui peuvent emporter une limitation ou une suspension du droit d'accès aux ressources matérielles du département. Ces sanctions administratives, par une disposition interprétative s'apparentant à la présomption irréfragable, ne pourront être interprétées comme portant atteinte au statut ou aux privilèges du médecin. En effet,

---

<sup>129</sup> Article 192 de la loi.

<sup>130</sup> *Services de Santé et Services Sociaux-3*, [1991] C.A.S. 291.

l'alinéa deuxième de l'article 189 *in fine* prévoit que « ces sanctions ne peuvent être considérées comme une atteinte aux privilèges accordés par le conseil d'administration au médecin (...) ».

La jurisprudence a confirmé la nature distincte du processus disciplinaire des sanctions pouvant découler de contraventions à des règles d'utilisation des ressources. Dans la décision de la Cour supérieure *Samson c. Hôpital Laval*, confirmée en appel, la cour a jugé illégale et a annulé les dispositions d'une règle d'utilisation des ressources qui prévoyait le dépôt automatique d'une plainte en matière disciplinaire par le directeur des services professionnels après le troisième manquement :

« Il nous semble que par le moyen d'un règle d'utilisation des ressources qui ne peut traiter que de sanctions administratives, on tente d'intervenir dans la procédure d'imposition d'une mesure disciplinaire. Il s'agit du domaine réservé au conseil d'administration, ou du champ du règlement d'organisation traitant de l'étude des plaintes, ou encore du domaine des circonstances d'imposition des mesures. Déterminer qu'une troisième contravention est une circonstance appropriée pour la réception d'une plainte en matière disciplinaire va, à notre avis, au-delà de l'habilitation législative. »<sup>131</sup>

La sanction administrative – soit la suspension ou la limitation du droit d'un médecin d'utiliser les ressources départementales en cas de non-respect des règles d'utilisation - n'est donc pas assujettie à l'ensemble des garanties procédurales et n'entraîne pas les délais qui sont liés à l'imposition d'une sanction de nature disciplinaire. Cette situation témoigne sans doute de la volonté du législateur d'éviter que des manquements aux règles d'utilisation puissent résulter en une désorganisation des ressources départementales pouvant être préjudiciable aux usagers.

---

<sup>131</sup> *Samson c. Hôpital Laval*, précité, note 121, p.54.

Nous partageons l'avis des auteurs Baudouin et Molinari<sup>132</sup> selon lequel une règle d'utilisation des ressources pourrait cependant prévoir qu'après un certain nombre de contraventions, une plainte sera logée auprès du médecin examinateur de l'établissement. Dans un tel cas, ce ne sera que suite à l'intervention du médecin examinateur, lequel pourra notamment conduire un examen indépendant<sup>133</sup>, que le processus disciplinaire sera susceptible d'être mis en œuvre. Les manquements répétés à une règle administrative par un médecin pourraient ainsi, dans certains cas, équivaloir à de l'inconduite au sens disciplinaire<sup>134</sup>.

Le caractère administratif de la sanction prévue aux règles d'utilisation des ressources a également pour conséquence que l'imposition au médecin d'une sanction administrative, suivie d'une sanction disciplinaire fondée sur les mêmes manquements, ne contrevient pas au principe général applicable en matière disciplinaire de l'interdiction d'une double sanction pour le même manquement comme l'a confirmé la Cour d'appel dans les décisions *Bernard* et *Gagné*<sup>135</sup>. Les mêmes règles d'utilisation des ressources étaient au cœur de ces deux décisions. Ni les sanctions disciplinaires –soit des suspensions-, ni par la suite le non-renouvellement du statut et des privilèges des médecins appelant suite à

---

<sup>132</sup> J.-L. BAUDOUIN et P. MOLINARI, *op. cit.*, note 37, p. 152.

<sup>133</sup> *Supra*, p. 75 et suiv.

<sup>134</sup> J.-L. BAUDOUIN et P. MOLINARI, *op. cit.*, note 37, p. 154. Voir également : *Samson c. Hôpital Laval*, précité, note 121, p. 54.

<sup>135</sup> *Bernard c. Hôpital Laval*, précité, note 67 et *Gagné c. Hôpital Laval*, 23 octobre 2000, AZ-50079877 (C.A.).

l'imposition des sanctions administratives prévues aux règles d'utilisation des ressources n'ont été jugées comme une deuxième punition pour les mêmes contraventions.

Le troisième paragraphe de l'article 204 de la loi prévoit que l'imposition de la sanction administrative prévue aux règles d'utilisation des ressources relève de la responsabilité du directeur des services professionnels, un autre acteur important du contrôle de l'activité professionnelle du médecin.

L'article 202 de la loi indique qu'un directeur des services professionnels doit être nommé par tout établissement qui exploite un centre hospitalier ou par toute instance locale, sur recommandation du CMDP et de l'université à laquelle l'établissement est affilié dans le cas d'un établissement qui exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire.

La jurisprudence<sup>136</sup> a reconnu que le directeur des services professionnels dispose de pouvoirs étendus de coordination des activités professionnelles et scientifiques des médecins et assume également des fonctions relevant du contrôle administratif et financier. L'article 204 prévoit notamment que, sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels doit obtenir des avis des chefs de département cliniques sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins et dentistes relevant des différents département cliniques, surveiller le fonctionnement des comités du CMDP et s'assurer que ce conseil contrôle adéquatement les actes médicaux

---

<sup>136</sup> *Robaey c. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine*, EYB 2008-129114 (C.S.), confirmé en appel : *Robaey c. Centre hospitalier universitaire mère-enfant (CHUME)*, 2010 QCCA 1469.

posés dans tout centre exploité par un établissement. Les pouvoirs du directeur des services professionnels en matière de contrôle des activités des médecins se présente donc comme indirects en ce qu'il coordonne et surveille les activités des chefs de départements, des comités du conseil et du conseil lui-même. C'est toutefois à cet acteur que le pouvoir d'imposer au médecin la sanction administrative prévue aux règles d'utilisation des ressources est dévolu par la loi.

L'article 205 de la loi prévoit que le directeur des services professionnels, dans le cadre de l'imposition d'une sanction fondée sur une règle d'utilisation des ressources, doit faire part au médecin des motifs qui fondent sa décision. Il s'agit là de la seule formalité prévue à la loi qui encadre l'imposition d'une sanction administrative.

Remarquons que le processus menant à l'imposition d'une sanction administrative par le directeur des services professionnels ne constitue sans doute pas une décision juridictionnelle ou quasi judiciaire et se qualifierait donc plutôt de décision administrative<sup>137</sup>. Cependant, la Cour suprême dans la décision *Baker* a souligné que « le fait qu'une décision soit administrative et touche les droits, privilèges ou biens d'une personne suffit pour entraîner l'application de l'obligation d'équité »<sup>138</sup>.

---

<sup>137</sup> Dans la décision *Ministre du Revenu national c. Coopers and Lybrand*, [1979] 1 R.C.S. 495, la Cour suprême a développé un test permettant d'évaluer si une décision donnée est de nature administrative ou quasi judiciaire, lequel se résume à deux critères, soit 1) celui de savoir si la décision porte atteinte à un droit et 2) si des indices indiquent le pouvoir s'exerce d'une manière semblable au processus judiciaire. Nous sommes d'avis que bien que la décision du directeur des services professionnels porte atteinte aux droits du médecin, elle ne s'apparente pas au processus judiciaire parce que, entre autres, elle n'implique pas une relation tripartite où un intermédiaire est appelé à décider.

<sup>138</sup> *Baker c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [1999] 2 R.C.S. 817 (C.S.C.), par. 20. Sur l'application des règles d'équité à une décision administrative, voir également *Knight c. Indian Head School*, [1990] 1 R.C.S. 653. Sur le contenu variable des règles d'équité, voir *supra*, p. 93 et suiv.

Compte tenu de la décision *Baker*, nous partageons l'avis des auteurs Baudouin et Molinari selon lequel les règles d'équité procédurale s'appliquent<sup>139</sup> et que le professionnel concerné devrait pouvoir minimalement présenter ses observations préalablement à l'imposition de la sanction administrative<sup>140</sup>.

Dans les 60 jours de la notification<sup>141</sup> de la décision, le médecin peut loger un appel au T.A.Q. s'il est en désaccord avec la décision rendue.

#### 4.2.2 Tenue d'une liste de garde

L'élaboration et la tenue de la liste de garde par le chef de département clinique constitue une manifestation typique de l'exercice des pouvoirs de gestion quotidienne et de coordination des activités des médecins au sein de son département qui lui sont dévolus à l'article 189 de la loi :

« 189. Responsabilités. Le chef de département clinique exécute, sous l'autorité du directeur des services professionnels, les responsabilités suivantes :

1° coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP conformément à l'article 214, les activités professionnelles des médecins, dentistes et pharmaciens et, le cas échéant, des

---

<sup>139</sup> J.-L. BAUDOUIN et P. A. MOLINARI, *op. cit.*, note 37, p. 162.

<sup>140</sup> *Id.* Remarquons que dans la décision *Knight c. Indian Head School*, précitée, note 138, la majorité de la Cour suprême s'est prononcée dans un contexte de contestation du congédiement d'un cadre par une commission scolaire. La Cour suprême a conclu que le congédiement était une mesure administrative et que l'obligation d'équité avait été rencontrée puisque les parties avaient eu l'occasion de présenter l'ensemble de leurs observations. Bien que le contenu des règles d'équité soit variable, la Cour suprême indique que dans de telles circonstances – dont l'application est envisageable par analogie au cas d'un médecin qui se voit imposer une sanction administrative- le seul fait d'avoir pu présenter ses observations peut permettre de rencontrer les exigences d'équité procédurale.

<sup>141</sup> Article 205 de la loi.

biochimistes cliniques de son département ;

(...)

5° faire la liste de garde conformément aux règlements du CMDP approuvés par le conseil d'administration et veiller à son application; »

La liste de garde peut sembler d'emblée contenir une obligation qui incombe au médecin y figurant, soit une obligation de disponibilité, dont les modalités (sur appel, présence physique du médecin au centre hospitalier pour une durée déterminée, etc.) sont élaborées par le CMDP et feront l'objet d'une recommandation au conseil d'administration. La liste de garde sera par la suite établie selon ces modalités par le chef de département clinique en application de ses pouvoirs statutaires. Cette position a été retenue dès 1989 par la Cour supérieure dans la décision *Lawson c. Hôpital général du Lakeshore*<sup>142</sup> dans laquelle la Cour reconnaît que le chef de département clinique détient accessoirement à ses habilitations générales de gestion et de coordination, le pouvoir de déterminer et de modifier les heures de garde de chaque médecin au sein de son département.

Dans la décision *Khalifa-Boctor c. Centre de santé et de services sociaux d'Antoine-Labelle*, le demandeur, titulaire de privilèges d'exercice en médecine générale et en clinique externe d'urgence, a demandé à la Cour supérieure qu'une injonction soit rendue visant à lui accorder des périodes sur la liste de garde de soins de courte durée de laquelle son nom avait été entièrement retiré :

« Peut-on prétendre que le fait de ne pas être inscrit sur une liste de garde constitue une

---

<sup>142</sup> [1989] R.J.Q. 2778 (C.S.).

modification des privilèges du médecin. Ici le demandeur jouit de privilèges en médecine générale et en clinique externe d'urgence. Malgré le fait qu'il ne fait pas de garde au soins de courte durée, il peut hospitaliser et traiter ses patients en soins de longue durée, il peut également hospitaliser des patients en soins de courte durée, il continue d'exercer des gardes en clinique externe d'urgence et le centre hospitalier l'autorise à faire le suivi de ses patients pendant ses périodes de garde à l'urgence. (...) Il appert donc que le demandeur continue d'exercer ses privilèges.

(...)

Le chef de département constitue les listes de garde en fonction des besoins et des disponibilités des médecins. Dans ce contexte on peut prétendre qu'il s'agit tout simplement de l'administration journalière de son département et qu'il lui est loisible d'exercer sa discrétion quant au choix des médecins qu'il considère les plus habiles à exécuter les gardes. Ne pourrait-il pas dans un tel contexte s'assurer que les personnes choisies pourront maintenir des relations harmonieuses avec les personnes appelées à travailler en coopération avec le médecin choisi.

Considérant ce qui précède la prétention du demandeur à l'effet qu'il est en droit d'exiger des périodes de garde paraît à tout le moins fort discutable. »<sup>143</sup>

La Cour supérieure confirme donc que le chef de département clinique dispose d'une large discrétion dans la préparation de la liste de garde, et dans le choix des médecins pouvant y figurer.

#### 4.2.3 Règles de soins médicaux

Le chef de département clinique est responsable envers le CMDP de diverses activités liées au contrôle et à la surveillance de la pratique de la médecine au sein de son département. Le chef de département doit également mettre en place de règles de soins médicaux et dentaires pour son département<sup>144</sup>. Bien que la portée et le contenu de ces règles ne soient par ailleurs pas définis dans la loi, elles sont élaborées en considération de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation et des

---

<sup>143</sup> 2008 QCCS 4308, par. 36 et 39.

<sup>144</sup> Paragraphe (2<sup>o</sup>) de l'article 190 de la loi.

ressources dont dispose l'établissement<sup>145</sup>. La Cour supérieure, dans la décision *Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR)*, s'est également prononcée sur l'interprétation à donner à la notion de règles de soins médicaux :

« [131] Il faut comprendre que les règles de soins s'assimilent à des protocoles de soins comme les commentateurs de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* le proposent dans leurs commentaires. Les soins doivent s'entendre de ce qui est prodigué aux patients ou bénéficiaires des services. Voilà pourquoi on indique que ces règles de soins doivent être uniques.

[132] La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* parle de la qualité des soins, du droit de recevoir des soins, surtout que l'article 190 invoqué par le demandeur parle de la responsabilité du chef de département clinique d'élaborer des règles de soins qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement. »<sup>146</sup>

Ces règles doivent également prévoir expressément que l'exercice professionnel des médecins, dentistes et pharmaciens des départements cliniques doivent répondre à ces règles, qui seront uniques pour l'ensemble des médecins de tous les départements. Les règles de soins médicaux et dentaires ont pour effet d'uniformiser la pratique de la médecine par la mise en place de protocoles auxquels sont soumis l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens d'un centre hospitalier.

Il nous apparaît que l'adoption des règles élaborées par chacun des chefs de départements cliniques de manière à rencontrer cet objectif ne pourra être efficacement réalisée que dans le cadre des activités du CMDP, lequel, en vertu du sixième paragraphe de l'article 214 de la loi a également la responsabilité de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux dans un centre. Les règles de soins entrent en vigueur après avoir été

---

<sup>145</sup> *Id.*

<sup>146</sup> *Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR)* précité, note 119, par. 131-132.

approuvées par le conseil d'administration qui doit au préalable obtenir une recommandation du CMDP<sup>147</sup>.

Mentionnons que l'exercice de sa responsabilité de surveillance par le chef de département clinique pourra donner lieu à des observations qui pourront être versées au dossier professionnel du médecin concerné<sup>148</sup>. Le deuxième alinéa de l'article 190 prévoit que les dossiers ainsi constitués seront confidentiels, et ce malgré la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*<sup>149</sup>. Nul ne peut prendre connaissance de tels dossiers sauf le CMDP, le T.A.Q. ou le représentant d'un ordre professionnel dans le cadre de l'exercice de ses fonctions<sup>150</sup>.

#### 4.2.4 Aménagements contractuels par les professionnels assujettis

Les tribunaux ont récemment eu l'occasion de se prononcer sur la validité d'une pratique des médecins, par ailleurs courante en milieu hospitalier, de convenir d'ententes par lesquelles ces derniers organisent entre eux l'exécution de certaines obligations qui leur sont imposées par les chefs de départements cliniques, dont la plus courante est sans doute la garde clinique.

---

<sup>147</sup> Alinéa 2 de l'article 192 de la loi.

<sup>148</sup> Alinéa 4 de l'article 100 du règlement. Sur l'impact de la présence de telles observations au dossier professionnel du médecin, voir *supra*, p. 69.

<sup>149</sup> L.R.Q., c. A-2.1.

<sup>150</sup> Alinéa 2 de l'article 190 de la loi.

Les auteurs Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri<sup>151</sup>, reconnaissent que l'émergence de la pratique de groupe facilite le suivi des patients par les médecins pratiquant en centre hospitalier en offrant au patient l'accès à un groupe de médecins. Une telle pratique est fondée sur une triple entente, soit celle de l'usager qui accepte d'être traité indifféremment par l'un ou l'autre des médecins membres du groupe, celle des médecins entre eux quant au partage de la garde et des ressources départementales, et celle des médecins vis-à-vis des patients qu'ils s'engagent collectivement à traiter.

La qualification juridique de telles ententes peut varier selon le contexte. Par exemple, dans la décision *Bernard c. Québec*, la Cour d'appel constate que les cardiologues de l'Hôpital Laval y ont exercé leur profession au sein d'un contrat de société en nom collectif qu'ils avaient formée:

« Entre 1971 et 1984, tous les cardiologues de l'Hôpital Laval (Hôpital) font partie d'une société civile en nom collectif et partagent entre eux leurs revenus et dépenses. Ils forment alors un pool unique, un seul groupement assurant la gestion commune des opérations, des ressources et des moyens du service de cardiologie à l'Hôpital. Cette société est composée de deux groupes, soit le groupe des cardiologues cliniciens (dont fait partie l'appelant) et le groupe des cardiologues plein-temps universitaires (PTU). »<sup>152</sup>

Dans la décision *Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières*, la Cour supérieure a été appelée à analyser une entente de pratique de groupe au sein du service d'orthopédie de la défenderesse, laquelle prévoyait les modalités de préparation de la liste

---

<sup>151</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, P. LESAGE-JARJOURA et R. P. KOURI, *Éléments de responsabilité civile médicale*, 3e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007, p. 338 et 339.

