

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT

**« TOLÉRANCE ZÉRO EN MATIÈRE D'INCONDUITE SEXUELLE CHEZ LES
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ : UTOPIE OU RÉALITÉ? »**

Par :
Me Leslie Azer
Étudiante à la maîtrise en droit et politiques de la santé

Mémoire soumis à la Faculté de droit en vue de l'obtention du grade de « Maître en
droit »

Septembre 2013
© Leslie Azer 2013



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-96277-0

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-96277-0

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à plusieurs personnes que je prendrai le soin de nommer une à une. En tout premier lieu, j'aimerais exprimer toute ma reconnaissance et toute mon admiration envers mes parents, Waguih et Iris Azer, deux êtres exemplaires pour lesquels l'éducation est primordiale et qui m'ont toujours encouragée à aller plus loin, à me dépasser. Deux personnes qui ont travaillé très fort pour m'offrir la vie que j'ai aujourd'hui. Sans vous, je ne suis rien.

À ma sœur aînée Nadine qui m'a toujours offert son soutien, merci.

Je voudrais également témoigner toute ma reconnaissance à mes directeurs de mémoire, Mme Anne-Marie Savard et Me Marco Laverdière, deux brillants juristes, avec lesquels il a été agréable de travailler et d'échanger, et surtout deux professeurs d'une disponibilité sans pareille.

Je désire remercier mon patron, Me Patrick de Niverville, et collègue. Sans lui, la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible. Merci pour ta patience, tes conseils, ton appui et ta flexibilité, je t'en serai éternellement reconnaissante. Je profite de l'occasion pour remercier l'équipe de *Boisvert, de Niverville & Associés*, étude au sein de laquelle je travaille depuis maintenant quatre ans. Un merci tout spécial à ma collègue Diana.

Je suis également entourée d'amis et d'une famille exceptionnels qui ont su rendre ces derniers mois agréables et qui m'ont toujours encouragée, merci à vous tous. Je remercie plus particulièrement ma cousine, Mélanie, ainsi que mes amies Christiane et Rime pour leur aide continue. Un merci tout spécial à Melhem pour sa patience et sa dévotion.

Un merci à tous ceux qui nous ont quittés beaucoup trop tôt mais qui m'ont beaucoup appris et qui ont fait de moi la jeune femme que je suis aujourd'hui.

Ce mémoire est dédié à Téta Olga, merci pour tout ce que tu m'as donné.

RÉSUMÉ

En 1994, une nouvelle disposition voit le jour dans le *Code des professions*; l'inconduite sexuelle est désormais interdite au sein de toute relation professionnelle- que celle-ci relève du domaine des soins de santé ou non-, via l'article 59.1. Or, les relations sexuelles entre professionnels de la santé et patient sont interdites depuis la nuit des temps, que ce soit par le biais de condamnations morales ou légales, notamment à cause du rapport de force existant au sein de la relation thérapeutique. Selon le droit disciplinaire québécois, le patient est vulnérable et dépend de son traitant. Qu'il consente ou non à des relations sexuelles avec son traitant, ne change en rien la responsabilité qui incombe à ce dernier. Depuis l'entrée en vigueur de l'article 59.1 du *Code des professions*, les différents ordres professionnels du domaine de la santé ont décidé d'adopter une politique de « tolérance zéro », selon laquelle tout rapport à caractère sexuel est carrément interdit entre professionnel de la santé et patient. Or, force est de constater que les cas d'inconduite sexuelle ne s'estompent pas avec le temps et que le sujet est au cœur de l'actualité. Cette infraction, qui devrait normalement être punie sévèrement- si on se fie à cette politique de tolérance zéro-, se traduit, dans la majorité des cas, par de courtes périodes de radiation et de faibles amendes. Une étude approfondie du sujet nous apprend qu'il existe plusieurs lacunes au sein du système disciplinaire québécois empêchant justement l'atteinte de cette soi-disant tolérance zéro. Actuellement, l'on constate un certain soulèvement du public et des différents acteurs du système disciplinaire; le problème des inconduites sexuelles est loin d'être réglé. Le présent mémoire a pour objectif de se questionner sur cette tolérance zéro, à savoir si celle-ci constitue une utopie ou une réalité dans notre système disciplinaire québécois actuel.

SUMMARY

In 1994, a new provision was added to the *Professional Code*: section 59.1 forbids all sexual misconduct in any professional relationship in the health care field as well as in any other field. Due to the underlying relationship of power in a therapeutic relationship, sexual relations between health professionals and patients have always been forbidden either by moral disapprovals or legal convictions. Under Quebec disciplinary law, the patient is vulnerable and is in a dependency role with respect to his or her treating health professional. Whether or not the patient consents to sexual relations with the treating health professional does not change in any way the latter's liability. Since section 59.1 of the *Professional Code* has been in effect, various health care professions have adopted a "zero tolerance" policy, which forbids any relationship of a sexual nature between a health care professional and a patient. However, there are still just as many sexual misconduct cases in everyday news. This offence, which should be severely punished under the zero tolerance policy, results, in most cases, in a striking off the roll for short periods or in light fines. A thorough review on the subject shows that there are several gaps in Quebec's disciplinary system which prevent our professionals from reaching the so-called zero tolerance level. There is certainly an outcry from the public at large and from various stakeholders involved in the disciplinary system, but the problem of sexual misconduct is far from resolved. The purpose of this thesis is to evaluate this zero tolerance policy and to determine whether it is a myth or a reality in our current disciplinary system.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT

**« TOLÉRANCE ZÉRO EN MATIÈRE D'INCONDUITE SEXUELLE CHEZ LES
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ : UTOPIE OU RÉALITÉ? »**

Par :
Me Leslie Azer
Étudiante à la maîtrise en droit et politiques de la santé

Mémoire soumis à la Faculté de droit en vue de l'obtention du grade de « Maître en
droit »

Septembre 2013
Sherbrooke

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ	iii
SUMMARY	iv
INTRODUCTION.....	3
1. L'INCONDUITE SEXUELLE DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ.....	13
1.1 La nature de la relation thérapeutique aux yeux du droit disciplinaire québécois	13
1.1.1 Une relation fiduciaire	13
1.1.2 La durée de la relation thérapeutique	27
1.1.3 L'étendue de la relation thérapeutique	33
1.2 Les parties impliquées.....	39
1.2.1 Le professionnel.....	39
1.2.2 Le client	45
1.2.3 Les tierces parties.....	57
2. L'INCONDUITE SEXUELLE ET LE SYSTÈME DISCIPLINAIRE QUÉBÉCOIS	59
2.1 L'encadrement juridique de l'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé	59
2.1.1 L'article 59.1 du <i>Code des professions</i> et ses composantes.....	59
2.1.2 Les codes de déontologie	68
2.2 Le cheminement d'une plainte en vertu de l'article 59.1 du <i>Code des professions</i>	71
2.2.1 Le rôle du syndic.....	71
2.2.2 La plainte en vertu de l'article 59.1 du <i>Code des professions</i>	74
2.3 Les sanctions applicables en matière d'inconduite sexuelle	87
2.3.1 La sanction en droit disciplinaire	87
2.3.2 Les sanctions prévues.....	96
2.3.3 Les modalités de la sanction et les limites de pratique	103
3. UN SYSTÈME À CRITIQUER.....	112
3.1 Une vision québécoise paternaliste.....	112
3.1.1 L'autonomie du patient.....	112
3.1.2 La vie privée des professionnels	117
3.2 L'inconduite sexuelle ailleurs	119
3.2.1 En France	119
3.2.2 En Ontario.....	122

3.3	Les lacunes de notre système en matière d'inconduite sexuelle	132
3.3.1	Des sanctions loin d'être dissuasives et des décisions parfois paresseuses	132
3.3.2	Le manque d'implication des ordres professionnels	144
3.3.3	Des modifications législatives nécessaires.....	151
CONCLUSION		155
ANNEXE 1.....		166
ANNEXE 2.....		190
ANNEXE 3.....		191
BIBLIOGRAPHIE.....		192

INTRODUCTION

La nature de la relation thérapeutique et tous les rapprochements physiques qu'elle implique, peuvent parfois provoquer une attirance sexuelle entre soignant et soigné. Cette réalité qui n'est pas propre à notre époque, est proscrite depuis la nuit des temps. En effet, l'interdiction d'avoir des relations sexuelles avec ses patients existe depuis la naissance de la profession médicale, que ce soit par le biais de condamnations morales ou légales.

Il y a environ 2500 ans, Hippocrate, le père de la médecine, faisait déjà de l'inconduite sexuelle un interdit : « [d] ans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. »¹. Le risque de séduction a donc toujours existé dans le domaine des soins de santé.

Au Québec, l'inconduite sexuelle a fait l'objet d'une interdiction législative formelle en 1994, par l'insertion d'un article spécifique- l'article 59.1- dans le *Code des professions*², loi à laquelle sont soumis quarante-cinq professions. Cet article, plutôt général, prévoit que :

59.1. Constitue un acte dérogatoire à la dignité de sa profession le fait pour un professionnel, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel.