<sup>152</sup> *Bernard c. Québec (Commission des affaires sociales)*, précité, note 67, p. 16.

de garde à l'urgence par le chef de service. Le demandeur a été exclu de l'entente par les autres membres car il ne respectait pas les périodes de garde qui lui incombait. Les arguments invoqués par le demandeur à l'encontre de cette exclusion sont doubles, soit tout d'abord la nullité de l'entente en ce qu'elle constituait une règle d'utilisation des ressources adoptée illégalement puisqu'elle n'a pas été élaborée par le chef du département ni approuvée par le conseil d'administration sur recommandation du CMDP. Le demandeur invoquait également que son exclusion de l'entente était une sanction de nature disciplinaire assujettie aux dispositions et garanties prévues à la loi, et que son effet était déraisonnable en ce qu'elle lui imposerait d'être en tout temps de garde. La cour ne retient pas ces arguments, et qualifie de contrat *sui generis* l'entente régissant les médecins membres du service d'orthopédie :

« [94] Aussi, le Tribunal considère que les articles 7 à 10 de la pièce P-8 constituent l'entente intervenue entre les membres. Cette entente vise essentiellement la pratique du Service d'orthopédie en groupe et ne relève d'aucun pouvoir réglementaire.  
(...)

[109] La question se pose à savoir si on pouvait résilier ainsi l'entente contractuelle consignée à P-8B sans le consentement du demandeur.

[110] À l'analyse de la convention P-8, le Tribunal a retenu qu'il s'agissait d'un contrat sui generis à exécution successive.

[111] Or, lorsqu'une partie à un tel contrat néglige ou refuse d'exécuter de manière répétée les obligations qui lui incombent en vertu des dispositions des articles 1597 et 1605 du *Code civil du Québec*, il est possible de résilier de plein droit l'exécution du contrat.

[114] Ce document P-9 est un acte juridique contractuel. Il ne peut d'aucune façon être déclaré invalide au sens qu'il violerait une norme législative ou réglementaire encadrant les activités de l'établissement ou le droit de pratique des médecins au C.H.R.T.R.

[115] Bien au contraire la pratique médicale est ainsi faite que la responsabilité d'un médecin vis-à-vis son patient lui appartient totalement, tel que le précise le *Code de déontologie* aux articles 32 et suivants.

[117] Or, avoir la charge de son patient découle d'une prescription légale imposée par l'*Ordre des médecins* notamment par son *Code de déontologie*. À cet égard, la situation du demandeur est identique à celle de tous les autres médecins dont les défendeurs.

[118] Mais lorsque dans le texte de P-9 on mentionne que le demandeur devra prendre charge de ses patients 365 jours par année, ceux-ci ne font évidemment pas référence à l'obligation d'être de garde. Cette obligation d'être de garde n'est imposée que lorsque les médecins sont à l'urgence. Le demandeur n'est pas de garde à l'urgence 365 jours par année, 24 heures par jour. (notre

emphase)». <sup>153</sup> (notre emphase)

Il se dégage des décisions précitées que les tribunaux ont tendance à reconnaître la validité des ententes entre médecins comme constitutifs de droits et d'obligations issus du droit commun qui peuvent se superposer à ceux énoncés à la loi. Cette question sera sans doute précisée suite aux jugements à être rendus par la Cour d'appel dans la foulée des décisions *Giroux c. Centre hospitalier universitaire de Trois-Rivières*.

#### 4.2.5 Directives

Il existe certaines normes qui encadrent la pratique des médecins exerçant en centre hospitalier qui exigent un exercice de qualification puisque leur adoption ne résulte pas d'un processus déterminé explicitement par la loi et ses règlements. Ces normes peuvent être adoptées par différentes autorités d'un établissement, par exemple le directeur des services professionnels ou encore le chef de département clinique, non en vertu d'une disposition habilitante expresse, mais plutôt à titre de complément nécessaire aux habilitations et responsabilités conférées à certaines instances.

De telles normes peuvent être qualifiées de directives et ne sont pas assimilables à des règlements<sup>154</sup>. L'auteur Garant indique qu'« il s'agit en principe d'instruments de portée

---

<sup>153</sup> *Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières*, précité, note 119, par. 94, 109-111, 114-115, 117-118.

<sup>154</sup> P. GARANT et H. GRENIER, « Réflexions sur l'acte réglementaire et quasi-réglementaire », (1976) 17 *C. de D.* 515, 516 à 520. La Cour fédérale d'appel, dans la décision *Weatherall c. Canada (Attorney General)*, [1989] 1 C.A.F. 18 (QL), a également indiqué qu'une directive ne constitue pas une règle de droit

générale qui ne constituent pas des normes juridiques, mais qui proposent des lignes de conduite ou des orientations »<sup>155</sup>. Puisqu'elles découlent de l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire conféré aux autorités d'un centre hospitalier, ces directives peuvent être qualifiées de directives « sans statut juridique ». L'auteur Filion rappelle toutefois que de telles directives sans statut juridique ont une valeur incitative et interprétative<sup>156</sup> en ce qu'elles témoignent du comportement recherché des personnes qui y sont assujetties.

La doctrine a toutefois reconnu que les directives peuvent de plus avoir une portée obligatoire, puisqu'elles participent de la mise en œuvre des pouvoirs et responsabilités conférés par la loi à une autorité administrative :

« Face à de tels pouvoirs et responsabilités, l'autorité administrative a un rôle qui se compare, à certains égards, à celui d'un président directeur général d'entreprise : assurer la gestion de l'entité qu'il dirige. Pour assumer ces responsabilités, diverses voies sont possibles selon le type de gestion qu'on privilégie. L'autorité administrative peut d'abord décider de donner à ceux qu'elle dirige des ordres adaptés à chaque cas d'espèce. Elle peut aussi choisir d'édicter des normes de conduite générale s'appliquant à un ensemble de situations. Pour être facilement consultées par un grand nombre de personnes, réparties sur l'ensemble du territoire, et pour éviter les ambiguïtés d'interprétation pouvant résulter de l'expression verbale, ces normes sont généralement, tout au moins dans l'administration publique, exprimées par écrit : ce sont alors des directives. Finalement, on constate que celles-ci ne sont que le mode d'expression d'un type de gestion normatif et formalisé qui est choisi ou dicté par les circonstances. Ainsi, comme le souligne M. Filion, « si le législateur rend une autorité administrative responsable de la direction d'un organisme quelconque, il lui donne en même temps un certain pouvoir d'établir des directives. (...) Lorsqu'elle est impérative, la directive est obligatoire et le fonctionnaire n'a pas le choix de respecter ou non ce qui lui est dicté. La directive constitue alors une règle qu'il doit suivre dans l'élaboration de ses décisions ou dans l'accomplissement de ses fonctions au même titre qu'un ordre verbal qu'il aurait reçu de son supérieur pour résoudre un cas précis.»<sup>157</sup>

---

au sens de l'article premier de la Charte canadienne des droits et libertés.

<sup>155</sup> P. GARANT, *Droit administratif*, 5<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2004, p. 294.

<sup>156</sup> M. FILION, « Le pouvoir discrétionnaire de l'administration exercé sous forme de normes administratives : les directives », (1979) 20 *C. de D.* 855.

<sup>157</sup>R. Dussault et L. Borgeat, *Traité de droit administratif*, 2<sup>ème</sup> édition, Québec, Presse de l'Université Laval, tome 1, 1989, p. 417 et suiv.

La Commission des affaires sociales a eu l'occasion de se prononcer dans un contexte où un médecin a fait l'objet d'une sanction disciplinaire fondée sur l'irrespect d'une directive qui prévoyait des sanctions, laquelle a été élaborée par le directeur des services professionnel puis approuvée par le conseil d'administration et par le comité exécutif du CMDP. La Commission, annulant la sanction disciplinaire, en est venue à la conclusion qu'une directive, pour être valide, ne peut constituer une limitation aux statuts et privilèges détenus par le médecin. La directive en question avait pour effet de limiter, par l'imposition de quotas, le nombre d'accouchements permis par le médecin détenteur de privilèges en gynécologie-obstétrique :

« Les contraintes fixées ici à l'appelant par l'intimée (contrôle par quotas) ont donc, en elles-mêmes, pour effet réel de limiter les privilèges détenus par l'appelant et ce, pour des motifs non prévus à la [loi] »<sup>158</sup>.

Plus récemment, toutefois, la Cour supérieure a confirmé la validité d'une directive contenant certaines dispositions quant à la garde et aux priorités opératoires, laquelle directive n'avait par ailleurs jamais été adoptée par le conseil d'administration du centre hospitalier, mais avait plutôt été élaborée par des médecins et des membres du personnel clinique réunis au sein d'un comité du bloc opératoire :

« [47] La sanction imposée au Dr Giroux l'a été en conformité avec un document intitulé *Règlement et procédures pour l'élaboration du programme opératoire et la gestion des urgences du CHRTR*.

[48] Ce document, que l'on peut qualifier de directive, a été adopté en vue de permettre au Centre

---

<sup>158</sup> *Services de santé et services sociaux-9*, précité, note 19, p. 689.

hospitalier de remplir ses obligations et ses responsabilités en vertu de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*.

[50] Le Bloc opératoire constitue un organe vital dans un centre hospitalier.

[51] Il est constitué de plusieurs intervenants professionnels et de nombreux spécialistes.

[52] La composition des membres du comité est déterminée par le Directeur des services professionnels.

[53] Les différentes mesures adoptées l'ont été dans le but d'assurer un fonctionnement efficace du Bloc opératoire.

[54] L'analyse des règlements et procédures prévus pour le Bloc opératoire permet de constater que ceux-ci sont constitués, entre autres, d'une directive. (...)

[56] Par ailleurs, les règlements et procédures (RBO) n'ont pas été adoptés conformément aux dispositions des articles 189, et 192, 3<sup>ème</sup> alinéa de la *Loi sur la santé et les services sociaux*, de sorte qu'elle ne constitue pas une règle d'utilisation des ressources.

[59] Relativement à la sanction imposée, en se référant aux auteurs Borgeat et Dussault, il est prévu que la directive peut avoir un caractère impératif.

[60] L'esprit dans lequel ces normes administratives ont été adoptées, a comme corollaire une sanction en cas de non-respect. »<sup>159</sup> (notre emphase)

Dans cette décision, la Cour supérieure a validé la sanction prévue à la directive litigieuse, soit la perte de certaines priorités opératoires. Cette décision précise que le médecin est assujéti aux différentes directives édictées par les autorités hiérarchiques de l'établissement où il exerce sa profession et que des sanctions peuvent découler des manquements, sans que celles-ci ne puissent être qualifiées de disciplinaires. Remarquons toutefois que ce jugement fait l'objet d'un appel et que la question de la légalité de sanctions découlant du non-respect de directives par un médecin demeure sujette à confirmation par la Cour d'appel.

---

<sup>159</sup> *Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières*, 2010 QCCS 109, par. 47-60. (cause inscrite en appel le 2 mai 2010.)

## ***5. Mécanismes institutionnels de contrôle continu de l'exercice de la médecine***

### **5.1 Tenue d'un dossier professionnel**

L'admission d'un médecin à l'exercice en centre hospitalier emporte l'ouverture, par le comité d'examen des titres, d'un dossier professionnel dans lequel sera versé l'ensemble de la documentation relative à sa nomination et à ses activités.

L'article 100 du règlement prévoit que seront également versés à ce dossier les documents liés au renouvellement de la nomination du médecin, à sa participation aux comités du CMDP, ainsi que les informations écrites au sujet de son activité transmise par un comité du CMDP, par un chef de département clinique ou par le directeur des services professionnels. Ce dossier est conservé par le directeur des services professionnels, et sera protégé par un régime de confidentialité particulier.

Loi prévoit ainsi une obligation de confidentialité des procès-verbaux du CMDP ainsi que des dossiers de chacun de ses comités, dont le dossier professionnel du médecin, qui s'applique malgré la *Loi sur l'accès aux documents et sur la protection des renseignements personnels*. Pourront cependant prendre connaissance du dossier professionnel le médecin concerné, les membres du comité exécutif du CMDP ainsi qu'un représentant de l'ordre professionnel<sup>160</sup>.

---

<sup>160</sup> Article 100 du règlement.

L'article 218 de la loi prévoit de plus que le médecin examinateur et les membres du comité de révision visé à l'article 51 peuvent prendre connaissance du dossier professionnel d'un membre du CMDP lorsque les renseignements qu'il contient sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. Les membres du conseil d'administration pourront également prendre connaissance des extraits pertinents du dossier professionnel d'un membre du CMDP lorsque ces renseignements sont nécessaires à la prise de décision relative à l'imposition de mesures disciplinaires.

Un centre hospitalier est assujéti par l'article 7 de la *Loi sur l'accès aux documents et sur la protection des renseignements personnels* à la procédure d'accès à l'information prévue à cette loi. Il découle que les difficultés potentielles liées à la mise en œuvre des exceptions à la confidentialité et à la délimitation ou à l'identification des renseignements ou extraits de documents pouvant être divulgués auront à être déferés à la Commission d'accès à l'information, instance décisionnelle en la matière.

La Cour supérieure, dans la décision *Tambourgi c. Hôtel-Dieu de Roberval*, qualifie d'absolue la confidentialité des dossiers du CMDP et de ses comités, dont le dossier professionnel fait partie :

« Il n'est pas étonnant que le législateur ait voulu garder confidentiels les dossiers dans lesquels on discute de la compétence d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien.

Comment réagirait un tel professionnel qui doit donner son avis sur des gestes posés par un collègue avec qui il travaille s'il sait que son témoignage pourra être rendu public. Sans cette mesure de confidentialité, il est à peu près certain que les professionnels témoigneraient avec une prudence telle que les buts poursuivis par le législateur seraient difficilement atteints.

Quoi qu'il en soit, la jurisprudence est claire. Il y a absolue confidentialité des dossiers du

C.M.D.P. et de ses comités. »<sup>161</sup>

Dans cette décision, la Cour souligne également que le fait d'avoir accès à des documents confidentiels au sens de la loi n'autorise néanmoins pas le bénéficiaire de l'accès d'utiliser de tels documents dans le cadre d'une instance civile<sup>162</sup>.

La Commission d'accès à l'information a toutefois apporté une limite à l'étendue de la confidentialité prévue à l'article 218 en précisant que seuls les documents préparés par le CMDP ou ses comités, ou à leur demande, bénéficiaient de la confidentialité. Dans une décision, une lettre émanant du conseil d'administration mandatant le CMDP aux fins d'une enquête sur un professionnel, bien que détenue aux dossiers du CMDP, ne bénéficie pas de la confidentialité prévue à l'article 218:

« La Commission estime que l'article 114 vise les dossiers qui sont le propre du CMDP. Elle estime que les documents visés par cette notion sont soit des documents produits par le Conseil, soit des documents générés, commandés ou obtenus par celui-ci dans le cadre de l'exécution de ses mandats. Elle ne croit pas, toutefois, que soit visé par elle, un document qui émane d'une autre instance de l'organisme, à l'initiative de cette dernière et dans les circonstances précises du présent cas. Le document en litige ici comporte un exemplaire qui se trouve dans les dossiers du CMDP mais est, tout aussi bien, un document du Conseil d'administration de l'organisme. »<sup>163</sup> (notre emphase)

L'étendue de la documentation susceptible d'être versée au dossier professionnel du médecin témoigne d'un contrôle par l'établissement au sein duquel il exerce ses activités.

La consignation au dossier professionnel de difficultés récurrentes ou de manquements

---

<sup>161</sup> 1997 IIJCan 8094, p. 5 (C.S.).

<sup>162</sup> *Id*, p. 6. La situation est différente devant le Tribunal administratif du Québec qui est autorisé à prendre connaissance des dossiers et procès-verbaux d'un comité du C.M.D.P. Remarquons que la loi n'autorise pas le Tribunal à prendre connaissance de l'ensemble du dossier professionnel d'un médecin. Voir également la décision *Rémillard c. Blais* C.S. Gaspé, J.E. 93-805 (C.S.), confirmée en partie par *Lafontaine c. Rémillard*, J.E. 94-1110 (C.A.).

<sup>163</sup> *Roy c. Centre hospitalier Jeffery Hale*, [1987] C.A.I. 419, p. 422.

précédents pourrait avoir un impact sur la sévérité d'une sanction disciplinaire. Également, dans un contexte où le médecin quitte ses fonctions dans un centre hospitalier, une copie de son dossier sera transmise au CMDP de tout autre établissement auprès duquel il formule une demande de nomination ou, sur demande, au Collège des Médecins<sup>164</sup>.

## 5.2 Obligation légale de déclarer tout incident ou accident constaté

L'article 233.1 de la loi prévoit que tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne liée à l'établissement par un contrat visant la dispensation de services aux usagers doit déclarer au directeur général ou à la personne désignée par ce dernier tout incident ou accident qu'il a constaté. Remarquons que l'article 56 du *Code de déontologie des médecins*<sup>165</sup> prévoit une norme similaire à l'effet qu'il incombe au médecin d'informer son patient ou le représentant légal de celui-ci « de tout incident, accident ou complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique ».

À l'instar du code d'éthique de l'établissement<sup>166</sup>, il se dégage de cette disposition que

---

<sup>164</sup> Alinéa 2 de l'article 100 du règlement.

<sup>165</sup> *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., C. M-9.

<sup>166</sup> *Infra*, p. 44.

l'obligation qu'elle crée incombe également aux médecins exerçant leurs activités au sein de l'établissement concerné. Cette déclaration doit être effectuée le plus tôt possible par le médecin après constatation de l'évènement, en utilisant le formulaire prévu à cet effet. Cette obligation de déclaration est liée à l'aménagement juridique de différents mécanismes de contrôle, de gestion et d'analyse des accidents et incidents pouvant survenir en centre hospitalier.

La distinction apportée entre incident et accident est importante en ce qu'elle étend l'obligation de déclaration également aux incidents, soit des situations ou actions qui n'entraînent pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et *aurait pu entraîner des conséquences en d'autres circonstances*<sup>167</sup>. La définition d'accident est prévue à l'article 8 de la loi, soit tout action où situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

---

<sup>167</sup> La définition d' « incident » est prévue au troisième alinéa de l'article 183.2 de la loi : « Une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences. » Remarquons que les notions d'accident et d'incident sont d'une teneur imprécise et semblent imposer au médecin débiteur de l'obligation de déclaration d'évaluer dans le cas d'un incident le caractère inhabituel de la situation, pour ensuite porter un jugement prospectif quant aux conséquences possibles de la situation en d'autres circonstances, avec tous les aléas que ce genre d'exercice implique.

### 5.3 Fonctions du Comité de gestion des risques

Un comité de gestion des risques doit être mis en place par le conseil d'administration<sup>168</sup>, lequel comité a pour mission notamment d'analyser les risques d'incident ou d'accident au sein d'un établissement, de gérer et réduire les risques de propagation de maladies nosocomiales, d'assurer qu'un soutien soit apporté aux victimes et aux proches ainsi que de mettre en place un mécanisme de surveillance qui inclut notamment la constitution d'un registre local des incidents et accidents, soit une compilation des accidents et incidents survenus au sein d'un établissement.

Le comité a également à formuler des recommandations au conseil d'administration quant à la prise de mesures visant à prévenir de tels incidents et accidents, ou encore à en améliorer la gestion et le contrôle. Ces recommandations pourront guider le conseil d'administration dans l'adoption de normes visant à prévoir les mesures de soutien mises à la disposition des usagers en cas d'accident<sup>169</sup>.

Les dossiers et procès-verbaux du comité de gestion des risques sont confidentiels. La loi prévoit que seuls les membres du comité, les représentants d'une organisation d'accréditation dans le cadre des fonctions relatives à l'agrément des services de santé et des services sociaux<sup>170</sup> et les représentants d'un ordre professionnel peuvent prendre

---

<sup>168</sup> Sur la formation du comité, sa mission et l'adoption de ses règles de fonctionnement par le conseil d'administration, voir les articles 183.1 à 183.4 de la loi.

<sup>169</sup> Alinéa 2 de l'article 235.1 de la loi.

<sup>170</sup> Sur l'agrément de services, voir les articles 107.1 et suiv. de la loi.

connaissance des procès-verbaux et dossiers du comité.

La loi prévoit une restriction importante aux conséquences juridiques qui peuvent découler du contenu des dossiers tenus par le comité de gestion des risques et des déclarations faites par une personne à un membre de ce comité<sup>171</sup>. Effectivement, ces déclarations et le contenu de ces dossiers ne peuvent être considérés comme constituant un aveu extrajudiciaire de faute professionnelle, administrative ou autre, de nature à engager la responsabilité civile devant une instance judiciaire ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles tel qu'un comité de discipline de l'établissement. Malgré cette restriction, remarquons que la Cour d'appel<sup>172</sup> a reconnu qu'il est toutefois possible d'alléguer dans une procédure judiciaire qu'il y a eu plainte, enquête et recommandation, dans la mesure où la partie qui invoque le rapport ou les extraits du dossier à l'encontre du médecin ne cherche pas à en inférer une déclaration, une reconnaissance ou un aveu extrajudiciaire d'une faute professionnelle.

L'intervention du comité de discipline de l'établissement sur la base des faits pouvant apparaître à un dossier de gestion des risques ne paraît également pas possible puisqu'aucune exception à la règle générale de la confidentialité des dossiers et procès-verbaux du comité de gestion des risques ne lui est applicable.

---

<sup>171</sup> Troisième alinéa de l'article 183.3 de la loi.

<sup>172</sup> *Centre hospitalier du Grand-Portage c. Michaud*, J.E. 2004-1917 (C.A.). Bien que cette décision concerne l'article 76.5 et l'interdiction d'inférer du rapport du médecin examinateur un aveu de faute professionnelle, les motifs sont applicables par analogie à l'article 183.3 de la loi en matière de dossier du comité de gestion des risques. Voir également J.-L. BAUDOIN et P. MOLINARI, *op. cit.*, note 37, pp. 70 et 145.

Il est envisageable que le traitement d'un incident ou d'un accident par le comité de gestion des risques résulte en la formulation d'une plainte à l'encontre d'un médecin auprès du médecin examinateur, qui soulignons-le, n'a pas accès aux dossiers du comité. Il serait curieux que le traitement d'une plainte par le comité de gestion des risques épuise la compétence du médecin examinateur de procéder à nouveau à l'examen des faits à l'origine de la plainte. En effet, le médecin examinateur dispose d'un pouvoir de convocation<sup>173</sup> dont ne dispose pas le comité, qui lui permet d'assurer l'examen approfondi d'une plainte. Également, seul le médecin examinateur dispose du pouvoir de référer les plaintes suffisamment sérieuses au CMDP à des fins de traitement disciplinaire, et non le comité de gestion des risques.

Les fonctions du comité de gestion des risques participent d'un contrôle que nous pourrions envisager comme indirect de l'exercice de la médecine en milieu hospitalier, notamment par la formulation de recommandations qui pourront par la suite avoir une incidence sur la teneur possiblement préventive de la réglementation du conseil d'administration en matière de pratique médicale.

#### **5.4 Contrôle continu de la qualité et de la pertinence des actes médicaux par le CMDP et rôle du Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique**

Le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique est composé d'au moins

---

<sup>173</sup> Article 36 de la loi.

trois membres actifs du CMDP<sup>174</sup> et assume certaines responsabilités qui participent au contrôle des activités des médecins et dont découlent des recommandations au comité exécutif du CMDP. Notamment, le comité a pour fonctions de juger de la qualité et de la pertinence des soins médicaux et dentaires donnés aux bénéficiaires, d'examiner les cas de complications ainsi que les cas de décès survenus dans le centre hospitalier<sup>175</sup>.

Les fonctions du comité témoignent d'un contrôle des activités médicales des médecins exercé par leurs pairs et le CMDP pourra mandater le comité dans différents contextes et notamment en matière disciplinaire lorsque la qualité des soins fournis est en jeu<sup>176</sup>.

## ***6. Procédure de traitement des plaintes***

### **6.1 Le traitement d'une plainte formulée à l'encontre d'un médecin**

#### 6.1.1 Mise en place d'une procédure de traitement des plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien

Le chapitre III de la première partie de la loi prévoit les mécanismes généraux de traitement des plaintes qui décrivent la procédure d'examen d'une plainte concernant un médecin. Il importe de mentionner que l'article 29 impose au conseil d'administration de

---

<sup>174</sup> Article 102 du règlement.

<sup>175</sup> Article 103 du règlement.

<sup>176</sup> Pour un exemple d'une telle situation sous la loi antérieure, voir : *Services de santé et services sociaux-11*, [1989] C.A.S. 923, p. 939.

tout établissement de se doter d'une procédure d'examen des plaintes. Lorsqu'elle concerne un médecin, dentiste ou pharmacien, cette procédure doit avoir fait l'objet d'une consultation auprès du CMDP. Le résident en médecine est considéré comme un professionnel aux fins de l'application de ces dispositions et y sera également assujéti<sup>177</sup>. Cette procédure doit être transmise au ministre qui s'assure que la procédure est établie conformément à la loi.

### 6.1.2 Désignation et fonctions du médecin examinateur

Le médecin examinateur est un acteur central dans la mise en œuvre de la procédure de traitement des plaintes concernant un médecin. L'article 42 de la loi prévoit que le conseil d'administration, sur recommandation du CMDP, désigne un médecin examinateur, lequel n'est pas tenu d'exercer sa profession dans un centre exploité par l'établissement. Cet article permet également que le directeur des services professionnels soit désigné médecin examinateur.

Dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, le médecin examinateur dispose de garanties d'indépendance et l'article 43 de la loi impose au conseil d'administration de prendre toute les mesures nécessaires pour la préserver. En corollaire, le conseil d'administration exerce une certaine surveillance en ce qu'il doit s'assurer, en vertu du deuxième alinéa du même article, que le médecin examinateur ne se trouve pas en situation de conflit d'intérêts. L'article 76.4 de la loi prévoit également que le médecin examinateur ne peut

---

<sup>177</sup> Article 41 de la loi.

être contraint à témoigner sur un renseignement confidentiel obtenu dans le cadre de ses fonctions<sup>178</sup> devant une instance judiciaire ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles tel un comité de discipline du CMDP<sup>179</sup>.

Mentionnons que toutes les plaintes sont initialement reçues par un autre responsable de la gestion des plaintes en centre hospitalier, soit le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services<sup>180</sup>. La compétence du commissaire local est limitée quant à la nature des plaintes qu'il peut traiter et qui doivent provenir d'un usager et concerner des services de santé ou des services sociaux qu'il a reçu, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou encore qu'il requiert<sup>181</sup>. Le commissaire est affecté à la réception et au traitement de l'ensemble des plaintes des usagers, mais est tenu, lorsque la plainte concerne un médecin, de la transférer sans délai au médecin examinateur et d'informer par écrit l'usager de la date du transfert<sup>182</sup>.

La compétence du médecin examinateur n'est pas assujettie aux limites qui s'appliquent à celle du commissaire local. En plus des plaintes des usagers concernant un médecin et réacheminées par le commissaire local, le médecin examinateur recevra également par l'intermédiaire du commissaire local toute plainte formulée par toute autre personne qu'un usager ou son représentant. Le statut de ces autres personnes est assimilé à celui

---

<sup>178</sup> Pour un cas d'application de cette disposition, voir *Bitchokac. Boutet*, 2006 QCCA 53.

<sup>179</sup> *Supra*, p. 96.

<sup>180</sup> Sur la nomination et les fonctions du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, voir les articles 30 et suivants de la loi.

<sup>181</sup> Article 34 de la loi.

<sup>182</sup> Article 45 de la loi.

d'un usager aux fins de l'application de la loi. À titre d'exemple, la jurisprudence a reconnu qu'une plainte peut être formulée par le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique<sup>183</sup>. Le critère attributif de compétence au médecin examinateur est uniquement lié à la personne visée par la plainte, qui doit être un médecin, dentiste, un pharmacien ou un résident<sup>184</sup>.

Les auteurs Baudouin et Molinari précisent, eu égard à la compétence du médecin examinateur :

« [qu']elle s'étend à toute plainte formulée contre un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident quel que soit l'auteur de cette plainte et peu importe qu'elle porte sur un acte professionnel ou sur tout autre aspect de l'activité de ces personnes. »<sup>185</sup>

La notion de plainte a été étudiée dans la décision *Lessard c. Comité de discipline de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont*. Dans ce jugement, la requérante, médecin spécialisée en radio-oncologie, a obtenu par voie d'un recours en révision judiciaire que le comité de discipline de l'établissement soit déclaré incompetent puisque la plainte formulée contre elle et ayant mené à une sanction disciplinaire ne lui permettait pas de connaître les reproches formulés à son endroit. La directrice générale de l'établissement, auteure de la plainte, s'était limité à référer à des passages d'une commission d'enquête recommandant le départ de la requérante :

« En somme, la plainte est-elle formulée en termes si généraux qu'elle empêche la personne visée par celle-ci de connaître les faits qui lui sont reprochés ?  
La rédaction et la procédure de plainte d'un usager en vertu de la Loi se doivent d'être souples

---

<sup>183</sup> *D.D. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, 8 juin 2004, AZ-50266000 (T.A.Q.).

<sup>184</sup> Article 44 de la loi.

<sup>185</sup> J.-L. BAUDOUIN et P. MOLINARI, *op. cit.*, note 37, p.51.

pour des raisons d'efficacité.

(...)

La plainte ainsi formulée doit cependant comprendre tous les éléments nécessaires (la nature des faits en cause et la période où ils se sont produits) permettant à la personne visée par la plainte de connaître les faits qui lui sont reprochés. »<sup>186</sup>

Certaines plaintes d'usagers peuvent concerner à la fois des problèmes organisationnels ou administratifs qui impliquent accessoirement la prestation de services médicaux. Dans un tel cas, l'orientation de la plainte fera l'objet d'une saisine conjointe du médecin examinateur et du commissaire local, ces derniers collaborant à l'identification de solutions aux problèmes soulevés par la plainte. Une telle situation exige un exercice préliminaire de détermination de l'objet réel de la plainte à être effectué conjointement par le médecin examinateur et le commissaire local aux plaintes, sur la base des faits apparaissant à la plainte<sup>187</sup>.

Cette démarche de qualification pourrait également résulter en la tenue de deux examens parallèles par le médecin examinateur et le commissaire local aux plaintes dans l'éventualité où la plainte concernerait à la fois un médecin et une autre personne<sup>188</sup>. Cependant, si le commissaire local, après consultation du médecin examinateur, est d'avis que la plainte concerne essentiellement un médecin, il doit s'en dessaisir et en aviser l'utilisateur.

---

<sup>186</sup> *Lessard c. Commission d'enquête sur le département de radio-oncologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont*, J.E. 2004-755, par. 33-37 (C.S.).

<sup>187</sup> Voir sur cette saisine conjointe les commentaires contenus au *Mémoire présenté par les fédérations des médecins spécialistes, omnipraticiens et résidents relativement au projet de loi n° 27*, p.3.

<sup>188</sup> J.-L. BAUDOIN et P. MOLINARI, *op. cit.*, note 37, p.52.

### 6.1.3 Examen d'une plainte par le médecin examinateur

#### 6.1.3.1 Orientation préliminaire

L'article 46 de la loi prévoit que le médecin examinateur, une fois saisi de la plainte, doit décider entre certaines orientations en considérant la nature des faits et leurs conséquences sur la qualité des soins et services médicaux. Le médecin examinateur peut tout d'abord rejeter péremptoirement toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Tel que l'a également précisé le juge Dufresne dans l'affaire *Lessard*, le rejet péremptoire d'une plainte par le médecin examinateur suppose nécessairement un examen sommaire des faits allégués :

« [53] Le médecin examinateur a le pouvoir, en vertu de l'article 46, 4° de la Loi, de rejeter toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Cette disposition suggère, par conséquent, que le médecin examinateur, qui se situe à la première étape de l'examen d'une plainte, procède à un examen sommaire sur la suffisance de la plainte, avant de décider de l'acheminer vers le CMDP. Il s'agit bien sûr d'un examen *prima facie*, mais qui suggère tout de même une vérification. »<sup>189</sup>

Le médecin examinateur peut également décider d'examiner lui-même une plainte ou de l'acheminer vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires par un comité de discipline. Dans les cas où le médecin examine la plainte ou l'achemine à des fins disciplinaires, le plaignant et le commissaire local aux plaintes doivent être avisés de cette orientation<sup>190</sup>.

---

<sup>189</sup> *Lessard c. Commission d'enquête sur le département de radio-oncologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont*, précité note 186, par. 53.

<sup>190</sup> Alinéa 2 de l'article 46 de la loi.

### 6.1.3.2 Examen et décision

Lorsque le médecin examinateur choisit de procéder à l'examen de la plainte, il en avise le professionnel visé et lui transmet une copie de celle-ci<sup>191</sup>.

L'examen d'une plainte par le médecin examinateur est encadré par un certain nombre de dispositions qui en déterminent le cheminement. Tout d'abord, tant le plaignant que le professionnel auront accès au dossier de plainte et pourront présenter leurs observations<sup>192</sup>, que le médecin examinateur consignera au dossier de plainte.

Le médecin examinateur dispose du pouvoir de requérir la communication de tout document qu'il exige pour l'examen d'une plainte ou la conduite d'une intervention, y inclus des documents ou renseignements contenus au dossier de l'utilisateur<sup>193</sup>. Toute personne est également tenue d'assister à une rencontre à laquelle elle est convoquée par le médecin examinateur, sauf excuse valable<sup>194</sup>. Le médecin examinateur pourra également consulter toute personne dont il juge l'expertise nécessaire, y compris, sur autorisation du conseil d'administration, un expert externe à l'établissement<sup>195</sup>. Tout refus ou négligence de fournir des documents ou rapports requis par le médecin examinateur constitue une infraction au sens de la loi et rend son auteur passible de sanctions

---

<sup>191</sup> Alinéa 1 de l'article 47 de la loi.

<sup>192</sup> Alinéa 3 de l'article 47 de la loi.

<sup>193</sup> Article 36 de la loi.

<sup>194</sup> Article 36 de la loi *in fine*.

<sup>195</sup> Alinéa 3 de l'article 47 et article 32 de la loi

pénales<sup>196</sup>.

Un enjeu particulier serait celui de savoir si le médecin examinateur, dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, a accès aux dossiers constitués par les chefs de département clinique. L'application de l'article 36 de la loi<sup>197</sup> semble conduire à une réponse négative, c'est-à-dire que le médecin examinateur qui demanderait communication d'un dossier constitué par un chef de département clinique pourrait se voir opposer la confidentialité prévue au deuxième alinéa de l'article 190 de la loi :

**36.** L'usager et toute autre personne, y inclus tout membre du personnel de l'établissement, toute sage-femme ayant conclu un contrat de services en vertu de l'article 259.2 avec l'établissement ainsi que tout membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, doivent fournir au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services tous les renseignements ainsi que, sous réserve du deuxième alinéa de l'article 190 et de l'article 218, tous les documents qu'il exige pour l'examen de la plainte ou la conduite d'une intervention, y compris l'accès et la communication de renseignements ou de documents contenus dans le dossier de l'usager; toute personne doit également, sauf excuse valable, assister à une rencontre que celui-ci convoque.

**190.** Le chef de département clinique est responsable envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens:

1° de surveiller la façon dont s'exercent la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans son département; (...)

Malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), les dossiers qui concernent l'exercice des rôles décrits aux paragraphes 1° et 1.1° du premier alinéa sont confidentiels. Nul ne peut en prendre connaissance, sauf le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le Tribunal administratif du Québec ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui lui sont attribuées par la loi.

---

<sup>196</sup> Article 532 de la loi. Quant aux peines en cas d'infraction, voir l'article 531. Rien n'autorise cependant dans un tel cas le médecin examinateur à saisir la documentation ou les registres demandés, la conséquence d'un tel manquement se limitant à une sanction pénale.

<sup>197</sup> Rendu applicable à l'examen du médecin examinateur par un renvoi prévu au troisième alinéa de l'article 47 de la loi.

Cette limite apparente aux documents dont le médecin examinateur pourra requérir communication des chefs de départements cliniques est cependant atténuée par le fait que toutes les informations écrites au sujet de l'activité d'un médecin transmises par un chef de département clinique seront consignées au dossier professionnel du médecin, auquel le médecin examinateur aura accès<sup>198</sup>. L'utilisation des termes « information transmise » par le chef de département clinique au comité d'examen des titres à l'article 100 du règlement ne témoigne pas à notre avis d'une discrétion conférée par la loi au chef de département clinique de transmettre ou non le contenu de ses dossiers. Rappelons que le CMDP –dont le comité d'examen des titres fait partie- a accès aux dossiers du chef de département clinique et peut donc en demander communication<sup>199</sup>.

La démarche d'examen du médecin examinateur est assujettie à l'obligation de tenter d'effectuer une conciliation des intérêts et des parties en cause<sup>200</sup>. Cependant, à tout moment en cours d'examen, lorsque la plainte concerne un médecin<sup>201</sup>, le médecin examinateur peut réorienter la plainte à des fins disciplinaires en considération de la nature des faits constatés ou de leur conséquence sur la qualité des soins ou des services médicaux. Le médecin examinateur doit alors en informer le plaignant, le professionnel visé ainsi que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services<sup>202</sup>.

---

<sup>198</sup> Alinéa 2 de l'article 218 de la loi.

<sup>199</sup> Alinéa 2 de l'article 190 de la loi.

<sup>200</sup> Alinéa 3 de l'article 47 de la loi.

<sup>201</sup> Alinéa 1 de l'article 48 de la loi.

<sup>202</sup> Alinéa 3 de l'article 48 de la loi.

Le médecin examinateur dispose d'un délai de 45 jours de la date du transfert de la plainte pour examiner toute plainte et communiquer son rapport par écrit au plaignant, au professionnel concerné et au commissaire local. Ce rapport du médecin examinateur doit également informer le plaignant des conditions et modalités du recours auprès du comité de révision en vertu de l'article 51 de la loi.

Dans l'hypothèse où le médecin examinateur fait défaut de communiquer ses conclusions au plaignant dans le délai de 45 jours de la date du transfert de sa plainte, l'article 49 de la loi prévoit que des conclusions négatives sont réputées avoir été transmises, donnant ainsi ouverture à un recours auprès du comité de révision.

#### 6.1.3.3 Qualification juridique de l'examen et de la décision du médecin examinateur

La qualification juridique de l'examen et de la décision du médecin examinateur a fait l'objet de très peu de décisions ou de commentaires de la doctrine. Il s'agit toutefois d'une question d'importance puisque de conclure que les fonctions du médecin examinateur, lorsqu'il fait le choix de procéder lui-même à l'examen de la plainte, relèvent de l'exercice de pouvoirs juridictionnels plutôt qu'administratifs entraînera l'application de garanties juridiques particulières qui encadreront et formaliseront le processus d'examen.

---

Mentionnons tout d'abord que certaines garanties procédurales statutaires sont offertes tant au plaignant qu'au professionnel visé dans le cadre de l'examen du médecin examinateur. Ces garanties relèvent du droit du professionnel de recevoir une copie de la plainte, du droit du professionnel et du plaignant de présenter leurs observations à l'occasion de cet examen et d'avoir accès au dossier de plainte, ainsi que du droit du plaignant et du professionnel d'être informés des conclusions motivées du médecin examinateur.

L'examen de la plainte par le médecin examinateur débouche sur la remise d'un rapport contenant les conclusions motivées auxquelles il en est arrivé ainsi que ses recommandations, le cas échéant. Il est à noter que ce rapport est qualifié de « décision » par la loi, alors même qu'aucune disposition n'accorde au médecin examinateur un pouvoir de sanction ou de contrainte autres que celui requis afin d'assurer la bonne marche de son examen. Si le rapport peut constituer une véritable décision, celle-ci constitue, à notre avis, un acte essentiellement administratif. En effet, la loi n'accorde au médecin examinateur qu'un pouvoir de recommandation. Comme le rappelle l'auteur Villagi : « il faut aussi, pour qu'une décision porte atteinte aux droits, qu'elle ait une force obligatoire et lie les parties. Le simple pouvoir de recommandation ne peut en ce sens constituer un pouvoir quasi judiciaire (...) »<sup>203</sup>.

---

<sup>203</sup> Villaggi, Jean-Pierre – « La justice administrative » dans Collection de droit 2010-2011, Volume 7, Droit public et administratif, Titre II, Les moyens de se pourvoir à l'encontre de mesures administratives, p. 138. Voir également : *Guay v. Lafleur*, [1965] SCR 12.

Dans la décision *Bélanger c. Centre hospitalier universitaire de Québec*, un usager réclamait des dommages fondés sur des propos diffamatoires tenus par la médecin défenderesse. Au soutien de ses allégations, le demandeur a produit le rapport du médecin examinateur. La Cour a qualifié d'« avis » les conclusions et recommandations du médecin examinateur et a confirmé que le rapport du médecin examinateur ne permet pas d'établir la responsabilité d'un médecin, et sur cette base, a accueilli la requête en radiation d'allégation et en rejet de pièces de la défenderesse :

« (...) le Tribunal est d'avis que la plainte du demandeur, produite à l'appui de l'allégation 9 de sa requête introductive d'instance, faite auprès de la commissaire locale adjointe à la qualité et aux relations avec la clientèle du défendeur CHUQ, ne prouve rien et que le rapport du médecin examinateur sur la plainte du demandeur, produit à l'appui de l'allégation 10 de la requête introductive d'instance, ne constitue pas un fait mais un avis.

En effet, la plainte du demandeur et le rapport du médecin examinateur sur la plainte sont des éléments qui, bien qu'allégués respectivement aux paragraphes 9 et 10 de la requête introductive d'instance, sans être totalement étrangers au litige, ne permettent pas d'établir les faits générateurs du droit réclamé et ne peuvent, ni ne doivent influencer sur la décision du juge. »<sup>204</sup>

La décision précitée se fonde également sur l'article 76.5 de la loi qui prévoit expressément qu'aucun élément du dossier de plainte d'un usager, les recommandations et les conclusions qui les accompagnent ne peuvent constituer une déclaration, une reconnaissance ou un aveu extrajudiciaire d'une faute professionnelle, administrative, ou autre de nature à engager la responsabilité civile d'une partie devant une instance judiciaire<sup>205</sup>.

---

<sup>204</sup> B.E. 2004BE-988 (C.Q.), par. 10 et 11.

<sup>205</sup> Sur la possibilité d'alléguer l'existence du rapport et le contenu de ses conclusions dans le cadre d'une procédure judiciaire, voir la note 172.

Le dossier de plainte d'un usager, en application des articles 17 à 28 de la loi, de même que tous les rapports et documents qu'il contient, sont assimilés au dossier médical de l'usager et assujettis aux mêmes dispositions assurant sa confidentialité et sa non-divulgence<sup>206</sup>. Une exception existe toutefois à cette règle en ce que les conclusions motivées et les recommandations formulées par un médecin examinateur doivent être versées au dossier professionnel du médecin visé par la plainte<sup>207</sup>. Cette obligation existe malgré le fait qu'une sanction disciplinaire découlant de cette plainte soit par la suite annulée par le T.A.Q.<sup>208</sup>.

Le dépôt du rapport du médecin examinateur au dossier professionnel du médecin, même si l'orientation retenue n'a pas été celle de référer la plainte à des fins disciplinaires, n'est toutefois pas sans conséquence pour le médecin visé. Puisque le conseil d'administration, dans le cadre de l'exercice de ses fonctions disciplinaires, a accès au dossier professionnel du médecin, la situation consignée au rapport du médecin examinateur pourrait être prise en compte par le conseil d'administration dans le choix d'une sanction disciplinaire fondée sur un comportement subséquent du médecin. Le dossier professionnel est également transmis au nouvel établissement où le médecin formule une demande de nomination, la présence du rapport d'un médecin examinateur pouvant dans un tel contexte constituer un élément défavorable à la candidature du médecin. À titre d'exemple, dans une décision de la Commission des affaires sociales<sup>209</sup>, le comportement

---

<sup>206</sup> Article 76.9 de la loi.

<sup>207</sup> Alinéa 3 de l'article 76.8 de la loi.

<sup>208</sup> *B.G. c. Centre hospitalier A*, 2008 QCCA 234.

<sup>209</sup> *Services de Santé-5*, [1977] C.A.S. 350.

passé du médecin – consigné à son dossier professionnel - avait justifié le refus de sa réinstallation au centre hospitalier en ce qu'il avait attaqué systématiquement et continuellement les points de vue de son chef de département clinique, d'une manière qui ne favorisait pas la collaboration entre médecins et avec le personnel médical et qui pouvait à terme être nuisible aux patients.

Notons que l'article 50 de la loi prévoit que le médecin examinateur doit transmettre au conseil d'administration et au CMDP, au moins une fois par année, un rapport décrivant les motifs des plaintes examinées depuis le dernier rapport ainsi que des recommandations visant à améliorer la dispensation de services dans un centre exploité par l'établissement.

#### 6.1.4 Formation et fonctions du comité de révision

Tout plaignant en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le médecin examinateur ou qui seraient réputées avoir été transmises peut adresser une demande de révision du traitement de sa plainte auprès d'un comité de révision dans les 60 jours<sup>210</sup> de la réception des conclusions du médecin examinateur ou à la date à laquelle des conclusions négatives sont réputées lui avoir été transmises. Le professionnel concerné par une plainte peut également adresser dans les mêmes délais une demande de révision<sup>211</sup>.

---

<sup>210</sup> Article 53 de la loi.

<sup>211</sup> Article 53.0.1, incorporé à la loi en 2005 suite à l'adoption de L.Q. 2005, c. 32, art. 19. Il est surprenant de constater que le droit de porter un dossier de plainte en révision était réservé aux seuls usagers avant

L'article 51 de la loi prévoit qu'un comité de révision peut être mis en place par tout établissement public<sup>212</sup>. Le deuxième alinéa de cet article prévoit les modalités de nomination des membres du comité, qui doit compter deux dentistes, médecins ou pharmaciens et un président, nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration. La durée du mandat des membres du comité et ses règles de fonctionnement sont déterminées par le conseil d'administration<sup>213</sup>.

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement de toute plainte à l'exception de celles redirigées pour étude à des fins disciplinaires, en prenant connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, en s'assurant que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs et conclusions du médecin examinateur se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles<sup>214</sup>.

Les auteurs commentent que le comité de révision n'a pas compétence dans le cas où le médecin examinateur, après un examen préliminaire de la plainte, exerce son pouvoir de

---

l'entrée en vigueur de l'article 53.0.1, situation qui n'était pas sans avoir soulevé certaines critiques des professionnels assujettis, voir : *Mémoire présenté par les fédérations des médecins spécialistes, omnipraticiens et résidents relativement au projet de loi n° 27*, p.3.

<sup>212</sup> Cette disposition prévoit qu'un comité de révision doit être mis en place pour chaque instance locale par réseaux locaux de santé et de services sociaux. La définition d'instance locale est prévue à l'article 99.4 de la loi. Il s'agit généralement des entités désignées comme des « centres de santé et de services sociaux ». Sur l'organisation du territoire de la province de Québec en réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, voir : Barreau du Québec, *Après le projet de loi 83 : un nouveau réseau de la santé 2006*, Cowansville, Yvon Blais, 2006, ainsi que les articles 99.2 à 99.8 de la loi.

<sup>213</sup> Bien que la loi n'en traite pas, il serait possible d'envisager dans un tel cas l'application de l'article 6 du règlement qui prévoit que le conseil d'administration consulte le CMDP préalablement à l'adoption d'un règlement ayant une incidence sur ses responsabilités. Au même effet, voir le *Mémoire présenté par les fédérations des médecins spécialistes, omnipraticiens et résidents relativement au projet de loi n° 27*, p.3.

<sup>214</sup> Article 52 de la loi.

rejeter toute plainte vexatoire, frivole ou faite de mauvaise foi<sup>215</sup>. Cette position nous semble conforme à la lettre de l'article 52 qui donne compétence au comité de révision pour évaluer le traitement accordé à la plainte, et qu'il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte pour ce faire. Tel qu'il se dégage de la décision *Lessard* précitée<sup>216</sup>, la démarche du médecin examinateur, tant lorsqu'il rejette une plainte péremptoirement que lorsqu'il la réachemine immédiatement sur réception au comité de discipline, ne constitue pas un *traitement* de la plainte, mais seulement un examen sommaire, lequel ne donne pas ouverture à l'intervention du comité de révision<sup>217</sup>.

Le comité de révision dispose d'un délai de 60 jours de la réception d'une demande de révision pour remettre au plaignant, au professionnel concerné, au médecin examinateur saisi de la plainte ainsi qu'au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement un avis motivé par lequel le comité de révision doit choisir entre les options prévues au deuxième alinéa de l'article 52 de la loi.

Au terme de sa révision, le comité peut confirmer les conclusions du médecin examinateur ou, s'il le juge approprié, requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé. Dans les cas qui le justifient, le comité de

---

<sup>215</sup> J.-L. BAUDOUIN et P. MOLINARI, *op. cit.*, note 37, p.59.

<sup>216</sup> Précité, note 178.

<sup>217</sup> Cette interprétation a également été retenue par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux dans le cadre de l'élaboration du *Projet-type de règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers d'un établissement public de santé et de services sociaux*, 2006.

révision pourra réorienter la plainte au CMDP pour étude à des fins disciplinaires<sup>218</sup>. Le comité de révision pourra également recommander au médecin examinateur, ou aux parties elles-mêmes, certaines mesures pouvant favoriser leur conciliation.

Dans l'exercice de ses fonctions, le comité de révision dispose des mêmes pouvoirs d'accès aux renseignements et de convocation que ceux conférés au médecin examinateur<sup>219</sup>. Il doit également permettre au plaignant, au professionnel concerné ainsi qu'au médecin examinateur de présenter leurs observations, qui pourront être exposées l'occasion d'une audition à laquelle ils seront convoqués par le comité<sup>220</sup>. Remarquons toutefois que l'article 56 ne prévoit pas d'exigence de tenir une telle audition de sorte que les observations pourraient également être présentées par écrit.

Les conclusions contenues à l'avis motivé du comité de révision sont finales<sup>221</sup>, à l'exception des cas où la plainte est réacheminée à des fins disciplinaires auquel cas elle fera l'objet d'un traitement subséquent par le comité de discipline et le conseil d'administration de l'établissement.

---

<sup>218</sup> Il en va de même dans le cas d'un résident en médecine. Le résident en médecine est un employé de l'établissement. Sur les spécificités du traitement disciplinaire applicable au résident, voir : *Labrecque c. Hôpital du St-Sacrement*, [1995] R.R.A. 510 (C.S.) à la p. 514. confirmé en appel [1997] R.J.Q. 69 (C.A.).

<sup>219</sup> Alinéa 1 de l'article 55 de la loi.

<sup>220</sup> Alinéa 2 de l'article 56 de la loi.

<sup>221</sup> Article 56 de la loi.

## **7. La procédure disciplinaire**

### **7.1 Formation et fonctions du comité de discipline**

La procédure disciplinaire à l'endroit d'un médecin est initiée soit par le transfert d'une plainte par le médecin examinateur, ou encore par le comité de révision au CMDP pour fins d'étude<sup>222</sup>. La procédure à suivre en matière disciplinaire est prévue à la section 5 du règlement<sup>223</sup>. Dans les cas où un plaignant insatisfait du traitement d'une plainte n'aurait pas soumis le dossier au comité de révision, la jurisprudence a reconnu que les faits à l'origine de cette plainte ne pourront mener à une affaire disciplinaire par la suite<sup>224</sup>.

Une fois saisi d'une plainte, le comité exécutif du CMDP forme un comité de discipline composé d'au moins trois membres actifs du CMDP<sup>225</sup>. L'article 107 du règlement prévoit les fonctions et règles applicables à l'étude de la plainte par le comité de discipline.

Le comité de discipline aura à étudier le dossier, à prendre connaissance des documents pertinents, à entendre le médecin et son avocat s'il en est, et pourra également entendre

---

<sup>222</sup> Paragraphe (2<sup>o</sup>) de l'article 46 et articles 48 et 58 de la loi.

<sup>223</sup> Compte tenu qu'aucun règlement n'a été adopté par le gouvernement en vertu du paragraphe 2 de l'article 506 de la loi, le règlement reçoit application. Il revient au comité exécutif, en vertu du paragraphe (8) de l'article 98 du règlement d'élaborer les règles de procédure applicables aux mesures disciplinaires concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien. Voir *Michaud c. Gomez*, 12 mai 20001, AZ-50104242 (C.A.)

<sup>224</sup> *K.C. c. Hôpital A.*, 2008 QCTAQ 01459.

<sup>225</sup> Article 102 du règlement. Le règlement prévoit également au troisième alinéa de cet article que lorsque le dossier concerne un acte chirurgical ou implique un décès, un des médecins appelé à siéger au comité devra détenir un certificat de spécialiste en anatomopathologie.

toute personne dont le témoignage pourrait être utile. L'étude de la plainte par le comité de discipline résultera en la remise d'un rapport au comité exécutif.