L'entrée en vigueur d'une telle disposition n'est venue que confirmer la position de certains ordres professionnels du domaine de la santé qui s'étaient déjà manifestés à ce sujet. En effet, bien avant l'entrée en vigueur de l'article 59.1, le *Code de déontologie des psychologues*³ prévoyait un article interdisant les relations sexuelles avec clients. Certains autres ordres professionnels fondaient leurs plaintes de nature sexuelle non pas sur des articles spécifiques portant sur l'inconduite sexuelle, mais plutôt sur d'autres

¹ *Grand dictionnaire encyclopédique médical*, vol. 1, 1986, Paris, à la p. 608;

² L.R.Q., c. C-26 (ci-après le *Code des professions*);

³ R.R.Q. 1981, c. C-26, r.148.1 (n'est plus en vigueur aujourd'hui);

articles portant sur des sujets connexes, tels que la conduite irréprochable⁴, le comportement généralement admis dans l'exercice de la profession⁵, la qualité des soins dispensés⁶, la relation de confiance entre professionnel et patient⁷ et le respect des valeurs du patient⁸.

Vers la fin des années 80, certains juristes étaient déjà conscients de la problématique de l'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé, comme Brigitte *Morneault*, qui exprimait ses inquiétudes face aux sanctions imposées aux professionnels de la santé coupables d'avoir posé des gestes à caractère sexuel :

L'inconduite sexuelle ne peut certes être légitimée, en aucun temps et sous aucune circonstance. Lorsqu'une enquête sérieuse est menée par le syndic et que le professionnel a l'occasion de se défendre adéquatement lors de l'audition, le comité de discipline qui conclut au maintien de la plainte ne devrait-il pas accorder moins d'importance aux circonstances personnelles de l'intimé et faire montre d'une sévérité plus conforme à la gravité du geste, lors de la sanction? Afin de décourager efficacement une pratique reconnue comme inacceptable mais pourtant à la hausse, la radiation temporaire ne devrait-elle pas être imposée plus fréquemment et pour une longue période de temps?⁹

Un jugement de la Cour suprême¹⁰ faisait également état du danger des relations sexuelles entre médecin et patient, en 1992, avant l'entrée en vigueur de l'article 59.1 du *Code des professions* :

La capacité de «dominer et d'influencer» n'est pas limitée à la relation entre un élève et un enseignant. Le professeur Coleman énumère un certain nombre de situations qu'elle qualifie de rapports [TRADUCTION] «de force et de dépendance»; voir Coleman, «Sex in Power Dependency Relationships: Taking Unfair Advantage of the 'Fair' Sex» (1988), 53 Alb. L. Rev. 95. Au nombre de ces rapports, il y a ceux existant entre le parent et l'enfant, le psychothérapeute et le patient, le médecin et le patient, le membre du clergé et le fidèle, l'enseignant et l'élève, l'avocat et le client

⁴ *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q. 1981, c. M-9, r.4 (n'est plus en vigueur aujourd'hui);

⁵ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q. 1981, c. I-8, r.4 (n'est plus en vigueur);

Voir aussi *Comité-Infirmières et Infirmiers- 6*, (1984) D.D.C.P. 219;

⁶ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, R.R.Q. 1981, c. C-26, r.111, article 3.01.03 (n'est plus en vigueur);

⁷ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, *Ibid.*, à l'article 3.01.08; Voir : *Comité-Infirmières et Infirmiers Auxiliaires-1* (1985) D.D.C.P. 91;

⁸ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, *supra* note 6, à l'article 3.01.08 b) et voir pour la question des plaintes d'inconduite sexuelles fondées sur d'autres articles reliés à d'autres sujets connexes : MORNEAULT, Brigitte, « L'inconduite sexuelle des professionnels de la santé et le droit disciplinaire québécois », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, Volume 19, numéro 1, 1988, aux pp. 153 à 155;

⁹ MORNEAULT, Brigitte, *Ibid.*, à la p. 181;

¹⁰ *Norberg c. Wynrib*, [1982] 2 R.C.S. 226;

ainsi que l'employeur et l'employé. Elle soutient que le «consentement» à des relations sexuelles dans le cadre de tels rapports est douteux en soi.¹¹

Dans les années 90, l'on sentait déjà que l'inconduite sexuelle devait être interdite, notamment à cause d'une certaine « [...] réprobation générale à l'égard des rapports sexuels des thérapeutes avec leur patient »¹².

Alors que certains thérapeutes invoquaient, par le passé, le bienfait thérapeutique de certains gestes à caractère sexuel¹³ - entendons-nous que ceci ne constituait qu'un piètre moyen de défense- l'on voit bien qu'une certaine évolution jurisprudentielle est venue, dans les années 90 justement, rejeter cette théorie, traçant ainsi le chemin de l'interdiction prévue à l'article 59.1 du *Code des professions*.

Plusieurs articles et rapports ont aussi été publiés avant 1994, notamment par le Collège des médecins¹⁴. Ces publications constituaient des mises en garde adressées aux membres de la profession qui seraient tentés de poser des gestes à caractère sexuel sur leurs patients.

En décembre 1993, le Collège des médecins- anciennement appelé la « Corporation professionnelle des médecins du Québec »- mandatait un comité spécial pour se pencher sur la question de l'inconduite sexuelle et émettre des recommandations à ce sujet. Ce comité avait alors suggéré qu'aucune relation sexuelle n'était tolérable entre médecin et patient, qu'il revenait toujours au médecin de gérer la relation thérapeutique, que tout comportement sexuel allait à l'encontre des valeurs que devrait posséder un médecin et que la Corporation devait continuer à référer toute plainte de nature sexuelle au syndic

¹¹ *Norberg c. Wynrib, Ibid.*, à la p.255;

¹² *Psychologues (Corp. Professionnelle des) c. D'Souza*, D.D.C.P. 276 à 283, à la p.12;

¹³ *Comité- psychologues 3*, [1979] D.D.C.P. 576 à 584. L'intimé avait alors invoqué le bienfait thérapeutique de ses gestes à caractère sexuel. Le comité n'avait pas rejeté l'idée de l'érotisme en thérapie;

¹⁴ CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Conduite d'ordre sexuel du médecin », août-septembre 1980, CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Abus sexuel des malades par certains médecins – Réflexion », Éditorial, novembre 1991, CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Interdit », Éditorial, novembre 1992;

de l'ordre, lequel devait s'assurer que les plaintes soient déposées devant le conseil de discipline¹⁵.

L'article 59.1 du *Code des professions* est donc venu codifier ce qui était déjà interdit mais non défini de manière précise.

Depuis, certains ordres professionnels du domaine de la santé ont décidé d'adopter une politique de « tolérance zéro »¹⁶, selon laquelle aucune relation sexuelle n'est tolérable dans le cadre d'une relation de soins.

Bien qu'il n'existe aucune définition universelle de la « tolérance zéro »¹⁷, cette dernière correspond à « [l]a politique ou pratique qui consiste à ne pas tolérer un comportement indésirable, tel que la violence ou l'usage de drogues illicites, notamment en imposant

¹⁵ CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « L'inconduite de nature sexuelle dans la relation médecin-patient », Service des communications de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, décembre 1993, à la p. 6;

¹⁶ Par exemple, voir acupuncteurs : NGUYEN, Michaël, « Relations avec des patientes, un acupuncteur radié », 3 octobre 2011, TVA Nouvelles, en ligne :

<http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/regional/archives/2011/10/20111003-071404.html>; dans cet article, le président de l'Ordre des acupuncteurs du Québec affirme que son ordre « a une tolérance zéro envers ce genre d'actes »;

Médecins : LAMONTAGNE, Yves et BOUCHARD, Jacques, « Exploitation des patientes, tolérance zéro », Santé mentale au Québec, vol. 22, n°2, 1997, p. 306 à 311, en ligne :

<http://www.erudit.org/revue/SMQ/1997/v22/n2/032430ar.pdf>;

¹⁷ Cette notion est apparue pour la première fois en 1982, à New York, lorsque deux criminalistes, Georges L. Kelling et James Q. Wilson, ont élaboré une théorie selon laquelle les petits délits commis dans l'espace public entraînent nécessairement de plus grands délits. La notion de « tolérance zéro » découle en fait de la théorie de la « vitre brisée », cette dernière ayant fait l'objet d'un article publié en 1982 par les criminalistes Kelling et Wilson, selon lesquels toutes les incivilités commises dans la ville de Newark devaient être réparées sur-le-champ pour éviter une décadence générale, voir à ce sujet : KELLING, Georges L., and WILSON, James Q, "Broken Windows, The police and neighborhood safety", The Atlantic, March 1982, en ligne :

<http://www.theatlantic.com/magazine/archive/1982/03/broken-windows/304465/>

Selon certains auteurs, il faut cependant distinguer la politique de la vitre brisée de celle de la tolérance zéro : « D'entrée, il tient à établir une claire distinction entre la théorie de la vitre cassée (toute déprédation doit être réparée) et la tolérance zéro (toute déprédation doit être sanctionnée). Il prend clairement position en faveur de la première doctrine et s'oppose à la seconde. La théorie de la vitre brisée met l'accent sur l'importance des liens sociaux de proximité et confie à la police le rôle de renforcer les mécanismes de veille de la communauté, en passant du temps à écouter et à comprendre les habitants, en montrant de l'intérêt pour les petits désordres et en intervenant pour les faire cesser. **La tolérance zéro engage, elle, policiers et magistrats à réprimer toutes les infractions.** » (notre souligné), LECOMTE, Jacques, « Tolérance zéro? », octobre 2002, mensuel no. 131, Sciences Humaines, en ligne : http://www.scienceshumaines.com/tolerance-zero-jacques-lecomte_fr_2690.html. Voir aussi: ROCHÉ, Sébastien, *Tolérance zéro? Incivilités et insécurité*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2002;

automatiquement des peines sévères pour les premières infractions »¹⁸ (notre soulignement) ou encore à une « [...] idée [qui] part du postulat d'une continuité entre la simple déviance et la criminalité : pour contenir la seconde, il convient en amont, de contrôler la première »¹⁹.