Dans la décision *Pierre-Pierre c. Finlay*, la Cour supérieure a abordé la question des garanties juridiques applicables à l'étude d'une plainte par le comité de discipline et confirme que le comité de discipline exerce des fonctions juridictionnelles. Dans cette affaire, les membres du comité de discipline ont entendu les témoins hors de la présence du médecin. Ce dernier, par voie de requête en révision judiciaire, a soutenu qu'il s'agissait d'un manquement aux règles d'équité équivalent à un excès de juridiction du comité de discipline :

« Le comité de discipline ne possède pas le pouvoir d'assigner de témoins ni de les assermenter. Il peut tout de même recevoir des témoignages. Il doit cependant entendre le médecin et son avocat.

(...)

C'est de toute évidence le comité de discipline qui, dans son rapport, indiquera au comité exécutif si les allégations formulées sont fondées. Le rapport devra donc comprendre une analyse des faits et les conclusions de fait du comité de discipline.

Il apparaît donc que le comité de discipline détermine les faits et porte un jugement sur ces faits. Il ne sanctionne pas la conduite du professionnel visé. La sanction appartient au conseil d'administration et c'est le comité exécutif qui la recommande après étude du rapport du comité de discipline.

Le comité de discipline est-il soumis à l'observance de certaines règles de justice naturelle?

Il ne fait aucun doute que le comité de discipline doit, en vertu des dispositions de l'article 107 du règlement précité, entendre le médecin visé par l'enquête de même que son procureur. C'est là la règle « *audi alteram partem* », l'une des règles fondamentales de justice naturelle.

Cet élément prévu par une règle législative établit donc que le comité de discipline est à tout le moins un organisme administratif ayant le devoir d'agir équitablement. L'étendue des règles de justice naturelle que doit observer ce comité reste à déterminer. Les règles de justice naturelle applicables doivent inclure au minimum tous les éléments qui sont nécessairement corollaires à la règle *audi alteram partem*. (...) Vu ce qui précède, il y a certes lieu de conclure que le comité de discipline exerce des pouvoirs quasi-judiciaires. (...)

La Cour en arrive donc à la conclusion que le comité de discipline constitue un tribunal législativement constitué et qu'il est sujet à l'application de l'article 846 C.P.C. Ce comité est

appelé, en vertu de la loi et des règlements, à étudier une affaire, savoir à examiner des dossiers, des documents divers, à entendre des témoins et à entendre la personne visée de même que son procureur. Ce comité doit donc analyser les éléments de preuve qu'il collige et tirer des conclusions. Ces conclusions feront partie d'un rapport que le comité doit remettre au comité exécutif et ce rapport constituera l'élément servant de fondement aux recommandations du conseil exécutif. »<sup>226</sup>

La décision précitée a également précisé le contenu des règles d'équité procédurale en indiquant que le comité de discipline est assimilable à un tribunal législativement constitué. Cependant, en raison de l'absence de cadre procédural permettant formellement l'assignation de témoins et leur assermentation, le droit du médecin d'être entendu n'inclut pas celui de contre-interroger des témoins<sup>227</sup>.

S'agissant des garanties procédurales applicables, mentionnons que la Cour suprême a indiqué dans la décision *Baker* que le contenu de l'obligation d'équité procédurale est variable. L'auteur Villaggi résume ainsi les critères développés par la Cour suprême utiles à déterminer le contenu de cette obligation, le tout sujet à modulations selon les faits particuliers de chaque affaire :

« 1. La nature de la décision recherchée et le processus suivi pour y parvenir. Plus le processus prévu, la fonction du tribunal, la nature de l'organisme rendant la décision et la démarche à suivre ressemblent à une prise de décision judiciaire, plus il est probable que l'obligation d'agir équitablement exigera des protections procédurales proches du procès.

2. La nature du régime législatif et les termes de la loi en vertu de laquelle agit l'organisme en question. Par exemple, des protections procédurales plus importantes seront exigées lorsqu'il y a l'absence de procédure d'appel ou d'un recours permettant de réviser la décision. »<sup>228</sup>

---

<sup>226</sup> [1991] R.J.Q. 1947 (C.S.), p. 8 et suiv. Voir également : *P.F. c. C.H.S.L.D. Biermans-Triest*, 23 juin 2004, AZ-50266052 (T.A.Q.).

<sup>227</sup> *Pierre-Pierre c. Finlay*, précité, note 226, p. 30.

<sup>228</sup> Villaggi, Jean-Pierre – « La justice administrative », précité, note 203, p. 138.

Le comité de discipline est habilité à évaluer le bien-fondé d'une plainte et à recevoir les témoignages et la preuve documentaire pertinents. Il dresse un rapport contenant un véritable jugement sur les faits et le remet au comité exécutif, lequel pourra recommander au conseil d'administration l'application d'une sanction. Le comité exécutif pourrait donc également décider de ne pas recommander de sanction auquel cas il n'aura pas à transmettre le dossier au conseil d'administration, qui ne sera alors jamais saisi de la plainte<sup>229</sup>. Il est à noter que le choix du comité exécutif de recommander une sanction au conseil d'administration a été jugé comme n'étant pas sujet à appel au T.A.Q.<sup>230</sup>.

Le choix de la sanction recommandée par le comité exécutif du CMDP au conseil d'administration est encadré par le l'article 249 de la loi, lequel énumère limitativement les sanctions pouvant être prises à l'encontre d'un médecin. Ce choix pourra prendre en compte les règles générales applicables au choix de la sanction en matière disciplinaires<sup>231</sup>.

## **7.2 Audition devant le conseil d'administration**

Une fois saisi de la recommandation du comité exécutif prévue à l'article 108 du règlement, le conseil d'administration doit aviser les personnes intéressées et leur donner

---

<sup>229</sup> *P.F. c. C.H.S.L.D. Biermans-Triest*, précité, note 216, p. 23.

<sup>230</sup> *R.G. c. Centre Hospitalier universitaire du Québec*, 16 octobre 2003, AZ-50206571 (T.A.Q.).

<sup>231</sup> *Supra*, p. 96.

l'occasion de se faire entendre<sup>232</sup>.

L'article 249 de la loi fonde les pouvoirs du conseil d'administration d'imposer une sanction disciplinaire à un médecin, en fonctions de motifs limitativement énumérés :

« **249.** Le conseil d'administration peut prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin ou d'un dentiste.

Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises vont de la réprimande, le changement de statut, la privation de privilèges, la suspension du statut ou des privilèges pour une période déterminée jusqu'à la révocation du statut ou des privilèges. Elles peuvent consister à recommander au médecin ou au dentiste de faire un stage, de suivre un cours de perfectionnement ou les deux à la fois et, s'il y a lieu, à restreindre ou suspendre, en tout ou en partie, les privilèges de celui-ci jusqu'à la mise à jour de ses connaissances.»

Toute mesure disciplinaire prise à l'endroit d'un médecin ou d'un dentiste doit être motivée et fondée uniquement sur le défaut de qualification, l'incompétence scientifique, la négligence, l'inconduite, l'inobservation des règlements de l'établissement, eu égard aux exigences propres à l'établissement, ou le non-respect des termes apparaissant à la résolution visée à l'article 242.

L'imposition des mesures disciplinaires doit se faire selon la procédure prévue par règlement pris en vertu du paragraphe 2° de l'article 506. Le directeur général doit communiquer à l'ordre professionnel concerné un exemplaire de la décision. »

La Cour d'appel offre une analyse du régime instauré par l'article 249 de la loi dans la décision *Michaud c. Gomez*. La Cour confirme que l'article 249 confère au conseil d'administration compétence sur tout médecin auquel il a accordé des statuts et des privilèges. Cette compétence n'est pas limitée aux seuls cas impliquant les activités cliniques du médecin mais également à d'autres situations :

« Ceci m'amène à quelques remarques d'ordre général sur le pouvoir disciplinaire du conseil d'administration de l'établissement. L'article 249 de la Loi ne fait pas état de la notion d'« usager » ou d'« acte médicaux ». Il en est de même de l'article 107 du règlement. Ces articles réfèrent à la personne même du médecin et à sa conduite dans un cadre beaucoup plus large que la simple prestation d'actes médicaux. Ces textes législatifs ne contiennent aucune ambiguïté. Toute personne peut porter plainte à l'égard d'un médecin. Il n'y a aucune exigence à

---

<sup>232</sup> Article 109 du règlement. La notion de « personnes intéressée » n'est pas définie à la loi ou au règlement, mais il s'agit sans doute minimalement du professionnel concerné et du plaignant.

ce que ce soit un usager qui porte plainte à l'égard d'un acte médical.

Ce pouvoir disciplinaire du conseil d'administration repose, avant tout, sur les articles 249 et 214 de la Loi. Les limites à ce pouvoir sont inscrites dans ces articles et nulle part ailleurs. L'enchâssement législatif du droit de plainte d'un usager (art. 29 et s.) s'insère dans ce mécanisme général sans toutefois le limiter. (...) »<sup>233</sup>

Nous remarquons également que l'article 249 de la loi ne prévoit nullement une obligation pour le conseil d'administration de consulter le CMDP avant l'imposition d'une sanction. Une obligation existe toutefois au cinquième alinéa de l'article 214 qui prévoit que le CMDP est responsable envers le conseil d'administration de donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer. Cette fonction est par ailleurs spécialement dévolue au comité exécutif du conseil par le règlement, et se traduit par la remise de la recommandation du comité exécutif et du rapport du comité de discipline au conseil d'administration.

Le T.A.Q., dans la décision *C.M.D.P. F. (P.) c. CHSLD Biermans-Triest* rendue en 2004, a posé que le conseil d'administration est lié par les conclusions factuelles du comité de discipline et ne peut fonder une sanction sur une plainte dont les assises factuelles ont été jugées insuffisantes par le comité de discipline :

« Le tribunal est d'avis que le conseil d'administration est lié par les conclusions factuelles du comité de discipline et par la détermination du comité de discipline quant au bien-fondé de la plainte. (...) »

Le législateur n'a pas accordé au conseil d'administration le pouvoir de réviser la décision rendue par le comité de discipline. (...) »

Ce n'est que lorsque le C.E.C.M.D.P. choisi de recommander l'imposition d'une sanction ou mesure disciplinaire, laquelle est transmise au conseil d'administration, que le conseil dispose de

---

<sup>233</sup> Précité, note 213, par. 48-49 (C.A.). Dans cette décision, la procédure disciplinaire a été jugée applicable aux manquements d'un médecin à l'occasion d'un programme de recherche visant le dépistage précoce du cancer.

la liberté de mettre de côté l'opinion du c.e. quant à la recommandation de la sanction à imposer car la sanction est du ressort exclusif du conseil d'administration. »<sup>234</sup>

Dans la décision *Montambault c. Hôpital Maisonneuve-Rosemont*, la Cour d'Appel a conclu que le conseil d'administration, dans le cadre de l'exercice de sa mission en matière disciplinaire, n'est pas lié par la recommandation du comité exécutif du CMDP quant à la sanction suggérée. Dans cette décision, tant le comité de discipline que le comité exécutif du CMDP recommandaient d'annuler la suspension d'urgence des privilèges imposée au requérant, alors que le conseil d'administration a décidé de la maintenir :

« [108] Reprenant l'analyse inspirée de *Barrett*, je dois constater, comme première étape, que les articles 131 L.S.S.S. et 109 du Règlement confèrent au conseil d'administration une discrétion assez large. Malgré la démarche procédurale qui est imposée par les articles 106 à 109 du Règlement, le conseil d'administration n'a pas l'obligation de se conformer à l'opinion du comité de discipline ou du comité exécutif. De plus, toute une kyrielle de sanctions sont prévues, de la réprimande à la révocation. Au surplus, un processus d'appel est mis en place. Le forum naturel de révision des décisions du conseil d'administration n'est pas la Cour supérieure, mais la C.A.S. (...)

Le conseil d'administration est responsable de la gestion de l'hôpital et du bien-être des patients. Il doit prendre plusieurs décisions qui sont fondées sur des considérations dictées par ses responsabilités multiples. L'ampleur de sa discrétion est le corollaire des lourdes responsabilités qui lui sont imposées. Le conseil d'administration doit être à l'abri de poursuites de personnes insatisfaites des décisions prises à l'intérieur de sa discrétion. Une plus grande protection doit être attachée aux actes du conseil d'administration agissant comme organisme disciplinaire.

[111] Encore faut-il vérifier si la décision constitue un exercice déraisonnable du pouvoir disciplinaire. »<sup>235</sup> (notre emphase)

Le choix de la sanction qui incombe au conseil d'administration est encadré par certains critères qui ont été dégagés de la jurisprudence. Dans la décision *Monfette c. Hôtel-Dieu*

<sup>234</sup> 23 juin 2004, AZ-50266052 (T.A.Q.), par. 39 et 41.

<sup>235</sup> 2001 CanLII 11069, par. 108 et 111 (C.A.).

de *Saint-Jérôme*, la Cour supérieure a retenu que la principale obligation du conseil d'administration en matière de choix de sanction est celle de respecter une certaine proportionnalité entre la gravité du manquement et la sanction imposée :

« En matière de sanction, comme en toute autre matière, le c.a. doit agir conformément à la norme édictée à l'article 174 L.S.S.S.:

[Exigences de conduite.] Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements qu'ils administrent et de la population desservie.

Selon l'article 249 L.S.S.S., le c.a. a le choix de la sanction. Il aurait pu décider d'une réprimande au lieu d'une suspension de privilèges ou d'une suspension plus courte. Sauf la suspension maximale de 10 jours en cas d'urgence (art. 251 L.S.S.S.), la L.S.S.S. ne fixe pas la durée d'une suspension de privilèges; c'est au c.a. à la déterminer. D'emblée, on exclura toute détermination arbitraire. Outre qu'il doit motiver sa décision, le c.a. doit s'inspirer d'un sens de la mesure entre la gravité de la négligence reprochée et l'importance de la règle enfreinte, eu égard à la qualité des services que le centre hospitalier doit offrir aux bénéficiaires. »<sup>236</sup>

Remarquons également que la jurisprudence a reconnu que la procédure disciplinaire ne peut être initiée ou continuée à l'endroit d'un médecin qui renonce à ses statuts et privilèges<sup>237</sup>.

### **7.3 Les fondements de la sanction disciplinaire et du refus de renouvellement**

Puisque le refus de nomination ou de renouvellement peut être assimilé à une certaine forme de sanction à un comportement ayant pris place, nous évaluerons conjointement les motifs prévus à la loi qui peuvent les fonder.

<sup>236</sup> AZ-94021193, 16 février 1994 (C.S.).

<sup>237</sup> Commission des affaires sociales, dossiers SS-50924 et SS-50925, 27 septembre 1995.

### 7.3.1 Le défaut de qualification

L'interprétation retenue par la Commission des affaires sociales de la notion de qualification précise que la qualification au sens de la loi doit être distinguée d'une qualification purement fondée sur le dossier académique du médecin. La qualification s'entend d'une somme de caractéristiques dont « l'expertise [du médecin], son savoir, sa formation, ses aptitudes et son expérience acquise (...) l'on ne reconnaît pas cette qualification forcément ou uniquement par les diplômes obtenus par l'appelant<sup>238</sup>».

La qualification du médecin est un élément qui aura fait l'objet de vérifications par le comité d'examen des titres et ce, dès son admission. Le centre hospitalier qui invoque ce motif pour fonder une sanction disciplinaire ou un non-renouvellement devra donc faire la preuve d'une modification des aptitudes, du savoir ou de l'expertise du médecin d'une manière qui justifie que la qualification du médecin est désormais insuffisante. Dans la décision précitée, le centre hospitalier avait conclu un contrat d'affiliation avec une université qui prévoyait que les médecins détenteurs d'un certificat de spécialiste en chirurgie générale, dont l'appelant, ne puissent plus exercer en chirurgie gynécologique sauf s'ils détenaient un certificat de spécialiste en gynécologie-obstétrique. Puisque l'appelant pratiquait des chirurgies gynécologiques depuis plusieurs années sans que sa compétence ou sa qualification ait été remise en cause, cette restriction à ses privilèges

---

<sup>238</sup> *Services de Santé et Services Sociaux-23*, [1980] C.A.S. 1201, p. 1204.

équivalente à un non-renouvellement a été infirmée par la Commission des affaires sociales.

### 7.3.2 L'incompétence scientifique

Il existe une obligation déontologique<sup>239</sup> qui incombe au médecin de maintenir une compétence scientifique suffisante au cours de sa pratique, qui se traduit notamment par diverses initiatives du Collège des médecins visant la formation professionnelle continue<sup>240</sup>.

La Commission des affaires sociales, appelée à évaluer la compétence scientifique d'un médecin spécialiste en pathologie, a rappelé l'importance pour un médecin de conserver un niveau de connaissances scientifiques satisfaisant. Il est à noter que le médecin en a appelé dans cette décision du non-renouvellement de ses statuts et privilèges qui avait été prononcé par le conseil d'administration du centre hospitalier jusqu'à ce que les résultats d'une enquête tenue par le Collège des médecins (alors désignée comme la Corporation professionnelle des médecins du Québec) à son endroit soient divulgués. Deux rapports avaient déjà été transmis par le Collège des médecins qui ont révélé des lacunes dans la pratique de l'appelant. Compte tenu que ces rapports ne permettaient pas de déduire que l'appelant était désormais incompetent, la Commission a infirmé la décision refusant le renouvellement :

---

<sup>239</sup> Voir l'article 5 du *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., C. M-9.

<sup>240</sup> COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC -DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE, Plan d'autogestion du développement professionnel continu, Août 2008.

« La nécessité pour un médecin de conserver un niveau de compétence scientifique lui permettant de bien exercer son art à l'intérieur d'un centre hospitalier ne saurait être mise en doute. C'est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'un spécialiste et qu'il est le seul à exercer sa spécialité dans l'hôpital. Diverses autorités dont certaines à l'intérieur même de l'hôpital sont chargées de veiller à ce qu'il en soit ainsi.