C'est donc dire qu'il faut attribuer la peine ultime à l'infraction la plus grave²⁰. Selon nous, la « tolérance zéro » équivaut en fin de compte à « l'intolérance absolue ».

Le Collège des médecins a tenté, à plusieurs reprises, d'aborder cette notion, que ce soit par le biais de communiqués²¹, d'articles de journaux²², de brochures, etc. Cet ordre professionnel a essayé, à maintes occasions, de crier qu'aucune forme d'intimité sexuelle n'est tolérée entre médecin et patient. Mais son cri n'était peut être pas assez fort si l'on se fie à l'attitude de tous les acteurs du système disciplinaire, soit des professionnels de la santé coupables d'inconduite sexuelle, des décideurs qui continuent à imposer des radiations de quelques petits mois pour ce type d'infraction et des ordres professionnels qui ne « bougent pas ».

L'on parle d'une tolérance zéro, d'infractions déontologiques graves, de « peines sévères », mais qu'en est-il dans les faits? En d'autres mots, est-ce que cette politique de tolérance zéro se reflète réellement dans notre législation, dans les décisions disciplinaires et dans les actions des ordres professionnels, ou constitue-t-elle une utopie?

En 2003, le conseil de l'Ordre des psychologues du Québec, réitérait sa position quant à cette soi-disant tolérance zéro, pour finalement imposer une radiation d'un mois et une

¹⁸ *The American Heritage Dictionary of the English Language*, 4e éd., Boston, Houghton Mifflin, 2000;

¹⁹ ENGUÉLÉGUÉLÉ, Stéphane, *Justice, politique pénale et tolérance zéro*, Paris, L'Harmattan, 2010, à la p. 39;

²⁰ L'inconduite sexuelle est considérée comme l'infraction la plus grave du *Code des professions*, surtout pour les professionnels de la santé. Voir à ce sujet : *Collège des médecins du Québec c Jobin* (C.D. Méd., 2011-05-09), 2011 CanLII 25984 (QC CDCM), au par. 50;

²¹ Voir notamment : COLLÈGE DES MÉDECINS, « Intimité sexuelle entre un médecin et un patient ou une patiente », 24 janvier 2005;

²² Voir : PELCHAT, Pierre, « Fautes graves : le Collège des médecins prône la sévérité », 25 janvier 2013, *Le Soleil*, ARCHAMBAULT, Héroïse, « Il faut serrer la vis : Les inconduites sexuelles doivent être davantage punies, selon le Collège », 12 février 2013, *Journal de Montréal*, en ligne : <http://www.journaldemontreal.com/2013/02/12/il-faut-serrer-la-vis>;

amende de 600\$ à un psychologue ayant eu une relation sexuelle complète avec sa patiente, sans aucune explication des faits²³.

Dans l'affaire *Ngombo*²⁴, le conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec invoquait une fois de plus cette politique de tolérance zéro, dans le cas d'un physiothérapeute ayant eu des relations sexuelles avec une patiente au passé psychiatrique, pour finalement le radier pour une période de deux mois et lui imposer une amende de 600\$²⁵.

Encore pire, dans une décision récente du Collège des médecins, alors que le conseil de discipline répétait pour la énième fois que la tolérance zéro s'imposait dans des cas d'inconduite sexuelle, ce dernier condamnait l'intimé à une période de radiation de trois mois, pour avoir eu des relations sexuelles avec une jeune femme de dix-neuf ans, sur une longue période de temps²⁶.

Ces trois dernières décisions ne sont que des exemples de ce qui se passe régulièrement en matière d'inconduite sexuelle. Énumérer toutes les décisions disciplinaires qui font état de cette politique de tolérance zéro, mais qui condamnent finalement les professionnels coupables d'inconduite sexuelle à des périodes de radiation ridiculement courtes et à des amendes loin d'être dissuasives ni exemplaires, serait beaucoup trop long.

²³ *Ordre des psychologues du Québec c Gendron* (C.D. Psy., 2003-06-11), 2003 CanLII 71728;

²⁴ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Ngombo* (C.D. Phy., 2006-11-24), 2006 CanLII 80376;

²⁵ Voir aussi les décisions suivantes chez les physiothérapeutes pour la tolérance zéro VS le manque de sévérité dans les sanctions :

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Bellahcene (C.D. Phy., 2005-11-22), 2005 CanLII 78229, dans cette affaire, l'intimé a été radié pour une période de deux mois et a dû payer une amende de 1 200\$ pour avoir eu des relations sexuelles avec deux patientes. La décision en question ne fait pas état des faits;

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Hébré (C.D. Phy., 2009-06-05), 2009 CanLII 90425, dans cette affaire, l'intimé a été radié pour une période de quatre mois et a dû payer une amende de 1 000\$ pour avoir eu des relations sexuelles avec une jeune patiente fragile de vingt ans- alors qu'il était alors âgé de quarante ans- sur une longue période de temps, à plusieurs occasions;

²⁶ *Collège des médecins du Québec c Benjamin* (C.D. Méd., 2011-01-31), 2011 CanLII 6963. Il est à noter que la jeune femme en question avait un lourd passé, qu'elle avait trouvé sa mère morte gelée sous une galerie, bref qu'elle était extrêmement vulnérable;

Or, force est de constater que la tolérance zéro ne se fait pas trop ressentir dans les décisions disciplinaires et que les cas d'inconduite sexuelle ne sont certainement pas en voie de disparition.

En Ontario, il est également question de tolérance zéro en ce qui a trait aux infractions à caractère sexuel commis par des professionnels de la santé. Contrairement au Québec, nos voisins ont tracé une grande ligne rouge correspondant aux attentes d'une vraie politique de tolérance zéro. Leur Loi est claire : toute relation sexuelle entre professionnel de la santé et patient est sévèrement punie par une radiation minimale de cinq ans, ce qui revient à punir les déviations pour prévenir la criminalité²⁷. Sans tenir compte des circonstances dans lesquelles l'infraction sexuelle a été commise, la Loi punit tous les contrevenants de la même manière, sans distinction aucune. Nous ne prétendons pas que l'Ontario détient la formule miracle en matière d'inconduite sexuelle, mais nous affirmons cependant que cette province se rapproche davantage de la politique de tolérance zéro, au vrai sens de l'expression, que le Québec.

Les médias nous rapportent, presque à toutes les semaines, des cas d'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé, nous rappelant ainsi que ce problème est bien présent. Certains acteurs du système disciplinaire se disent outrés de la situation actuelle, comme le Dr Bernard, président-directeur général du Collège des médecins-lorsqu'il affirme :

Le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec réaffirme sa position face aux inconduites sexuelles et aux fautes médicales graves commises par des médecins : tolérance zéro!

Le Collège s'inscrit dans cette voie depuis les années 1990, mais des décisions rendues récemment soulèvent des interrogations.

[...]

²⁷ Voir ENGUÉLÉGUÉLÉ, Stéphane, *supra* note 19, à la p. 39;

Il est impératif de modifier et de moderniser le système disciplinaire, c'est l'unique façon de conserver la confiance du public et des professionnels, et surtout de remplir notre mandat de protection du public.²⁸

Il est donc d'intérêt général de se pencher sur la question afin de voir où se situe la réelle difficulté.

Le présent mémoire se veut une analyse rigoureuse de la situation actuelle en matière d'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé, afin d'ultimement répondre à la question suivante : est-ce que la tolérance zéro en matière d'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé constitue une utopie ou une réalité?

En première partie, nous aborderons le sujet de l'inconduite sexuelle dans la relation soignant-soigné, en étudiant la nature de la relation thérapeutique aux yeux du droit disciplinaire québécois et les parties qui sont impliquées.

Nous verrons comment la relation thérapeutique est une relation basée sur un rapport de force inégal entre le soignant et le soigné et ce, en raison de la confiance qu'accorde le patient à son traitant. Nous traiterons ensuite de la durée de la relation thérapeutique qui peut varier selon le contexte, surtout dans le domaine des soins de la santé. En ce sens, fin des traitements n'équivaut pas nécessairement à rupture du lien thérapeutique. Nous discuterons également de l'étendue de la relation thérapeutique, qui ne se limite pas uniquement au lieu physique de travail du professionnel de la santé, mais également à tout endroit, tant que la relation thérapeutique existe. Nous verrons aussi comment les activités ayant un lien avec la profession peuvent être sanctionnées.

Ensuite, nous dresserons un portrait des professionnels coupables d'inconduite sexuelle, notamment en abordant les questions suivantes : leurs moyens de défense et les conséquences de l'inconduite sexuelle sur eux. Puis, nous définirons qui est le client, ferons un survol des caractéristiques des victimes d'inconduite sexuelle et des conséquences que ces dernières subissent. Finalement, nous parlerons des tierces parties qui peuvent, elles aussi, être impliquées dans des situations d'inconduite sexuelle.

²⁸ BERNARD, Dr. Charles, « Une mise à jour de la loi s'impose! », Blogue du Collège des médecins du Québec, 6 février 2013, en ligne : <http://blog.cmq.org/2013/02/06/une-mise-a-jour-de-la-loi-simpose/>;

La seconde partie, plutôt théorique, sera consacrée à l'étude du système disciplinaire et, plus précisément, dans un contexte d'inconduite sexuelle. Nous verrons alors quel est l'encadrement juridique de l'inconduite sexuelle, notamment en décortiquant l'article 59.1, en définissant les notions suivantes : l'abus, les gestes et paroles prohibés, et identifierons qui sont les personnes visées par l'article 59.1.

Nous verrons ensuite quels ordres professionnels ont décidé d'adopter un article spécifique sur l'inconduite sexuelle dans leur code de déontologie, ceux qui n'ont fait que renvoyer à l'article 59.1 du *Code des professions*, sans plus, et ceux qui n'ont rien inséré dans leur code de déontologie sur le sujet.

Puis, nous étudierons le cheminement d'une plainte faite en vertu de l'article 59.1, pour finalement aborder la question des sanctions applicables en matière d'inconduite sexuelle.

La troisième et dernière partie du présent mémoire sera vouée à la critique de notre système disciplinaire en matière d'inconduite sexuelle. Nous verrons, notamment, comment le droit disciplinaire québécois est plutôt paternaliste, en ce que les patients voient leur autonomie réduite dans la relation soignant-soigné et les professionnels de la santé, leur vie privée atteinte, le tout dans un contexte de « tolérance zéro ». Nous ferons ensuite un survol de l'inconduite sexuelle ailleurs, soit en France et en Ontario, deux régions qui traitent le sujet de deux manières diamétralement opposées. À cette occasion, nous ressortirons les avantages et les inconvénients de chaque système, tout en déterminant les solutions pouvant être applicables au Québec. Finalement nous identifierons les lacunes de notre droit disciplinaire en matière d'inconduite sexuelle, en effectuant une revue des sanctions imposées, qui se veulent faibles et non dissuasives, à notre humble opinion, puis en soulevant le manque d'implication de la part des ordres professionnels et des différents acteurs du système disciplinaire. Puis, nous aborderons la question des modifications législatives qui pourraient s'avérer intéressantes pour assurer une plus grande protection du public en matière d'inconduite sexuelle.

Notre conclusion constituera une série de suggestions permettant réellement de nous rapprocher de la politique de tolérance zéro ou, du moins, d'améliorer le système

disciplinaire québécois en ce qui a trait aux infractions à caractère sexuel chez les professionnels de la santé.

1. L'INCONDUITE SEXUELLE DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

1.1 La nature de la relation thérapeutique aux yeux du droit disciplinaire québécois

1.1.1 Une relation fiduciaire

Le professeur et son élève, le père et son enfant, le prêtre et le fidèle, le patron et son employé ; tels sont des rapports que l'on peut qualifier de fiduciaires. Il existe au sein même de ces relations un rapport de force inévitable où le plus faible, ou du moins celui qui détient le moins de connaissances, se fie aux dires de son supérieur. Le professionnel de la santé et son patient ne font pas exception à cette règle.

Mais avant de ressortir les caractéristiques propres à la relation thérapeutique, il serait opportun de définir la notion de « relation fiduciaire »²⁹. Le mot « fiduciaire » découle du mot « fiducia », qui signifie « confiance » en latin³⁰. Bien que ce terme soit plus fréquemment utilisé dans le domaine de l'économie, celui-ci peut également être employé dans le cadre d'une relation caractérisée par la force et l'influence. En effet, la relation thérapeutique naît de la confiance qu'attribue un patient à son soignant.

Dans le cadre d'une affaire de nature disciplinaire, la Cour suprême s'est prononcée pour la première fois sur la question en 1992 de la manière suivante : « le rapport fiduciaire se caractérise essentiellement par le fait que l'une des parties exerce un pouvoir au nom de l'autre et s'engage à agir dans le meilleur intérêt de celle-ci. En cas de manquement, la balance penche en faveur de la personne lésée »³¹. En d'autres mots, la relation de soins n'est pas une simple relation caractérisée par un rapport de force égale. Le soignant est celui qui détient les connaissances, et le patient celui qui en dépend.

²⁹ GIROUX, Michel T., « Contrat thérapeutique et bienveillance exceptionnelle », La protection des personnes vulnérables (2010), Service de la formation continue du barreau du Québec, 2010, à la p. 7 : L'expression « relation fiduciaire » découle de l'anglais, « fiduciary relationship » qui est utilisée pour décrire les relations médecin-patient.

³⁰ GIROUX, Michel T., *Ibid.*;

³¹ *Norberg c. Wynrib*, *supra* note 10, à la p. 230;

La jurisprudence a également pris le soin d'énumérer les différents critères permettant d'établir qu'il existe une relation fiduciaire. Tout d'abord, le fiduciaire doit détenir un certain pouvoir « décisionnel »³², provenant directement de sa profession ou de sa position. Ensuite, il peut utiliser ce pouvoir au bénéfice et dans le meilleur intérêt d'une autre personne qui le consulte. Finalement, cette dernière personne est minimalement vulnérable et dépend du fiduciaire³³.

Le professionnel de la santé détient une certaine expertise « étrangère au patient » qui lui permet d'utiliser son pouvoir et son jugement au profit du malade³⁴. En effet, les patients ne détiennent pas la formation nécessaire pour se soigner seuls.

Lorsqu'un patient entre pour la première fois dans une clinique médicale, il espère y trouver un certain réconfort ou, du moins, un soulagement. Dans son esprit, « soignant » s'apparente à « sauveur »³⁵. Automatiquement, et en raison également de sa condition physique, il devient vulnérable. Non seulement s'attend-il à un diagnostic, mais il désire également se sentir mieux et, idéalement, guérir.

Le professionnel de la santé est la personne qui trouve des solutions. Après tout, c'est lui qui détient les connaissances et les compétences requises pour soigner les malades. C'est donc dans cette perspective que le patient se retrouve inévitablement dans une position d'infériorité.

Certains auteurs prétendent également, avec raison, qu'un simple examen de routine peut provoquer chez le patient un sentiment de vulnérabilité :

Even in routine encounters, patients are vulnerable. They expose their bodies and reveal their most intimate histories, physical and otherwise. They assume a sick role, which increases their

³² Bien que les patients bénéficient aujourd'hui d'une grande autonomie en matière de soins de santé, il reste que les professionnels de la santé exercent tout de même une grande influence sur leurs choix, ce qui dote ces derniers, selon nous, d'un pouvoir décisionnel important;

³³ *Norberg c. Wynrib*, *supra* note 10, à la p. 230, cette décision est aujourd'hui la décision-clé en matière d'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé et est constamment citée;

³⁴ GIROUX, Michel T, *supra* note 29, à la p. 8;

³⁵ Ceci est encore plus vrai dans des domaines de la santé où le patient est plus vulnérable et où le lien thérapeutique est plus important, comme en psychothérapie ou en médecine, par exemple;

psychological dependence. When patients participate in medical decision making, they still turn to physicians for advice.³⁶

Lorsqu'une personne ressent un malaise et qu'elle n'est pas en mesure de s'auto-soulager, elle n'a d'autre choix que de se tourner vers des personnes qui sauront mettre fin à ses souffrances.

Une première consultation, aussi anodine soit-elle, constitue une admission de faiblesse, un appel à l'aide. Dans de telles circonstances, la relation soignant-soigné ne constitue pas une relation égalitaire puisqu'elle implique encore et toujours un fort et un faible.

L'inégalité de forces présente au sein des relations professionnelles est d'ailleurs une réalité dont a tenu compte le *Code des professions*³⁷ à son article 25³⁸. En effet, cet article énonce les critères à rencontrer pour que soit constitué un ordre professionnel. Parmi ces derniers, figure la confiance attribuée au professionnel en fonction de ses connaissances :

3° le caractère personnel des rapports entre ces personnes et les gens recourant à leurs services, en raison de la confiance particulière que ces derniers sont appelés à leur témoigner, par le fait notamment qu'elles leur dispensent des soins ou qu'elles administrent leurs biens;³⁹

(Notre soulignement)

Parfois, certains professionnels tenteront de justifier leurs relations sexuelles avec leur patient en invoquant l'amour, essayant, par le fait même, d'éliminer cette idée de relation inégalitaire. Or, la relation thérapeutique doit absolument être distinguée de la relation d'amour telle que nous la connaissons.

La relation d'amour est une relation existant entre deux personnes libres et consentantes. En ce sens, elle naît entre deux individus qui développent des sentiments mutuels et qui partagent des intérêts plus ou moins semblables. L'on parle donc d'une relation

³⁶ M.A. RODWIN, *Medicine, Money and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*, New York, Oxford University Press, 1993, p. 6 et p. 8

³⁷ L.R.Q., c. C-26;

³⁸ *Cadrin c. Psychologues*, [1997] D.D.O.P. 354 (T.P.), à la p. 359;

³⁹ L.R.Q., c. C-26, article 25;

« égalitaire »⁴⁰ basée sur un accord et des sentiments réciproques. Normalement, dans ce type de rapport, aucune partie ne prend de rôle autoritaire; chaque personne est responsable de ses actions. Par exemple, les rendez-vous amoureux sont déterminés selon les exigences des deux individus et les limites à respecter sont décidées d'un commun accord. Alors que les amoureux apprennent à se connaître sur une base quotidienne, le patient et son thérapeute ont une relation limitée aux besoins strictement thérapeutiques. Alors que dans une relation amoureuse les deux individus sont sur le même pied d'égalité, le soignant « domine » d'une certaine façon le soigné. Lorsque deux adultes amoureux ont des rapports sexuels, ils sont consentants. Ils sont en mesure d'évaluer leur décision de manière éclairée. Or, dans un contexte thérapeutique, la situation peut parfois être différente si le patient, envoûté par son thérapeute, perçoit ce dernier comme son sauveur ou son bienfaiteur. En d'autres mots, dans certains cas, le thérapeute ne sera pas nécessairement aimé pour la personne qu'il est réellement, mais plus pour son titre ou son autorité.