(...)

Il nous faut cependant retenir que, malgré la constatation de telles lacunes, la Corporation n'a posé aucun geste ou n'a fait aucune recommandation qui pourrait permettre de conclure qu'elle considérerait l'appelant dorénavant incompetent à exercer sa spécialité. »<sup>241</sup>

Dans une autre décision de la Commission des affaires sociales, un médecin avait vu le renouvellement de son statut de membre actif refusé en raison de l'incompétence scientifique qu'il aurait démontré en ne participant aux réunions scientifiques visant à parfaire sa formation pendant une période de deux ans, et en pratiquant un nombre sensiblement moindre d'interventions chirurgicales que les autres chirurgiens du même centre. Sur ces points, la Commission soulève que l'incompétence scientifique doit non seulement être prouvée mais qu'elle doit poser en plus un risque réel à la santé et à la sécurité des usagers pour fonder un refus de renouvellement :

« 1) L'absence aux réunions scientifiques

Tout en admettant qu'il lui a été démontré par la preuve soumise par l'hôpital que l'assistance à de telles réunions est utile à un médecin exerçant sa profession dans un centre hospitalier pour parfaire ses connaissances et se tenir au courant des discussions scientifiques qui y ont cours, la Commission constate qu'il ne lui a été nullement prouvé que le fait pour un médecin de ne pas y assister pendant deux ans le rende incompetent. Il n'a pas de plus été démontré que l'appelant soit lui-même devenu incompetent suite à son absence à de telles réunions pendant deux ans.

Pour appuyer une décision sur un motif d'incompétence scientifique, il importe de faire état des faits qui permettent de conclure qu'un médecin a perdu sa compétence. On ne peut se contenter d'une démonstration que le médecin n'a pas utilisé pendant une certaine période les moyens mis à sa disposition pour améliorer ses connaissances médicales, sauf s'il est établi qu'il s'agit du seul disponible et que d'autre part il s'en est suivi de la part du médecin de manifestations tangibles d'incompétence. Ce n'est pas ce qui a été fait dans ce cas. (...)

<sup>241</sup> *Services de Santé et Services Sociaux-10*, [1980] C.A.S. 392, p. 396.

2) Le peu d'interventions chirurgicales pratiquées par l'appelant

L'appelant n'a effectué en 1975, au centre hospitalier P..., que trente-trois interventions chirurgicales et en 1976 que douze. Force nous est de reconnaître qu'il s'agit d'un nombre très minime par rapport à la moyenne des autres médecins entendus lors de l'audition. Cependant, sur ce point, il n'a pas été prouvé à la Commission qu'il y a en général une relation directe entre le nombre d'interventions pratiquées par un chirurgien et son habileté technique, et plus particulièrement, il ne fut fait aucune preuve de l'inhabileté technique de l'appelant. »<sup>242</sup> (notre emphase)

L'appréciation de l'incompétence scientifique d'un médecin requiert généralement une preuve d'expert. Le deuxième alinéa de l'article 214 prévoit d'ailleurs que le CMDP peut s'adjoindre les services d'un expert externe dans le cadre du contrôle de la qualité et de la pertinence de soins médicaux, et de l'évaluation et du maintien de la compétence des médecins. Cette évaluation de la compétence du médecin pourrait être tenue tant dans un contexte de renouvellement des statuts et privilèges du médecin qu'à l'occasion d'une affaire disciplinaire.

Il se dégage des décisions précitées qu'une certaine présomption de fait de compétence scientifique se développe au fil des renouvellements des privilèges et du statut d'un médecin, laquelle aura à être renversée par une preuve suffisante du centre hospitalier souhaitant invoquer ce motif.

---

<sup>242</sup> *Services de santé et services sociaux-8*, [1977] C.A.S. 718, p. 721.

### 7.3.3 Négligence

La négligence comme motif de sanction distincte a fait l'objet de peu de décisions permettant de l'encadrer d'une définition autonome. Ont été reconnus comme des cas de négligence dans une décision de la Commission des affaires sociales diverses circonstances relevant de la tenue de dossiers et des activités cliniques d'un médecin et permettant à tout le moins de déduire que la notion de négligence couvre un large champ d'activités du médecin :

« (...) Même s'il n'y a pas eu de preuve de conséquence néfaste directe dans certains dossiers, les notes manuscrites illisibles ou incompréhensibles de l'appelant dans les dossiers de ses patients, la déficience terminologique, jointes à des lacunes, à des erreurs ou à des contradictions, (...) ne sont conciliables qu'avec de la négligence. De plus, l'appelant dictait ses sommaires tardivement, souvent après que les patients avaient (sic) quitté l'hôpital (...). Il ne rédige pas d'observation médicale avant l'intervention chirurgicale. Il ne donne pas de notes explicatives ou de description de la procédure suivie quant à la chirurgie pratiquée dans ses protocoles opératoires, lesquels sont trop succincts. Les consentements opératoires ne correspondent pas, de façon générale, à l'ensemble des chirurgies pratiquées. Dans de nombreux dossiers, le diagnostic n'est pas appuyé sur des notes préopératoires ou des radiographies. On est en présence de procédures qui ne sont pas justifiées par l'information que l'on retrouve au dossier. De plus, la documentation en postopératoire ajoute des éléments non notés sur les notes d'évolution. Enfin, dernier élément relevé : la durée du temps d'opération pour certaines opérations, par exemple 60 minutes au protocole opératoire pour une quadriceps-plastie, alors que cette intervention prend normalement deux heures, selon les experts. »<sup>243</sup>

Dans une autre décision, la Commission, bien qu'elle constate certaines omissions dans l'ensemble de l'exercice du médecin, souligne qu'il ne s'agit pas là d'omissions ou de négligences pouvant soutenir le refus de renouveler les privilèges d'un médecin :

« Considérant ce qui fait l'objet du présent litige, il ne suffit cependant pas uniquement de constater la présence de certaines omissions dans l'exercice pathologique de l'appelant mais bien

---

<sup>243</sup> *Services de santé et services sociaux-4*, [1988] C.A.S. 603, p. 621

la présence d'omissions telle qu'elles démontrent de sa part une négligence pouvant justifier de refuser de renouveler ses privilèges en anatomo-pathologie. »<sup>244</sup>

La négligence s'apprécie donc en fonction d'un critère de gravité qui pourra inviter le conseil d'administration à certaines modulations quant au choix de la sanction, en regard du critère de proportionnalité applicable.

#### 7.3.4 L'inconduite

L'inconduite s'apprécie par rapport à une norme comportementale qui peut varier selon les faits et le contexte. Par exemple, dans la décision récente *K.C. c. Hôpital A.*, un médecin avait à un certain nombre d'occasions critiqué auprès des usagers les interventions effectuées par certains autres médecins et suggérait des modifications drastiques au plan de traitement des usagers. Suite à une série de plaintes d'usagers, une mesure disciplinaire, soit une suspension de trente jours, a été prononcée contre le médecin pour inconduite. Le T.A.Q., saisi de l'appel de cette sanction, rappelle que l'appréciation des plaintes des usagers pour inconduite du médecin, en raison de l'anxiété vécue et du discrédit apparent de leur médecin traitant, doit s'apprécier dans un contexte particulier, et en est venu à la conclusion d'annuler la suspension :

« [77] Sur le plan clinique, le contexte est celui d'une intervention rendue nécessaire en raison de complication gynéco-obstétricales comportant, dans certains cas un élément d'urgence, dans d'autres cas un élément de risque appréhendé, dans d'autres cas, enfin un élément de morbidité élevée. Il s'agit en somme de situations souvent critiques, dont l'issue recherchée sur le plan clinique impose des décisions susceptibles de modifier de façon importante, pour les patientes concernées, le cours jusque là normal des choses.

---

<sup>244</sup> *Services de santé et services sociaux-10*, [1980] C.A.S. 392, p. 398.

[78] Sur le plan relationnel, en raison même du caractère subjectivement insécurisant de l'intervention du consultant, le contexte peut facilement en être un où la perception du message, par les patientes, peut s'avérer défavorable, tant pour le contenu du message que pour la personne du messager. »<sup>245</sup>

Un comportement n'a pas à constituer un manquement à une norme explicite en vigueur au sein de l'établissement pour pouvoir équivaloir à de l'inconduite. Dans une décision du T.A.Q. rendue en 2006, un médecin psychiatre avait répondu par des coups au comportement irrespectueux d'un patient. Ce comportement violent a été considéré comme de l'inconduite puisque le médecin n'était pas dans une situation de légitime défense :

« [30] Par ailleurs, peu importe l'existence ou pas d'un ou des protocoles, ou des normes précises au sein d'un établissement hospitalier, il y a une conduite minimale qu'un médecin et, en l'occurrence un psychiatre, doit avoir vis-à-vis les usagers et les malades, surtout psychiatriques.

[31] L'absence de protocole ne dispense pas les médecins d'agir à leur guise dans un établissement hospitalier, tout comme les juges judiciaires ou administratifs sur le banc. Comme il n'est pas question pour ces derniers de répliquer par la force à un acte de crachat d'un requérant, il peut être question non plus pour un médecin, sauf en cas de légitime défense, ce qui n'est pas le cas ici. »<sup>246</sup>

Dans une autre décision, les absences répétées d'un médecin anesthésiste aux réunions du comité opératoire paralysaient à toute fin pratique l'action du comité, situation qui a mené au non-renouvellement de ses statuts et privilèges. La Commission des affaires sociales, renversant cette mesure, a précisé que l'inconduite doit s'apprécier en regard des activités du médecin *à titre de médecin*, et non en regard de ses fonctions administratives

---

<sup>245</sup> Précité, note 214, par. 77-78.

<sup>246</sup> *G.-É.C. c. Centre hospitalier X*, 15 mars 2006, AZ-50366976 (T.A.Q.). Confirmé par la Cour supérieure : *G.-É.C. c. Centre hospitalier X*, 2006 QCCS 5417.

ou autres<sup>247</sup>. La violation des règles de confidentialité d'un établissement eu égard à la protection des renseignements des usagers a également été considérée comme de l'inconduite justifiant une sanction<sup>248</sup>.

Dans la décision *M.G. c. Centre hospitalier A*<sup>249</sup>, le T.A.Q. a été appelé à évaluer les conséquences de l'exclusion du demandeur de l'entente de groupe reconnue comme valide dans la série de décisions *Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières*, et plus particulièrement quant à ses obligations liées à la garde. Le directeur des services professionnels du centre hospitalier a fait parvenir une correspondance à l'attention du requérant lui rappelant que suite à son exclusion du groupe de pratique médicale auquel il appartenait, il serait dorénavant responsable de sa clientèle en tout temps et également responsable de recevoir tous les patients qui se présenteraient à l'urgence alors qu'il est de garde. Cette correspondance a été assimilée à une directive par le Tribunal. Or le requérant était de garde au moment de l'admission d'un patient à l'urgence mais n'en a été avisé qu'au terme de son quart de garde. En conséquence, le requérant, qui n'avait pas assuré le suivi du patient, a fait l'objet d'une plainte qui a résulté en l'imposition d'une sanction disciplinaire par le conseil d'administration.

Le T.A.Q. a indiqué que les obligations liées à la garde sont régies par la loi et les

---

<sup>247</sup> *Services de santé-6*, [1977] C.A.S. 705; voir au même effet : *Services de santé et services sociaux-6*, [1983] C.A.S. 591.

<sup>248</sup> *D.D. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, précité, note 175.

<sup>249</sup> 2010 QCTAQ 4603.

règlements applicables et qu'il ne revient pas au directeur des services professionnels de changer les modalités de la garde de façon unilatérale, et la sanction disciplinaire, en l'occurrence une suspension, a été annulée. Cette décision a été portée en révision judiciaire par le centre hospitalier. La Cour supérieure a confirmé la décision du T.A.Q. en précisant notamment que la directive émise par le directeur des services professionnels ne pouvait fonder l'application d'une sanction disciplinaire:

« le 3<sup>e</sup> paragraphe de l'article 249 de la LSSS octroie au conseil d'administration l'autorisation d'imposer une mesure disciplinaire à un médecin si elle est fondée, notamment sur son *inconduite eu égard aux exigences propres de l'établissement*. Ces exigences propres à l'établissement n'existent pas autrement que dans un cadre normatif réglementaire tel le règlement interne valide, ou un règlement général comme le *Code de déontologie des médecins*.

Le tribunal imagine mal l'existence de standards non définis, non réglementés ou non légalisés qui permettraient à un DSP d'imposer une mesure aussi lourde (...) en basant sa directive sur un quelconque standard de nature privée. Un médecin peut être sanctionné pour avoir transgressé un règlement interne de l'hôpital sans avoir fait preuve d'inconduite. Mais on ne peut le taxer d'inconduite s'il viole une directive qui n'a aucun fondement juridique. »<sup>250</sup>

Cette décision de la Cour supérieure soulève certaines difficultés. Rappelons que l'article 249 de la loi prévoit l'inconduite et la violation de règlements comme deux fondements distincts de sanction disciplinaire, alors que les motifs du jugement précité semblent exiger que l'inconduite résulte de la violation de seuls textes réglementaires. Cette interprétation nous semble contraire aux règles générales d'interprétation des lois à l'effet que le Législateur ne se répète pas et que deux termes distincts à la loi ont chacun un contenu propre. Également, la décision précitée aurait l'effet – déraisonnable voire même impossible - d'imposer aux établissements de prévoir *toutes* les situations équivalentes à de l'inconduite dans des textes réglementaires pour donner prise à sanction disciplinaire.

---

<sup>250</sup> Précité, note 32, p. 8.

Cette affaire étant inscrite en appel, il est à prévoir que la notion d'inconduite découlant de manquements à des normes non réglementaires sera précisée dans le sens du texte de l'article 249.

#### 7.3.5 L'inobservation des règlements de l'établissement

Il est surprenant de constater que la lettre de l'article 249 ne réfère, comme manquement à des textes réglementaires pouvant donner lieu à une sanction disciplinaire, qu'aux seuls règlements du centre hospitalier. À tout événement, les manquements répétés aux autres normes non-réglementaires qui encadrent la conduite du médecin telles que les règles d'utilisation des ressources, les règles de soin, les directives ou encore les règles de confidentialité pourraient constituer un comportement pouvant être reconnu comme de l'inconduite.

#### 7.3.6 L'inobservation des termes de la résolution visée à l'article 242

Les manquements au contenu de la résolution visée à l'article 242 donnent également ouverture à sanction dans un éventail de situations, par exemple dans l'éventualité où le médecin ne respecte pas les obligations rattachées à la jouissance de ses privilèges qui y figurent. Remarquons que les violations au contenu d'une entente au sens de l'article 108 de la loi et des obligations qui en découlent ne constituent pas une catégorie autonome de manquements, mais auront à être incorporés aux obligations rattachées à la jouissance des

privilèges du médecin pour pouvoir constituer un manquement au sens disciplinaire<sup>251</sup>, ou pouvoir autrement équivaloir à de l'inconduite. Cette incorporation d'une entente aux obligations du médecin à l'endroit du centre hospitalier est prévue à l'article 109 de la loi. Cette entente devra être valide et portée à la connaissance du médecin au moment où il adresse une demande de nomination ou de renouvellement à l'établissement pour pouvoir le lier par la suite.

#### 7.4 Pouvoir de suspension des privilèges prononcée d'urgence

Parallèlement au parcours régulier d'imposition d'une sanction disciplinaire, l'article 251 de la loi contient une disposition applicable dans les cas où l'urgence d'une situation requiert des mesures radicales et immédiates :

« **251. Suspension des privilèges.** En cas d'urgence, le directeur des services professionnels, le président du CMDP, le chef du département clinique concerné ou, en cas d'absence, d'empêchement ou à défaut d'agir de ces personnes, le directeur général, peuvent suspendre les privilèges d'un médecin ou d'un dentiste exerçant dans le centre. (...) »

**Rapport de la décision.** La personne ayant décidé de la suspension des privilèges d'un médecin ou d'un dentiste ou du statut d'un pharmacien doit avertir immédiatement le président du comité exécutif du CMDP et lui transmettre un rapport dans les 48 heures.

**Durée.** La suspension est valide jusqu'à ce que le conseil d'administration ait pris une décision à son sujet, sans toutefois excéder une période de dix jours. »

La notion d'urgence nécessaire pour autoriser le recours à la suspension d'urgence à l'encontre d'un médecin a fait l'objet d'une interprétation uniforme par la jurisprudence

---

<sup>251</sup> *Supra*, p. 15 et suiv.

et réfère à une situation qui ne « peut être qu'une situation exceptionnelle où il y a un risque pour la santé ou la sécurité des patients »<sup>252</sup>, et uniquement « lorsqu'une action immédiate doit être prise pour la protection de la santé des bénéficiaires, c'est-à-dire en cas d'urgence réelle, grave et immédiate<sup>253</sup>».

Dans la décision *Montambault c. Hôpital Maisonneuve-Rosemont*<sup>254</sup>, la Cour d'appel indique que le recours à la suspension d'urgence ne doit être employé que dans les seuls cas où il n'est pas possible ou pratique d'utiliser la procédure normale, c'est-à-dire que la situation est d'une gravité et d'une urgence telle que les délais inhérents à la procédure disciplinaire régulière ne sont pas acceptables. Seule la suspension totale et immédiate des privilèges est possible dans un tel cas<sup>255</sup>. Au même effet, dans une décision rendue en 2007<sup>256</sup>, le T.A.Q. souligne que le long délai, soit trois semaines, entre les événements reprochés et la suspension, permettent de conclure que la situation n'était pas réellement urgente. Le Tribunal souligne que « dans une situation d'urgence, l'affaire commande plutôt une action drastique et immédiate. »<sup>257</sup>

Compte tenu du caractère d'exception de la suspension d'urgence et de son impact sur le droit de pratique d'un professionnel, les tribunaux ont déjà par ailleurs reconnu que cette

---

<sup>252</sup> *Services de santé et Services sociaux-9*, [1989] C.A.S. 899, p. 910.