Dans un contexte de vulnérabilité extrême, de confiance, de soins, de dépendance et d'intimité, toute relation amoureuse ou sexuelle saine est difficilement envisageable. Le pouvoir dont bénéficie le thérapeute vient tracer la limite entre la relation d'amour et la relation thérapeutique. Cette image autoritaire que dégage le professionnel de la santé peut d'ailleurs être comparée à celle du parent:

The interaction between a health professional and a patient seeking help has some parallels with that between a parent and a child. The patient is in a trusting, vulnerable, childlike position, and the professional is a parent-surrogate. In this situation, the patient displaces onto the health professional feelings that she had, as a child, about parents or other significant figures.⁴¹

Poser des gestes à caractère sexuel sur un patient pourrait donc, dans une certaine mesure, être assimilable à de l'inceste.

⁴⁰ FRÉNETTE, Lyse, *Ces femmes qui ont consulté des manipulateurs*, les Éditions du Fada, 2008, à la p.108, ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, « La relation professionnelle, une dynamique particulière », *Le Journal*, mai/juin 2000, vol.7, no. 5, en ligne : <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/la-relation-professionnelle-une-dynamique-particuliere>;

⁴¹ PENFOLD, Susan, *Sexual abuse by health professionals; A Personal Search for Meaning and Healing*, University of Toronto Press, 7 avril 1988, 224 pages, à la p.21;

Nous estimons qu'il est difficile pour une personne d'être à la fois thérapeute et amante. En effet, un tel dédoublement de la relation de soins peut s'avérer nuisible puisque la distinction entre admiration et vrais sentiments pourra éventuellement faire l'objet d'une confusion chez le patient.

La relation thérapeutique qui n'est basée ni sur l'amour, ni sur l'amitié, devrait avoir comme seul et unique objectif le soulagement et le bien-être du patient. La relation thérapeutique est en fait une réelle alliance thérapeutique⁴² basée sur la confiance qui se façonne selon son intensité et sa durée. Dans tous les cas, elle est le reflet d'une volonté mutuelle de contracter qui se distingue des autres types de contrats par son caractère fiduciaire.

La relation de soins peut également se distinguer des autres types de relations par la possibilité qu'émerge au sein même de cette relation les phénomènes de transfert et contre-transfert. Ce principe élaboré pour la première fois par Sigmund Freud dans les années 1910, fait référence à la relation magnétiseur-magnétisé, hypnotiseur-hypnotisé et, aujourd'hui, à la relation médecin-malade⁴³.

Le transfert est le moment de la relation thérapeutique où le patient déplace ses sentiments, émotions, impulsions et états d'âme vers son soignant. Ces sentiments peuvent provenir de ses expériences passées ou des personnes qu'il a rencontrées et qui ont marqué sa vie :

Transference is the process in which clients transfer expectations and behaviours of another relationship onto their therapeutic relationship with you (ici il est question du massothérapeute, professionnel de la santé).

⁴² L'alliance thérapeutique est, selon la Dre Monique Brillon, psychologue, le « désir de collaborer au traitement qui s'appuie sur les sentiments positifs du client envers le thérapeute (sympathie, attachement, sentiment d'être compris, reçu, etc.). [...] Elle suppose chez le client une capacité à faire confiance, une aptitude à se laisser guider, une détermination à aller jusqu'au bout de la démarche malgré les difficultés rencontrées en cours de route. », voir BRILLON, Dre. Monique, « L'alliance thérapeutique, un défi constant pour le thérapeute », Psychologie Québec, Dossier, Volume 28, numéro 02, mars 2011, aux pages 20-21;

⁴³ Puységur Armand Marie-Jacques de Chastenet Marquis de Puységur, Mémoires pour servir à l'établissement du magnétisme animal (1786). Présentation de G. Lapassade et P. Pédelahore (1986), p.XXI;

They may transfer or project unresolved feelings, needs and issues onto you without good reason.⁴⁴

(nos soulèvements et ajouts entre parenthèses)

Lors du transfert, le patient percevra son soignant comme une autre personne, tel que l'affirme les auteures Houde et Drapeau :

[C]ette représentation peut être celle d'une mère, d'un père, d'une personne très rassurante, de quelqu'un qui comblera tous ses besoins, donc d'une image idéalisée. Cette réalité est d'autant plus vraie lorsque le patient vit des difficultés ou des manques sexuels ou conjugaux. Il sera alors plus enclin à voir dans le soignant le partenaire idéal.⁴⁵

Le transfert peut être positif ou négatif selon les sentiments qui sont projetés sur le professionnel de la santé. Dans le premier cas, le patient se montre chaleureux envers son thérapeute. Il lui montre qu'il lui fait confiance, qu'il le respecte, qu'il l'affectionne, qu'il l'aime même⁴⁶...

Dans le deuxième cas, il semble plus agressif et réticent. Les sentiments qu'il projette sur le professionnel de la santé sont haineux et méfiants.

Or, toutes ces réactions peuvent être les conséquences directes du passé ou même parfois du présent d'une personne. Par exemple, si une patiente a connu une relation extrêmement difficile avec ses parents et que son psychiatre lui rappelle son père, elle pourrait avoir tendance à se montrer plus distante lors des séances. Par contre, si une belle jeune femme qui a toujours eu du succès auprès des hommes vient consulter ce même professionnel, elle agira avec confiance.

Puisque les thérapeutes sont souvent perçus comme des « sauveurs », des « bons pères de famille » ou des personnes « aimantes » ou « qui prennent soin »⁴⁷, ils recevront un transfert assez intense de la part de leurs clients, surtout de ceux qui souffrent d'une carence affective.

⁴⁴ ZIELKE, Robert A., lawyer, and al., « Secrets In the Exam Room : Sexual Misconduct by Doctors », Trial News, Washington State Trial Lawyers, Vol. 36, No. 5, at 18- January 2001, online: <http://www.zielkelaw.com/profile/articles-publications/secrets-in-the-exam-room.asp>;

⁴⁵ HOUDE, Nathalie et DRAPEAU, Martine, *Sexualité et Éthique dans les professions du toucher*, Montréal, Modulo, 2012, à la p. 49;

⁴⁶ BOURDIN, Dominique, *La psychanalyse de Freud à aujourd'hui : histoire, concepts, pratique*, Québec, Éditions Boréal, 2007, à la p. 44;

⁴⁷ « Transfert et contre-transfert », en ligne : <http://linepsy.tripod.com/francais/id66.html>;

C'est alors que des sentiments amoureux peuvent se manifester. Le désir affectif et/ou sexuel peut donc initialement provenir du patient et non du thérapeute.

Le contre-transfert est « [...] l'effet de l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin »⁴⁸, et donc une réaction directe au transfert du client⁴⁹. À son tour, le professionnel transfère ses propres sentiments ou besoins provenant d'une autre relation sur son client.

Le phénomène du transfert et du contre-transfert se produit fréquemment, pour ne pas dire constamment, dans le cadre d'une relation thérapeutique, ce qui n'est pas une mauvaise chose en soi. Ce qui envenime l'alliance thérapeutique découle de la manière dont le professionnel gère ce phénomène.

En effet, lorsque ce dernier fait l'objet d'un transfert, et d'avantage d'un transfert amoureux, de la part de son patient, il a la responsabilité d'y faire face avec professionnalisme et précaution⁵⁰. En ce sens, le contre-transfert doit être perçu comme « un instrument de la conduite de la cure »⁵¹.

Lorsqu'un traitant réalise que son patient dégage des sentiments amoureux, affectueux ou sexuels, il doit analyser la situation, comme nous le rappellent les auteurs Ruedin et Zindel : « S'engager ou même profiter d'une telle situation de transfert au lieu de la traiter est à considérer comme un acte de trahison à l'égard de la mission thérapeutique, ce qui est inadmissible d'un point de vue déontologique. »⁵². Il doit donc profiter des signes identifiés lors du transfert pour améliorer la qualité de ses interventions.

Lorsqu'un professionnel de la santé remarque que son patient se montre particulièrement aimable envers lui, notamment parce qu'il lui offre des cadeaux, le complimente constamment, désire augmenter ses consultations ou séances, il a le devoir

⁴⁸ BOURDIN, Dominique, *supra* note 46, à la p. 47;

⁴⁹ BOURDIN, Dominique, *Ibid.*;

« Transfert et contre-transfert », en ligne : <http://linepsy.tripod.com/francais/id66.html>;

⁵⁰ ZIELKE, Robert A., lawyer, and al., *supra* note 44;

⁵¹ BOURDIN, Dominique, *supra* note 46, à la p. 47;

⁵² RUEDIN, Patrick, ZINDEL, Philip dans leur article « Rapports sexuels entre médecin et patient », online : http://www.snm.ch/prive/snmnews/38_juin2003/38_snmnews_rapports.pdf;

de mettre un frein à cette situation. En d'autres termes, il a l'obligation de préserver la relation thérapeutique.

Tel que mentionné précédemment, une dualité au sein d'une même relation peut être très dangereuse. En réalité, les sentiments exprimés par les patients envers leurs thérapeutes peuvent être le résultat d'autres relations plus archaïques⁵³. Les professionnels ont donc intérêt à ne pas tomber dans le piège et à prendre les mesures appropriées pour gérer la situation.

Les professionnels de la santé qui répondent habituellement aux avances faites par leurs patients sont possiblement en manque d'affection ou d'attention et peuvent utiliser le contre-transfert afin de charmer leurs clients.

Une bonne gestion du transfert d'un patient amoureux consiste à identifier l'origine du problème et à mettre un frein à toute proposition d'ordre sexuel ou affectif. Dans le cas où cette technique ne fonctionne pas, la solution ultime est de diriger le client vers un autre professionnel.

Selon un rapport sur l'inconduite sexuelle publiée par le Collège des médecins en 1993⁵⁴, il existerait trois types de relation thérapeutique : la relation ponctuelle, la relation suivie et la relation psychothérapeutique.

Le premier type de relation, qualifiée de « ponctuelle », fait référence aux situations où le degré de confiance est moins élevé et où l'atmosphère est moins propice aux conflits comme, par exemple, la relation qui prend naissance à l'urgence. Nous considérons également que les consultations mineures exceptionnelles entrent dans cette catégorie⁵⁵.

La relation « suivie » ouvre plus la porte à des problèmes potentiels puisqu'il existe, au sein même de ce rapport, un caractère répétitif entre le professionnel de la santé et son

⁵³ HANNOT, Patrick, « Éviter les risques. La gestion du transfert dans la relation d'aide », en ligne : <http://p56h.unblog.fr/2009/12/19/eviter-les-risques-la-gestion-du-transfert-dans-la-relation-daide/>;

⁵⁴ CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « L'inconduite de nature sexuelle dans la relation médecin-patient », *supra* note 15;

⁵⁵ *Ibid.*, à la p. 5;

patient, augmentant ainsi le niveau de confiance. C'est notamment le cas des clients souffrant d'hypertension, de diabète ou de toute autre maladie chronique⁵⁶.

Finalement, la relation psychothérapeutique suppose aussi un degré de confiance très élevé. En effet, la psychothérapie est un domaine où le client se trouve dans une situation d'extrême vulnérabilité. Il ne confie pas seulement à son thérapeute ses maux physiques mais également ses sentiments les plus profonds; il se livre aveuglément et entièrement à lui⁵⁷.

Le degré de confiance présent au sein de la relation thérapeutique dépendra donc de plusieurs aspects, notamment de la raison de consultation, du choix ou non du professionnel de la santé, de la vulnérabilité du patient etc. En présence d'un contrat, le degré de confiance sera plus important puisque ce sera en toute connaissance de cause que le patient aura choisi un professionnel plutôt qu'un autre⁵⁸. Or, avec ou sans contrat, la confiance demeure omniprésente; le patient demande de l'aide et confie son corps et son esprit à une autre personne, soit le soignant⁵⁹.

Dans la majeure partie des cas, la relation thérapeutique naîtra d'un contrat entre deux parties consentantes : le professionnel de la santé et le client. Juridiquement, un contrat se résume à un échange de volontés entre deux personnes capables de contracter dans le but que soit exécutée une prestation⁶⁰.

Le contrat médical est cependant très souvent caractérisé par le choix dont bénéficie le patient de consulter le professionnel de la santé qui lui plaît et qui lui inspire confiance,

⁵⁶ *Ibid.*;

⁵⁷ *Ibid.*;

⁵⁸ Il est important de faire la distinction entre les contrats *intuitu personae* par lesquels les patients choisissent de consulter tel ou tel médecin des contrats plus « automatiques » qui interviennent entre un médecin et un patient sans que ce dernier n'ait spécifiquement choisi ce praticien en particulier. Dans le premier cas, nous estimons que le degré de confiance est plus important que dans le deuxième.

⁵⁹ CLARK, Me Nathalie, « La relation de confiance entre le médecin et son patient en droit civil québécois : impact de la réforme des services de santé et services sociaux », essai dans le cadre de la maîtrise en droit et politiques de la santé, Université de Sherbrooke, 1998, aux pp. 3 et 5;

⁶⁰ *Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64, (ci-après *Code civil du Québec*), à l'article 1378;

ce qui le qualifie de contrat « intuitu personae », c'est-à-dire d'un accord de volonté basé sur la réputation ou les compétences de l'une des deux parties⁶¹.

En droit civil, la notion d' « intuitu personae » est souvent reliée aux contrats d'entreprise ou de service⁶². Dans cette optique, le profane choisira une personne particulièrement compétente pour obtenir un bien ou un service. Pensons par exemple à un peintre à qui l'on demande de peindre une toile unique. L'objet de cette entente ne vise pas une toile quelconque, mais bien une œuvre de cet artiste en particulier. Plusieurs motifs peuvent être à la source de cette demande de service : la réputation du peintre, sa spécialité, son style etc. Dans tous les cas, c'est ce dernier qui a été choisi et qui doit effectuer personnellement la prestation, tel que nous l'enseigne la doctrine :

Ainsi, l'exécution de l'obligation qui découle du contrat marqué d'intuitu personae sera liée au débiteur personnellement. Elle devra être exécutée personnellement par ce dernier qui ne pourra la faire exécuter par un tiers. L'élément personnel, propre au contrat intuitu personae, vient garantir l'exécution de l'obligation. Il vient également en garantir la qualité.⁶³

Dans le contexte d'une relation thérapeutique, un patient pourrait choisir son soignant en fonction de son approche humaine, de sa réputation, de références ou, tout simplement, parce qu'il le connaît personnellement. Un professionnel pourrait également être choisi pour ses compétences professionnelles ou son expertise. Le simple fait d'être membre d'un ordre professionnel suffirait même pour être à la source d'un contrat « intuitu personae »⁶⁴.

Au-delà des raisons incitant le patient à consulter un professionnel en particulier, subsiste l'idée de la confiance accordée à un être qui en sait d'avantage, tel que nous le rappellent les auteurs Houde et Drapeau :

⁶¹ BESTAWROS, Alain, « La responsabilité civile des résidents en médecine et de leurs commettants », (2004) 64 R. du B. 1, aux pp. 17 et 18, voir aussi *Marcoux c. Bouchard*, [2001] 2 R.C.S. 726, jugement de la Cour suprême du Canada qui définit le contrat médical;

⁶² CLARK, Me Nathalie, *supra* note 59, à la page 9;

⁶³ *Ibid.*, à la page 12;

⁶⁴ *Ibid.*, à la p. 9;

Lorsqu'une personne se trouve dans le bureau d'un soignant, c'est qu'elle a décidé d'agir ou du moins d'essayer quelque chose pour soulager son mal ou sa souffrance. En règle générale, elle se présente avec une certaine ouverture; elle accepte momentanément de faire confiance au soignant, ce qui la rend d'une certaine manière vulnérable.⁶⁵

En principe, le contrat thérapeutique se forme dès l'entrée du patient dans le bureau du professionnel. C'est ce qu'est venu confirmer l'affaire *X. c. Mellen*⁶⁶ en 1957. Le premier contact entre soignant et soigné est fondamental puisqu'il marque le début d'une série d'obligations provenant des deux parties. Normalement, ces dernières n'auront pas à revalider leur consentement à l'occasion de chaque visite puisqu'en général, le contrat de soins revêt un caractère successif. En effet, les gens ne changeront pas de médecin, de physiothérapeute ou de dentiste à chaque fois. Ils retourneront consulter le professionnel qui connaît leur historique, leur état de santé, celui en qui ils ont confiance. En d'autres mots, « ces contrats font intervenir inéluctablement l'idée du temps qui passe »⁶⁷. D'ailleurs, plus la relation thérapeutique s'étend dans le temps, plus la confiance envers le professionnel augmente.

Peu importe le nombre de visites effectuées ou le degré de confiance présent, le patient confiera toujours une partie de sa personne à son soignant et se délaissera temporairement de sa pudeur afin de se faire soigner : « L'essence même de la démarche de soin implique une atteinte à la personne : il faut que le patient renonce à son inviolabilité pour permettre au médecin d'exercer son art... »⁶⁸.

Même en absence d'un contrat de soins, il existe tout de même une relation thérapeutique au sein de laquelle le professionnel de la santé se doit de respecter toutes ses obligations déontologiques.

⁶⁵ HOUDE Nathalie et DRAPEAU Martine, *supra* note 45, à la p.41;

⁶⁶[1957] B.R. 389, 408, voir aussi *Duquette c. Bissonnette* (C.Q., 2007-10-26), 2007 QCCQ 14992, *Hébert c. Bisson* (C.Q., 2007-02-13), 2007 QCCQ 748 (CanLII) ;

⁶⁷ TANCELIN Maurice, *Des obligations en droit mixte du Québec*, 2009, Montréal, Wilson & Lafleur Ltée, 7^e édition, 2009, à la p. 93;

⁶⁸ PHILIPS-NOOTENS Suzanne, LESAGE-JARJOURA Pauline, KOURI, Robert, « Les relations juridiques médecin-patient », dans *Éléments de responsabilité civile médicale- Le droit dans le quotidien de la médecine*, 3^e édition, 2007, au par. 26;

Lorsqu'une personne n'a pas été en mesure d'exprimer son consentement à des soins, notamment parce qu'elle a été transportée d'urgence dans un établissement hospitalier, il n'existe pas de réel contrat de soins « *intuitu personae* ». C'est également le cas du patient qui se présente à un centre médical ou à l'hôpital dans le but de consulter un professionnel sans nécessairement manifester un intérêt quelconque envers un thérapeute en particulier⁶⁹.