<sup>253</sup> *Santé et Services Sociaux-3*, précité note 129, p. 297.

<sup>254</sup> Précité, note 224, par. 92.

<sup>255</sup> *Id.*, par. 93.

<sup>256</sup> *A c. CSSS A*, 9 mars 2007, AZ-50428792 (T.A.Q.).

<sup>257</sup> *Id.*, par. 156.

disposition doit recevoir une interprétation stricte<sup>258</sup>.

L'alinéa deuxième de cette disposition prévoit que la personne ayant prononcé la suspension d'urgence doit immédiatement en aviser le président du comité exécutif du CMDP et lui transmettre un rapport dans les 48 heures. La suspension est d'une durée maximale de 10 jours et devra faire subséquemment l'objet d'un examen par le conseil d'administration.

L'urgence et la gravité requises ont fait l'objet d'un certain balisage par les décisions rendues en la matière. Par exemple, le fait pour un médecin d'avoir un comportement colérique et d'avoir par exemple eu des échanges grossiers avec ses confrères, les membres du personnel infirmier ainsi que les patients ne justifie pas l'imposition d'une suspension d'urgence<sup>259</sup>. Les écarts de langage et de conduite et l'incapacité à gérer harmonieusement une équipe de travail, dans la mesure où elles ne mettent pas directement en cause la santé et la sécurité des patients, ne sont pas non plus des motifs de suspension d'urgence bien que les mêmes motifs puissent justifier l'imposition d'une suspension de trois mois suite à la mise en œuvre du processus disciplinaire régulier<sup>260</sup>. Au contraire, l'usage de narcotique en salle d'opération par un médecin toxicomane justifie la suspension d'urgence<sup>261</sup>. Dans une décision du T.A.Q. rendue en 2009, le fait pour un médecin d'omettre volontairement de retirer des compresses de ses patients en

---

<sup>258</sup> *Giroux c. Racette*, 450-05-000246-898, le 31 mai 1989, j. Pierre Tessier (C.S.).

<sup>259</sup> *Montambault c. Hôpital Maisonneuve-Rosemont*, précité, note 224.

<sup>260</sup> *Services de santé et services sociaux-9*, précité, note 239.

<sup>261</sup> *Services de santé et services sociaux-11*, précité, note 168.

chirurgie afin de vérifier le degré d'attention du personnel de soutien a été jugé répréhensible mais aurait dû être sanctionné par l'application du processus disciplinaire prévu à la loi plutôt que par l'imposition d'une suspension d'urgence<sup>262</sup>.

Dans le droit fil d'une interprétation stricte de ces dispositions, la jurisprudence a reconnu que seules les personnes désignées à l'article 251 de la loi disposent du pouvoir de prononcer une suspension d'urgence, et que le directeur général ne peut agir que si les autres personnes sont absentes ou font défaut d'agir<sup>263</sup>. Cette interprétation a pour conséquence que le conseil d'administration d'un établissement ou par exemple le tuteur désigné à un établissement, malgré le caractère général de l'expression des pouvoirs qu'ils détiennent en vertu de la loi, ne pourraient appliquer une suspension d'urgence sans l'intervention des personnes désignées à l'article 251 de la loi<sup>264</sup>.

La Commission des affaires sociales a confirmé l'application de règles d'équité procédurale à la suspension d'urgence et a procédé à comparer les garanties procédurales offertes dans le cadre du régime disciplinaire « général » prévu à la loi à celles applicables à la suspension d'urgence :

« Les garanties prévues à l'article 251 »

Dans le cas d'une suspension d'urgence fondée sur l'article 251, la procédure est allégée et reconnaît explicitement moins de droits au professionnel concerné que ne le prévoit le mécanisme régulier de l'article 249.

---

<sup>262</sup> *A. c. Conseil d'administration du CSSS A*, précité, note 243.

<sup>263</sup> *Santé et services sociaux-6*, [1995] C.A.S. 406; requête en révision rejetée : J.E. 95-371.

<sup>264</sup> *Santé et services sociaux-6*, *id.*, p. 418-419.

Il s'amorce par une décision de suspension rendue par le chef de département, le D.S.P., le président du C.E. du C.M.D.P. ou – à défaut- par le directeur général de l'établissement.

La décision prise à cette étape n'est valable que pour un maximum de dix jours.

Celle des personnes habilitées, par le premier alinéa de l'article, à prendre la décision initiale le fait et doit immédiatement en aviser le président du C.E. du C.M.D.P. De plus, cette personne doit, dans les quarante-huit heures, lui transmettre un rapport à ce sujet.

L'effet de la décision prise en vertu du premier alinéa ne peut dépasser dix jours que si, à l'intérieur de ce délai, le conseil d'administration prend une décision.

Et l'effet de ladite décision du conseil d'administration, lorsqu'elle confirme la suspension d'urgence, est de prolonger cette suspension au-delà des dix jours, une plainte étant transmise au Comité de discipline prévu à l'article 249, enclenchant ainsi la procédure disciplinaire régulière énoncée à cet article.

(...)

On aurait pu croire en outre qu'à défaut de précision le droit du médecin d'être représenté et entendu était lui-même remis en cause, mais tel n'est pas le cas : témoignage de l'importance accordée à ce processus de suspension, l'honorable juge Tessier, dans l'affaire *Giroux c. Racette*, estime qu'en matière de suspension d'urgence le droit du médecin d'être entendu doit être respecté même si l'article 110 du règlement ne l'impose pas explicitement.

(...)

Le « plancher » des garanties octroyées à l'article 251 est en dessous de celui énoncée en vertu de l'article 249. L'on parle dans les deux cas de garanties minimales : *a fortiori*, l'on peut comprendre que *plus le « plancher » baisse, et plus la rigueur dans le respect des garanties restantes s'impose.* »<sup>265</sup> (notre emphase)

La jurisprudence a également contribué à baliser l'exercice même du prononcé de la suspension d'urgence. La personne habilitée à prononcer la suspension d'urgence doit réellement, au sens du droit administratif, *exercer* son pouvoir en ce qu'elle ne peut se limiter à prendre actes de soupçons ou du contenu de rapports préparés par des tiers, mais doit effectivement vérifier la fiabilité des versions lui étant remises et l'existence des faits justifiant l'imposition d'une telle sanction. Ainsi, dans l'affaire *Montambault c. Hôpital*

---

<sup>265</sup> Santé et services sociaux-6, précité, note 250, p. 429. Voir également *Santé et services sociaux-11*, précité, note 168.

*Maisonneuve-Rosemont*<sup>266</sup>, la Cour d'appel a confirmé les propos du juge de première instance selon lesquels la personne habilitée du pouvoir discrétionnaire de prononcer la suspension d'urgence doit entre autres vérifier les faits qui mènent à l'exercice de son pouvoir de suspension, aviser le médecin des faits qui lui sont reprochés et lui permettre de présenter des arguments contre une telle suspension.

Le devoir du conseil d'administration de se prononcer quant à la suspension d'urgence est assujéti à l'application de garanties procédurales minimales, mais exige à tout le moins le respect du droit d'être entendu du médecin. Dans un tel contexte, la loi ne prévoit pas la formation d'un comité de discipline préalablement à l'intervention du conseil d'administration et le médecin ne bénéficiera donc pas des deux auditions prévues à la procédure disciplinaire régulière, soit celle du comité de discipline et du conseil d'administration. Le résultat d'une décision du conseil d'administration de confirmer la suspension d'urgence résultera en un maintien de la suspension au-delà de dix jours et pourra également résulter en l'émission d'une plainte par le conseil au médecin examinateur.

---

<sup>266</sup> *Montambault c. Hôpital Maisonneuve-Rosemont*, précité, note 224, par. 23.

### 7.5 Recours au Tribunal administratif du Québec

L'article 252 de la loi prévoit un droit général d'appel du médecin insatisfait d'une décision rendue en matière disciplinaire. Il importe de rappeler que le T.A.Q. ne dispose que d'un pouvoir d'intervention limité aux seules matières et en la manière expressément prévues par le législateur.

Comme le rappelle le T.A.Q. dans la décision *R.G. c. Centre hospitalier universitaire de Québec* :

« [10] Il importe de rappeler dès le départ que le Tribunal administratif du Québec ne possède aucune compétence inhérente comme les tribunaux judiciaires en sont investis. Il ne dispose pas non plus d'un pouvoir de surveillance et de contrôle. Le Tribunal administratif possède plutôt une compétence d'attribution. Le Tribunal ne peut statuer que dans les cas et dans les matières que le législateur a choisi de lui confier. »<sup>267</sup>

Le T.A.Q., reprenant une décision de la Commission des affaires sociales rendue en 1996, a eu l'occasion de préciser que les seules « décisions » visées par l'article 252 sont celles qui auront été prises par le conseil d'administration d'un établissement. Dans une décision, le directeur général d'un établissement a modifié le point de service auquel était rattaché un médecin, qui en a appelé au T.A.Q. à titre de sanction disciplinaire. Une requête en irrecevabilité a été présentée avec succès à l'encontre du recours du médecin puisque le fait que la mesure avait été imposée par le seul directeur général de

---

<sup>267</sup> *R.G. c. Centre Hospitalier universitaire du Québec*, précité, note 219, par. 10.

l'établissement, sans intervention du conseil d'administration, avait pour effet de faire perdre compétence au Tribunal :

« [37] La Commission des affaires sociales a examiné dans une décision du 1<sup>er</sup> mars 1996 quelles étaient les décisions visées par l'article 252 et elle s'est alors exprimé comme suit :

On constate donc que la décision dont parle cet article 252, qui est appelable devant la Commission, est celle rendue par les autorités compétentes en vertu des articles 237 et suivants. Cela peut être :

Une décision rendue par le conseil d'administration d'un établissement, sur la demande de nomination ou de renouvellement de nomination d'un médecin ou dentiste (articles 238 et 241 de la loi);

Une décision rendue par le conseil d'administration d'un établissement, imposant des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin ou dentiste, mesures disciplinaires qui vont de la réprimande, changement de statut, privation de privilèges, suspension du statut ou des privilèges, jusqu'à la révocation du statut ou des privilèges (article 249 de la loi);

Une décision rendue en cas d'urgence par le directeur des services professionnels, le président du CMDP, le chef du département clinique concerné ou en cas d'absence ou à défaut d'agir de ces personnes, le directeur général, à l'effet de suspendre les privilèges d'un médecin ou dentiste d'un établissement jusqu'à ce que le conseil d'administration ait pris une décision à son sujet (article 251 de la loi).

Ce sont là les décisions dont il est question à l'article 252, qui permet un appel devant la Commission. La notion qui est contenue à cet article de « critères de qualification, de compétence scientifique, de comportement » vient de l'article 238 qui permet au conseil d'administration de refuser une demande de nomination ou de renouvellement pour de tels motifs.

Dans le présent cas, il n'est pas question de nomination ou de renouvellement de nomination. Il ne s'agit pas non plus d'une décision portant sur des mesures disciplinaires, puisque, bien qu'il y ait eu plainte de la part d'une bénéficiaire, le CMDP de l'établissement n'a pas acheminé le dossier au conseil d'administration pour qu'une décision portant sur des mesures disciplinaires, le cas échéant, soit rendue.

Il ne s'agit donc pas d'une « décision » au sens de l'article 252 de la loi et le docteur Bergeron ne peut donc en appeler devant la Commission des affaires sociales. »<sup>268</sup>

Un recours au Tribunal doit être logé dans les 60 jours où la décision a été notifiée au médecin<sup>269</sup>. Ce délai a été qualifié de délai de « déchéance » par la jurisprudence et n'est

<sup>268</sup> S.É. c. *CLSH-CHSLD du Haut-St-François*, 5 mars 1999, AZ-50239264 (T.A.Q.).

<sup>269</sup> Alinéa 2 de l'article 252 de la loi.

pas susceptible de prorogation<sup>270</sup>. Toutefois, dans une autre décision<sup>271</sup>, l'erreur de bonne foi de l'avocat de l'appelante a occasionné un manquement au délai de 60 jours. Cette situation a été considérée par la Commission des affaires sociales comme une situation ayant eu pour effet de suspendre la computation du délai de 60 jours en faveur de l'appelant.

L'intervention du T.A.Q. a été reconnue comme étant un appel *de novo*, c'est-à-dire que le Tribunal procède à sa propre enquête, entend les témoins, évalue la preuve soumise et ne se limite pas à une appréciation des conclusions de la décision originale<sup>272</sup>. Le Tribunal est cependant limité aux seuls motifs invoqués au soutien de la sanction disciplinaire originale, l'établissement ne pouvant pas en ajouter d'autres au moment de l'appel<sup>273</sup>.

Compte tenu des caractéristiques d'un appel au Tribunal, dans les cas où des manquements aux règles de procédure ou d'équité sont survenus dans le cadre de l'imposition d'une sanction disciplinaire, l'intervention du tribunal a été reconnue comme étant de nature à palier de tels manquements. C'est dans ce sens que s'est exprimé la Commission des affaires sociales dans une décision :

« [L]a Commission note que la quasi-totalité des irrégularités alléguées concernent le processus

<sup>270</sup> *O.D. c. Centre Hospitalier Fleury*, 31 mai 1999, AZ-50066440 (T.A.Q.).

<sup>271</sup> *Services de santé et services sociaux-94*, [1979] C.A.S. 775.

<sup>272</sup> *Daniel c. T.A.Q.*, 5 août 1999, AZ-99021860 (C.S.). Voir également l'article 15 de la *Loi sur la justice administrative*, *supra*, p. 15. Cette qualification d'appel « de novo » est à mettre en opposition avec les appels dits « de cassation » que peuvent entreprendre les cours d'appel.

<sup>273</sup> *Services de santé et services sociaux-12*, 14 avril 1997, AZ-97051044 (C.A.S.).

suivi par le conseil pour arriver à sa décision et constitueraient de ce fait une violation aux règles de la justice naturelle. Or, ce défaut peut être corrigé par la Commission des affaires sociales, tribunal d'appel indépendant de l'intimé, qui a entendu les parties et toute la preuve qu'elles voulaient présenter et qui a le pouvoir, selon sa loi constitutive, de rendre la décision qui, selon elle, aurait dû être rendue en premier lieu. [...] »<sup>274</sup>

Remarquons que la décision rendue par le conseil d'administration en vertu de l'article 251 peut également faire l'objet d'un appel au Tribunal :

« Le droit antérieur ne reconnaissait un droit d'appel que si la décision était rendue par le conseil d'administration. En raison du libellé du premier alinéa de l'article 252, le médecin ou le dentiste qui fait l'objet d'une suspension d'urgence en vertu de l'article 251 peut en appeler au Tribunal administratif du Québec. Toutefois, le tribunal n'a pas compétence lorsque l'appel porte sur une mesure qui n'a pas été prise par le conseil d'administration ou qui ne se fonde pas sur l'article 251. »<sup>275</sup>

Cette position est conforme aux décisions *SÉ c. CHSL du Haut-St-François*<sup>276</sup> et *R.G. c. Centre Hospitalier universitaire du Québec*<sup>277</sup>, lesquelles limitent le pouvoir d'intervention du T.A.Q. aux seules situations où la décision dont appel émane du conseil d'administration, ce qui nous permet de conclure que seule la décision du conseil d'administration confirmant la suspension d'urgence est susceptible d'appel. Le T.A.Q. a reconnu qu'un respect strict des procédures est requis, sous peine de nullité d'une telle décision confirmant la suspension d'urgence : « le Tribunal doit-il, dès lors qu'il a constaté que la procédure prévue à l'article 251 n'a pas été respectée, annuler la décision de suspendre »<sup>278</sup>.

<sup>274</sup> *Services de santé et services sociaux-4*, [1988] C.A.S. 603, p. 612.

<sup>275</sup> J.-L. BAUDOIN et P. MOLINARI, *op. cit.*, note 37, p.201.

<sup>276</sup> *S.É. c. CLSH-CHSLD du Haut-St-François*, précité, note 255.

<sup>277</sup> *R.G. c. Centre Hospitalier universitaire du Québec*, précité, note 219.

<sup>278</sup> *A c. C.S.S.S. A*, précité, note 243, par. 122.

Tout manquement aux procédures prévues à la loi (par exemple quant à l'identité de la personne prononçant la suspension) pourrait donc avoir pour effet d'occasionner l'annulation par le Tribunal d'une suspension d'urgence, alors que ce pourrait ne pas être le cas dans un contexte de sanction disciplinaire, l'appel *de novo* étant reconnu par la jurisprudence comme corrigeant les accrocs à la procédure ou à l'équité en matière disciplinaire «régulière». Il va sans dire que l'exercice d'un recours au T.A.Q. à l'encontre d'une décision confirmant la suspension d'urgence risque d'avoir un effet pratique limité en ce qu'il est fort possible que la suspension soit déjà écoulée au moment du jugement.

Dans le cas où le T.A.Q. annulerait la suspension, une telle décision pourrait être versée au dossier professionnel du médecin afin d'éviter tout effet défavorable futur pour le médecin, tant en matière disciplinaire, de renouvellement ou relativement à une demande de nomination dans un autre établissement auquel le dossier sera acheminé.