Dans de telles situations, il n'existe pas de caractère « *intuitu personae* ». Le patient ne se présente pas avec le désir de se faire traiter par un professionnel plutôt qu'un autre.

La même situation se manifeste lorsqu'un patient est référé vers un spécialiste qu'il n'a pas nécessairement choisi. Il fait cependant confiance à son thérapeute traitant qui l'envoie vers un collègue compétent. Cette chaîne de confiance fait en sorte que le patient perçoit tout de même le spécialiste comme un professionnel de la santé qui peut lui venir en aide.

Certains professionnels sont constamment en contact avec les patients sans nécessairement qu'il n'existe un contrat de soins. Nous pensons notamment aux anesthésistes, aux infirmiers et infirmières et aux radiologistes. En effet, ces derniers sont considérés comme des préposés de l'hôpital⁷⁰. Il existe cependant un contrat entre le patient et l'établissement hospitalier qui garantit des soins sécuritaires et adéquats⁷¹ et un contrat d'emploi entre l'établissement et les professionnels de la santé qui y travaillent⁷². Les gestes de ces professionnels relèvent de la responsabilité de l'hôpital. Encore une fois, bien que le client ne choisisse pas directement les personnes qui vont lui dispenser des soins, il contracte avec l'établissement de santé et s'attend à recevoir, de manière générale, des soins de santé adéquats et sécuritaires⁷³ : « [s]elon une

⁶⁹ *Ibid.*, au par. 43

⁷⁰ *Ibid.*, au par. 44;

⁷¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, LRQ, c S-4.2, aux articles 5 et 7;

⁷² Il est important de noter que les médecins ne sont pas considérés comme des préposés de l'hôpital. En effet, en 2001, sous la plume de l'Honorable André Rochon, il a été confirmé que les médecins posent des gestes exclusifs prévus par la *Loi médicale* (L.R.Q., c. M-9) et donc que l'hôpital n'a aucun contrôle sur leurs actes. Voir la décision *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, [2001] R.J.Q. 832 (C.A.), KOURI, Robert, « L'arrêt Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault et le contrat hospitalier occulté : aventurisme ou évolution? », (2004) 35 R.D.U.S. 307, à la p. 315;

⁷³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 71, à l'article 5;

première interprétation, le contrat hospitalier se veut un contrat « global » de soins où l'hôpital prend en charge le patient, la santé étant une œuvre « globale et indivise »⁷⁴.

Que le professionnel de la santé soit lié par un contrat de soins ou non, il est tenu d'agir selon les principes de son code de déontologie. Cette idée est d'ailleurs applicable en matière de responsabilité médicale : « Étant donné la nature de l'obligation médicale, son contenu reste, en l'absence de contrat, le même que lorsqu'il y a un contrat »⁷⁵. Les obligations d'un professionnel de la santé demeurent les mêmes peu importe la situation juridique dans laquelle il se trouve⁷⁶.

Qu'il y ait un contrat de soins ou non, la relation thérapeutique, précédemment qualifiée de fiduciaire, place les deux parties impliquées à des niveaux différents. L'inégalité se trouvant au cœur de cette relation fait en sorte que le client sera toujours perçu comme un être vulnérable. Le dictionnaire des synonymes associe le mot « vulnérable » à « fragile », « frêle » et « sensible »⁷⁷, trois mots qui décrivent la personne malade ou, du moins, celle qui ne peut se soigner seule.

Bien qu'exercer une profession soit aujourd'hui considéré comme un droit, les professionnels ont l'obligation de respecter certains critères afin d'en jouir⁷⁸. En adhérant à leur ordre, les professionnels de la santé promettent d'agir convenablement,

⁷⁴ BESTAWROS, Alain, *supra* note 61, à la p. 21, voir aussi *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1989] R.R.A. 934, 1989 CanLii 990 (QC CA), selon celle décision le contrat hospitalier inclut tous les services de santé offerts à l'hôpital;

⁷⁵ PHILIPS-NOOTENS, Suzanne, LESAGE-JARJOURA, Pauline, KOURI, Robert « Les relations juridiques médecin-patient », *supra* note 68, au par. 47;

⁷⁶ « L'obligation existe de façon identique en matière extracontractuelle, découlant, comme nous le verrons ultérieurement, de plusieurs dispositions légales qui définissent les obligations des médecins même en l'absence de contrat. Qu'elle découle du contrat ou de la loi, l'obligation de suivre s'apprécie de la même manière quant à son intensité, son étendue et son contenu », dans : MÉNARD, Jean-Pierre, *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens* (2011), « L'obligation de suivre du chirurgien, dans *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens* (2011) », Barreau du Québec, à la p.125;

⁷⁷ DUPUIS Hector et LÉGARÉ Romain, *Le dictionnaire des synonymes et des antonymes*, Montréal, Éditions Fides, 1975, « vulnérable »;

⁷⁸ Pendant plusieurs années, le fait d'exercer sa profession était considéré comme un privilège et non comme un droit *Deblois c. Bérubé* (C.D. Méd., 2004-08-10), 2004 CanLII 66548. Or, la jurisprudence actuelle est venue préciser qu'exercer sa profession constitue un droit et non un privilège, tant et aussi longtemps que les critères exigés par les ordres professionnels sont remplis. Voir à ce sujet, *Comité exécutif de l'Ordre des ingénieurs du Québec c. Roy*, [2011] R.J.Q., 1700, 2011 QCCA, 1707 et *Chambre de l'assurance de dommages c Therriault* (C.D.C.H.A.D., 2012-04-11), 2012 CanLII 21064;

selon les normes généralement reconnues par leur profession et les règlements auxquels ils sont soumis :

[76] En contrepartie des privilèges conférés par la loi, notamment le droit exclusif au titre et le pouvoir tout aussi exclusif de poser certains actes, les membres des ordres professionnels portent une lourde responsabilité, et en particulier les professionnels de la santé parce que leurs interventions concernent la santé et l'intégrité physique et psychologique des gens.

[77] C'est précisément parce que le public sait que le professionnel doit répondre à des exigences serrées tant du point de vue académique que personnel avant de pouvoir pratiquer sa profession qu'il lui voue généralement une grande confiance, s'en remet à lui et en devient en quelque sorte, par la force de la situation, le captif. Dans un tel contexte, tout compromis sur la protection du public n'est pas acceptable.⁷⁹

Lors d'une consultation, le professionnel de la santé demande habituellement à son patient de lui raconter son historique. À cette occasion, il retire des informations sur son état de santé, sur son état d'esprit, sur ses relations ou sur ses habitudes de vie. Il détiendra donc des renseignements personnels sur le patient. Parfois, il sera le seul au monde à connaître les secrets de ce dernier.

Le patient doit souvent exposer certaines parties de son corps lors de la consultation. Une fois de plus, il doit ignorer sa pudeur : « De plus, plusieurs types de traitements exigent que le soigné se dénude partiellement et soit en position couchée. Il donne ainsi accès à des parties de son corps et permet des gestes qu'il n'accepte pas habituellement d'autres personnes »⁸⁰.

La plupart des professions de la santé impliquent le toucher. Toucher, observer, manipuler, diagnostiquer...entrer dans la sphère la plus intime de l'être humain. Pour toutes ces raisons, la relation thérapeutique est une relation privilégiée qui mérite d'être respectée. Le professionnel est le seul responsable de maintenir le niveau de confiance au sein de cette alliance.

Bien que les professionnels doivent honorer leurs obligations et ce, qu'il y ait un contrat médical ou non, nous avons pris le temps de faire la distinction entre ces deux situations

⁷⁹ *Dentistes (Ordre professionnel des) c. Dupont*, [2005] D.D.O.P. 279 (T.P.), 2005 QCTP 7;

⁸⁰ HOUDE, Nathalie et DRAPEAU, Martine, *supra* note 45, à la p. 43;

parce que nous croyons qu'il est encore plus grave pour un professionnel de la santé, ayant contracté avec un client, de poser des gestes à caractère sexuel sur ce dernier. En effet, nous considérons que le degré de confiance entre les parties augmente nécessairement en présence d'un contrat médical, notamment parce que ce dernier suppose une prestation de services continue, et donc une connaissance plus approfondie du patient. En effet, en connaissant le dossier d'un patient, en contractant directement avec lui, le professionnel de la santé détient des informations privilégiées sur lui et s'en servir dans un but sexuel est encore plus grave, à nos yeux, qu'un professionnel de la santé qui traite un client pendant quelques minutes à l'urgence et qui ne connaît pas son historique où les détails de sa vie. L'affaire Wynrib en est un bon exemple :

L'inégalité du rapport de force caractérise fréquemment la relation médecin-patient. Les connaissances médicales de l'intimé et le fait que ce dernier était au courant de la dépendance de l'appelante, conjugués à son pouvoir de prescrire des médicaments, sont à l'origine de l'empire qu'il exerçait sur elle. La deuxième condition, celle qu'il y ait eu exploitation, est également remplie. L'intimé a abusé du pouvoir qu'il exerçait sur l'appelante et profité des renseignements qu'il avait obtenu au sujet de sa faiblesse pour servir ses intérêts personnels. L'échange de faveurs sexuelles contre des médicaments est une relation fort divergente de ce que la société jugerait acceptable.⁸¹

(Nos soulignements)

1.1.2 La durée de la relation thérapeutique

Tel que mentionné précédemment, la relation thérapeutique naît souvent lors de la première visite au cabinet du professionnel de la santé. Mais qu'en est-il de la fin de la relation de soins?