Contrairement aux procédures d'appel devant les instances de droit commun, un recours au T.A.Q. n'a pas pour effet de suspendre l'exécution de la sanction. L'article 107 de la *Loi sur la justice administrative* permet cependant de formuler, accessoirement à un appel au T.A.Q., une requête en sursis<sup>279</sup> de l'exécution de la sanction jusqu'à ce qu'une

---

<sup>279</sup> Article 107 de la *Loi sur la justice administrative* :

« Un recours formé devant le Tribunal ne suspend pas l'exécution de la décision contestée, à moins qu'une disposition de la loi ne prévoie le contraire ou que, sur requête instruite et jugée d'urgence, un membre du Tribunal n'en ordonne autrement en raison de l'urgence ou du risque d'un préjudice sérieux et irréparable. (...) »

décision soit rendue sur le fond de l'affaire. Le critère en matière de demande de sursis a été développé par la Cour suprême et est analogue au test applicable en matière d'injonction interlocutoire. Comme l'a indiqué le commissaire Michel Brisson :

«Depuis l'entrée en vigueur de l'article 107, je considère que la notion du risque de préjudice sérieux et irréparable amène la nécessité d'étudier la demande du requérant sous l'égide des étapes établies par la Cour Suprême du Canada. [...]

Dans l'arrêt *Metropolitan Stores Ltd.*, la Cour assimile la suspension d'instance à l'injonction interlocutoire. En ce faisant, elle établit trois étapes dans l'étude de la discrétion à être exercée par le Tribunal. Il faut d'abord évaluer d'une façon préliminaire et provisoire, le fond du litige, puis il faut évaluer le préjudice subi par la partie si sa requête n'est pas accueillie; et enfin, il faut évaluer la balance des inconvénients.»<sup>280</sup>

En pratique, compte tenu des délais qui peuvent précéder une audition devant le T.A.Q., les sanctions de la nature de la suspension peuvent bien souvent avoir été déjà entièrement purgées, avec le préjudice financier que cette situation peut impliquer pour le médecin, particulièrement dans les cas où il exerce exclusivement ou majoritairement au sein de l'établissement ayant prononcé la mesure disciplinaire. Dans de tels cas, la jurisprudence a reconnu la subordination des intérêts du médecin à l'intérêt général du public ou des usagers dans le cadre de l'évaluation du critère la balance des inconvénients. Conséquemment, le sursis sera généralement accordé dans les cas où les reproches faits au médecin ne concernent pas la qualité d'actes médicaux ou la sécurité des usagers<sup>281</sup>.

La loi prévoit que les décisions du Tribunal administratif du Québec sont finales, et

---

<sup>280</sup> *M.M. c. Hôpital Charles-Lemoyne*, 6 juillet 1999, AZ-50066798, par. 11 et 12 (T.A.Q.).

<sup>281</sup> *K.C. c. Hôpital X*, 21 septembre 2006, AZ-50394711 (T.A.Q.). Voir également : *F. c. Centre de santé et de services sociaux A*, 26 octobre 2005, AZ-50343647 (T.A.Q.);

pourront être exécutées suite à leur dépôt au greffe de la Cour supérieure<sup>282</sup>.

## **8. CONCLUSION**

L'analyse du régime statutaire encadrant la pratique du médecin en centre hospitalier révèle une préoccupation du législateur d'inscrire les activités du médecin dans le cadre des plans des effectifs médicaux des établissements. Cette considération vise à assurer une offre de services de santé cohérente et uniforme aux usagers à l'échelle de la province.

La possibilité pour un établissement d'invoquer, face à une demande de nomination, des motifs relevant de son plan d'organisation, de ses ressources ou encore de ses exigences propres à l'abri de l'intervention du T.A.Q. permet en effet de dégager le caractère prioritaire accordé au législateur au maintien de l'intégrité des ressources et des effectifs tant à une échelle régionale que quant à chaque établissement. Ces particularités ont mené au développement du principe de *subordination juridique* du médecin au centre hospitalier<sup>283</sup>.

Une fois nommé, le médecin est assujéti à une variété de contrôles disciplinaires et

---

<sup>282</sup> La procédure d'exécution d'une décision du T.A.Q. est prévue à l'article 156 de la *Loi sur la justice administrative*. Sur les particularités d'un recours en révision judiciaire d'une décision du T.A.Q.: *Daniel c. T.A.Q.*, précité note 259.

<sup>283</sup> Voir à cet effet S. POIRIER, *op.cit.*, note 56, p. 88 et 91.

administratifs qui témoignent de limitations à son autonomie professionnelle. Cet encadrement, particulièrement en ce qui a trait aux règles de soins ou aux règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles, visent à assurer la normalisation des conduites cliniques et le respect de l'allocation des ressources déterminées par l'établissement en ce qui a trait à chacun des départements.

Outre le processus disciplinaire ou le mécanisme de traitement des plaintes prévus à la loi, les activités du médecin seront également encadrées par une surveillance de différents acteurs tels que le chef de département clinique ou encore par le médecin examinateur. Un tel contrôle pourra bien souvent ne pas déboucher immédiatement sur une sanction disciplinaire, mais résultera en une consignation au dossier professionnel du médecin d'une variété de lacunes, d'évènements ou de commentaires pouvant influencer notamment sur une demande de nomination dans un autre centre hospitalier ou encore sur la sévérité d'une sanction prononcée contre le médecin fondée sur des évènements analogues.

L'assujettissement du médecin à l'organisation hospitalière s'opère donc tout principalement par les contrôles disciplinaires et administratifs mis en place, ainsi que par l'intégration du médecin aux plans d'organisation des centres hospitaliers, eux-mêmes fonctions d'objectifs plus larges véhiculés par les plans régionaux des effectifs médicaux.

Ce sont cependant les directives et les différentes ententes entre médecins, lesquelles sont mises en œuvre parallèlement aux régimes explicitement prévus à la loi et dont la portée normative est incertaine, qui auront à recevoir un éclairage jurisprudentiel afin de pouvoir

apprécier adéquatement de l'ensemble des normes qui participent au contrôle des activités du médecin en centre hospitalier.

En effet, bien que la loi et ses versions antérieures aient été en vigueur depuis plus de 30 ans, la diversité des normes en présence soulève encore d'importantes incertitudes juridiques. Plus particulièrement, le chevauchement de normes issues du droit commun aux droits et obligations du médecin prévus à la loi a occasionné un important contentieux qui se reflète dans les récents développements jurisprudentiels que nous avons abordés dans ce mémoire. Également, bien que le médecin ne puisse être qualifié d'employé ou de prestataire contractuel de services de l'établissement où il détient ses privilèges, l'applicabilité à son endroit des directives émanant de différentes autorités hiérarchiques pourrait permettre de dégager du cadre législatif en vigueur l'existence d'un devoir implicite de loyauté du médecin envers l'établissement. Cet enjeu pourra être analysé avec plus d'acuité suite aux jugements de la Cour d'appel à venir dans la foulée des décisions *Giroux c. Centre hospitalier universitaire de Trois-Rivières*.

## TABLE DES LOIS ET RÈGLEMENTS CITÉS

*Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., c. M-9.

*Code de procédure civile*, L.R.Q., c. C-25.

*Code des professions*, L.R.Q., c. C-26.

*Loi médicale*, L.R.Q., c. M.-9.

*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 2005, c. 32.

*Loi modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 1984, c. 47.

*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1974, c. 42.

*Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q. c. A-2.1.

*Loi sur la Commission des affaires sociales*, L.R.Q., c. C-34.

*Loi sur la justice administrative*, L.R.Q., c. J-3.

*Loi sur le ministère du conseil exécutif* L.R.Q., c. M-30.

*Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, L.R.Q., c. P-31.1.

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

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1971, c. 48.

*Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, D. 1320-84, 6 juin 1984, 116 G.O. II, 2745.

## TABLE DE LA JURISPRUDENCE CITÉE

- A c. CSSS A*, 9 mars 2007, AZ-50428792 (T.A.Q.).
- Baker c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [1999] 2 R.C.S. 817.
- Bélanger c. Centre hospitalier universitaire de Québec*, B.E. 2004BE-988 (C.Q.).
- Bergeron c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, J.E. 2002-35 (C.S.).
- Bernard c. Québec (Commission des affaires sociales)*, 23 octobre 2000, AZ-50079878 (C.A.).
- B.G. c. Centre hospitalier A*, 2008 QCCAI 234.
- Bitchokac. Boutet*, 2006 QCCA 53.
- Brox c. Cyr*, 10 mai 2004, AZ-50236103 (C.S.).
- Centre hospitalier du Grand-Portage c. Michaud*, J.E. 2004-1917 (C.A.).
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières c. M.G.*, 2011 QCCA 397.
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) c. Tribunal administratif du Québec*, 2010 QCCS 5211.
- C.M.D.P. F. (P.) c. CHSLD Biermans-Triest*, 23 juin 2004, AZ-50266052 (T.A.Q.).
- Daniel c. T.A.Q.*, 5 août 1999, AZ-99021860 (C.S.).
- D.D. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, 8 juin 2004, AZ-50266000 (T.A.Q.).
- F. c. Centre de santé et de services sociaux A*, 26 octobre 2005 AZ-50343647 (T.A.Q.).
- Gagné c. Québec (Commission des affaires sociales)*, 23 octobre 2000, AZ-50079877 (C.A.).
- G.-É.C. c. Centre hospitalier X*, 2006 QCCS 5417.
- G.-É.C. c. Centre hospitalier X*, 15 mars 2006, AZ-50366976 (T.A.Q.).
- Giroux c. Centre hospitalier de Trois-Rivières*, 2009 QCCA 1323.
- Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières*, 2010 QCCS 109.

- Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières* (CHRTR), 2009 QCCS 1130.
- Giroux c. Racette*, 450-05-000246-898, le 31 mai 1989, j. Pierre Tessier (C.S.).
- Gowling Lafleur Henderson c. CMDP de l'Hôpital Jean-Talon*, 11 février 2005, AZ-50294626.
- Guay v. Lafleur*, [1965] SCR 12.
- Hôpital Bellechasse c. Pilotte*, (1975) 2 R.C.S. 454.
- Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, REJB 2001-23496 (C.A.).
- Hôpital du St-Sacrement c. Labrecque*, [1997] R.J.Q. 69 (C.A.).
- Hôpital Laval c. Samson*, 25 septembre 1992, AZ-92012012 (C.A.).
- Hôpital St-Luc c. Lafrance*, [1982] 1 R.C.S. 974.
- Huot c. Centre hospitalier de Trois-Rivières*, J.E. 98-2073.
- Jasmin c. Cité de la santé de Laval*, 12 novembre 1989, AZ-9002104 (C.S.).
- K.C. c. Hôpital A*, 2008 QCTAQ 01459.
- K.C. c. Hôpital X*, 21 septembre 2006, AZ-50394711 (T.A.Q.).
- Khalifa-Boctor c. Centre de santé et de services sociaux d'Antoine-Labelle*, 2008 QCCS 4308.
- Knight c. Indian Head School*, [1990] 1 R.C.S. 653.
- Labrecque c. Hôpital du St-Sacrement*, [1995] R.R.A. 510 (C.S.).
- Lafontaine c. Rémillard*, J.E. 94-1110 (C.A.).
- Lawson c. Hôpital général du Lakeshore*, [1989] R.J.Q. 2778 (C.S.).
- Lessard c. Commission d'enquête sur le département de radio-oncologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont*, J.E. 2004-755 (C.S.).
- M.D. c. Centre de santé et de service sociaux A.*, 2008 QCTACQ 17197.
- M.G. c. Centre hospitalier A*, 2010 QCTAQ 4603.

- Michaud c. Gomez*, 12 mai 2000, AZ-50104242 (C.A.)
- Ministre du Revenu national c. Coopers and Lybrand*, [1979] 1 R.C.S. 495.
- M.M. c. Centre hospitalier de Régional de Trois-Rivières*, 6 février 2002, AZ-50114627 (T.A.Q.).
- M.M. c. Hôpital Charles-Lemoyne*, 6 juillet 1999, AZ-50066798 (T.A.Q.).
- Monfette c. Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme*, 16 février 1994, AZ-94021193 (C.S.).
- Montambault c. Hôpital Maisonneuve-Rosemont*, 2001 CanLII 11069 (C.A.).
- O.D. c. Centre Hospitalier Fleury*, 31 mai 1999, AZ-50066440 (T.A.Q.).
- Perrault c. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre*, 8 octobre 1996, AZ-96021840 (C.S.).
- Pesant c. Ouimet*, 2003 CanLII 55069 (C.A.).
- Pesant c. Ouimet*, 2000 IIJCan 1827 (C.S.).
- P.F. c. C.H.S.L.D. Biermans-Triest*, 23 juin 2004, AZ-50266052 (T.A.Q.).
- Rémillard c. Blais*, J.E. 93-805 (C.S.).
- R.G. c. Centre Hospitalier universitaire du Québec*, 16 octobre 2003, AZ-50206571 (T.A.Q.).
- Robaey c. Centre hospitalier universitaire mère-enfant (CHUME)*, 2010 QCCA 1469.
- Robaey c. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine*, EYB 2008-129114 (C.S.)
- Roy c. Centre hospitalier Jeffery Hale*, [1987] C.A.I. 419.
- Samson c. Hôpital Laval*, 6 juin 1991, AZ-9102142 (C.S.).
- S.É. c. CLSH-CHSLD du Haut-St-François*, 5 mars 1999, AZ-50239264 (T.A.Q.).
- Services de santé-7*, [1976] C.A.S. 460.
- Services de santé-16*, [1976] C.A.S. 668.
- Services de santé-5*, [1977] C.A.S. 350.
- Services de santé-6*, [1977] C.A.S. 705.

- Services de santé et services sociaux-8*, [1977] C.A.S. 718.
- Services de santé et services sociaux-1*, [1978] C.A.S. 311.
- Services de santé et services sociaux-16*, [1978] C.A.S. 729.
- Services de santé et services sociaux-8*, [1979] C.A.S. 773
- Services de santé et services sociaux-94*, [1979] C.A.S. 775.
- Services de santé et services sociaux-10*, [1980] C.A.S. 392.
- Services de santé et services sociaux-15*, [1980] C.A.S. 901.
- Services de santé et services sociaux-16*, [1980] C.A.S. 904.
- Services de santé et services sociaux-23*, [1980] C.A.S. 1201.
- Services de santé et services sociaux-24*, [1980] C.A.S. 1210.
- Services de santé et services sociaux-7*, [1982] C.A.S. 405.
- Services de Santé et services sociaux-6*, [1983] C.A.S. 591.
- Services de santé et services sociaux-4*, [1984] C.A.S. 514.
- Services de santé et services sociaux-5*, [1984] C.A.S. 521.
- Services de santé et services sociaux-6*, [1986] C.A.S. 578
- Services de santé et services sociaux-4*, [1988] C.A.S. 603.
- Services de santé et services sociaux-9*, [1989] C.A.S. 899.
- Services de santé et services sociaux-11*, [1989] C.A.S. 923.
- Services de santé et services sociaux-3*, [1991] C.A.S. 291.
- Services de santé et services sociaux-9*, [1991] C.A.S. 596.
- Services de santé et services sociaux-2*, [1994] C.A.S. 301.
- Services de santé et services sociaux-6*, [1995] C.A.S. 406.
- Services de santé et services sociaux-11*, 12 septembre 1997, AZ-97051036 (T.A.Q.).

*Services de santé et services sociaux-12*, 14 avril 1997, AZ-97051044 (C.A.S.).

*S.S. c. Centre hospitalier de Jonquière*, 3 janvier 2001, AZ-50085749 (T.A.Q.).

*Tawil c. Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)*, 2009 QCCS 1485.

*Tambourgi c. Hôtel-Dieu de Roberval*, 1997 IIJCan 8094 (C.S.).

*Weatherall c. Canada (Attorney General)*, [1989] 1 C.A.F. 18 (QL)

## TABLE DE LA DOCTRINE CITÉE

### Monographies

BAUDOIN, J.-L. et MOLINARI, P. A., « Services de santé et services sociaux », collection Lois et Règlements, 14e édition, Montréal, Éditions Wilson et Lafleur, 2009.

CÔTÉ, P.A., *Interprétation des lois*, 4<sup>e</sup> Édition, Montréal, Éditions Thémis, 2009.

Dussault, R. et Borgeat, L., *Traité de droit administratif*, 2<sup>ème</sup> édition, Québec, Presse de l'Université Laval, tome 1, 1989.

GARANT, P., *Droit administratif*, 5<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2004.

LAJOIE, A., MOLINARI, P. A. et AUBY, J.-M., *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1981.

PHILIPS-NOOTENS, S., LESAGE-JARJOURA, P. et P. KOURI, R., *Éléments de responsabilité civile médicale*, 3e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007.

POIRIER, S., *Le contrôle de l'exercice de la médecine en milieu hospitalier*, Sherbrooke, Éditions Revue de droit, 1994.

### Articles de revue, mémoires et autres sources

ASSOCIATION DES CLSC ET CHSLD DU QUÉBEC ET ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, « Projet-Type de Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers », 2007.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC- DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE, « Plan d'autogestion du développement professionnel continu », Août 2008.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC, FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC, « Mémoire présenté par les fédérations des médecins spécialistes, omnipraticiens et résidents relativement au projet de loi n° 27 », 2001.

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION, *Terminologie : notion de programme clinique*, [En ligne]. [https:// sites. google.com /site/sitedelafedmer /programmes-cliniques-et-mpr#TOC-Terminologie:-notion-de-programme-c](https://sites.google.com/site/sitedelafedmer/programmes-cliniques-et-mpr#TOC-Terminologie:-notion-de-programme-c) (consultée le 28 décembre 2010).

FILION, M., « Le pouvoir discrétionnaire de l'administration exercé sous forme de

normes administratives : les directives », (1979) 20 C. de D. 855.

GARANT, P. et GRENIER, H, « Réflexions sur l'acte réglementaire et quasi-réglementaire », (1976) 17 C. de D. 515.

MÉNARD, J.P., « Après le projet de loi 83 : un nouveau réseau de la santé 2006 », dans Service de la formation permanente, Barreau du Québec, vol. 260, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2006.

Villaggi, J.-P. – « La justice administrative » dans Collection de droit 2010-2011, Volume 7, Droit public et administratif, Titre II, Les moyens de se pourvoir à l'encontre de mesures administratives.