Une relation thérapeutique peut prendre fin suite à plusieurs événements dont, principalement, la fin des traitements nécessaires à la guérison du patient. C'est ce qu'on appelle le congé. Ce moment survient lorsque « les obligations réciproques sont

⁸¹ NORBERG C. WYNRIB, SUPRA NOTE 10, AUX PP. 228-229;

remplies. Aucun lien juridique ne subsiste entre le médecin et le malade, jusqu'à ce que celui-ci fasse une autre demande de consultation, génératrice d'un nouveau contrat. »⁸².

Or, fin des traitements n'est pas synonyme de fin de la relation professionnelle ou, du moins, des effets qui en découlent. D'ailleurs, n'est-ce pas là ce que laissent entendre les auteurs Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri, lorsqu'ils soulèvent la possibilité d'un nouveau contrat⁸³?

Le patient aura toujours le choix de consulter le même professionnel de la santé pour des maux différents. Cette éventualité fait en sorte que les obligations du soignant ne meurent pas avec la fin des traitements, cette dernière ne constituant en fait qu'une simple suspension de la relation de soins dans certains cas.

Hormis la fin du contrat de soins par l'arrêt des traitements, il existe plusieurs autres facteurs qui peuvent faire disparaître la relation de soins comme le décès de l'une des deux parties, la retraite du traitant, le déménagement du soignant ou du soigné et, surtout, la volonté du patient de mettre unilatéralement fin au contrat de soins pour une raison quelconque⁸⁴. Le client peut mettre fin à la relation de soins en tout temps, contrairement aux professionnels de la santé qui doivent détenir des motifs bien précis pour agir de la sorte.

Chez les psychologues, il est interdit pour les membres de cesser de rendre des services professionnels sauf s'il y a perte de confiance au sein de la relation thérapeutique, si le patient n'est pas en mesure de bénéficier des services professionnels, si les services lui sont dommageables, si le professionnel se trouve dans une situation de conflit d'intérêts, si le patient incite le psychologue à poser des gestes illégaux, si le contrat de services

⁸² PHILIPS-NOOTENS, Suzanne, LESAGE-JARJOURA, Pauline, KOURI, Robert, « Les relations juridiques médecin-patient », *supra* note 68, à la p. 30;

⁸³ PHILIPS-NOOTENS, Suzanne, LESAGE-JARJOURA, Pauline, KOURI, Robert, « Les relations juridiques médecin-patient », *Ibid.*, à la page 30;

⁸⁴ PHILIPS-NOOTENS, Suzanne, LESAGE-JARJOURA, Pauline, KOURI, Robert, « Les relations juridiques médecin-patient », *Ibid.*, à la p. 31;

n'est pas respecté par le client et, finalement, si le psychologue prend la décision de mettre fin à sa pratique⁸⁵.

Chez les physiothérapeutes, le principe demeure le même; avant de mettre fin aux services professionnels, le soignant doit disposer de raisons valables⁸⁶.

Les médecins peuvent mettre fin à la relation thérapeutique pour un motif juste et raisonnable, notamment lorsque le lien de confiance disparaît ou lorsqu'il y a incitation de la part du patient à commettre des gestes illégaux⁸⁷.

En ce qui concerne les autres professionnels du domaine de la santé, l'idée demeure la même. Que ces derniers soient préposés ou indépendants, ils ne peuvent cesser de rendre des services professionnels à leurs clients comme bon leur semble. En effet, les premiers devront honorer leur contrat de travail avec l'hôpital par exemple, et les seconds devront observer leur code de déontologie respectif.

La relation de soins peut également prendre fin par le transfert du patient vers un autre professionnel. Ce transfert peut avoir lieu suite à un retrait du dossier de la part du soignant pour l'une des raisons ci-haut mentionnées, à une discorde entre les parties, à la demande du patient etc. Dans tous les cas, le professionnel de la santé a l'obligation de veiller à ce que son client soit pris en charge par une autre personne compétente⁸⁸.

Une fois le contrat de soins terminé ou la relation thérapeutique achevée, les professionnels de la santé doivent garder en tête qu'il existe encore une certaine continuité au niveau de leurs obligations, le tout en fonction de la vulnérabilité du patient, de la longueur de la relation et de la nature des actes qui ont été posés.

⁸⁵ *Code de déontologie des psychologues*, R.R.Q., c C-26, r 212, à l'article 35;

⁸⁶ *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, R.R.Q., c. C-26, r. 197, à l'article 37. Les motifs permettant au psychologue de mettre fin à ses services professionnels ressemblent à ceux exigés par le *Code de déontologie des psychologues* (précité). Les physiothérapeutes peuvent également cesser de dispenser des traitements suite à une incompatibilité de caractère avec leur patient ;

⁸⁷ *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., C. M-9, r.17, à l'article 19;

⁸⁸ PHILIPS-NOOTENS, Suzanne, LESAGE-JARJOURA, Pauline, KOURI, Robert, « Les relations juridiques médecin-patient », *supra* note 68, aux pp 30-31;

Tel que mentionné précédemment, le retour d'un patient vers son professionnel traitant est un argument assez important, et c'est que nous confirme la jurisprudence : « [...] [I]l faut reconnaître qu'en thérapie brève, soit la méthode suivie par l'appelant avec Madame, un client peut revenir n'importe quand consulter son professionnel »⁸⁹. Dans cette optique, l'ex-patient demeure un patient potentiel. Également, lorsque le thérapeute en question détient une certaine exclusivité sur son territoire, les chances qu'un patient retourne le consulter pour des problèmes futurs sont assez élevées⁹⁰.

Une décision américaine, *Leon v. Ohio Board of Psychology*⁹¹, s'est penchée sur la question de l'« ex-client immédiat »⁹² et a conclu qu'un professionnel d'une intelligence moyenne devrait être en mesure d'évaluer le moment où son ex-patient n'est plus vulnérable avant de s'engager dans une relation intime avec lui :

In our view, it was not unreasonable for the board to find that appellant engaged in a sexual relationship with an « immediate ex-client » within the ambit of the regulation, since appellant conceded in his own testimony that the influence of the therapeutic relationship between a psychologist and client could last up to a year after the end of therapy. Thus the board had ample supporting evidence to find that Client X was an immediate ex-client, since relations ensued approximately seven months after the therapeutic relationship terminated. In any event, we believe that former Ohio Adm. Code 4732-17 01(A)(2)(d), the prohibition against a psychologist engaging in a sexual relationship with an immediate ex-client, is not so vague as to cause a psychologist of ordinary intelligence to guess at its meaning or application.⁹³

L'influence ou le pouvoir qu'un professionnel de la santé peut exercer sur son patient ne disparaît pas nécessairement avec la fin du traitement. Évidemment, seront pris en considération lors de l'évaluation de la période d'attente acceptable avant d'entretenir des relations sexuelles avec un ex-patient, l'état de santé du patient⁹⁴, le degré de dépendance présent au sein de la relation thérapeutique, la durée de la relation de soins, le nombre de traitements reçus, la nature de la relation thérapeutique⁹⁵ et la vulnérabilité

⁸⁹ *Cadrin c. Psychologues (Ordre professionnel des)*, *supra* note 38, à la p. 357;

⁹⁰ *Ibid.*, aux pp. 359 et 360;

⁹¹ [1992], 63 Ohio St. 3d 683, 590 N.E. 2d 739;

⁹² Traduit de l'anglais, "immediate ex-client";

⁹³ *Leon v. Ohio Board of Psychology*, *Supra* note 91, p.1226;

⁹⁴ *Desmeules c. Infirmiers et infirmières*, [2002] D.D.O.P. 251, 2002 QCTP 71, *Lambert c. Infirmières (Ordre professionnel)*, (T.P., 1997-12-10), [1998] D.D.O.P. 263];

⁹⁵ CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS, « Rapport sur l'inconduite de nature sexuelle dans la relation patient-médecin », *supra* note 15, à la p. 6;

du patient⁹⁶. Un patient peut demeurer vulnérable, même quelques semaines, mois ou voire années après la fin des traitements.

Il est normalement conseillé aux professionnels de la santé d'attendre qu'une longue période de temps ne s'écoule avant de se lancer dans une relation amoureuse ou sexuelle avec un ex-patient. Certains auteurs fixent cette durée à deux ans, surtout dans le cadre d'une relation psychothérapeutique où le lien de confiance et de dépendance est le plus fort⁹⁷. Or, cette période, que l'on peut qualifier de « sécuritaire », n'est qu'une balise indicative et relative qu'il serait prudent d'observer. En effet, il serait préférable d'évaluer chaque situation *in concreto*, afin de pouvoir déterminer la période de temps à être écoulée.

Se prononcer sur la vulnérabilité d'un ex-patient n'est cependant pas une tâche facile, tel que le soulève l'auteure Lassonde :

S'il est légitime de dire que la relation professionnelle se termine lorsque le client n'est plus vulnérable, une kyrielle d'interrogations demeurent néanmoins. En effet, comment par exemple savoir ou prouver à quel moment une personne souffrant de dépression chronique, ayant consulté un psychologue pendant cinq ans, n'est réellement plus vulnérable par rapport à celui-ci?⁹⁸

Afin de déterminer si une relation sexuelle entre un ex-patient et un professionnel de la santé est légitime, le décideur évaluera les circonstances de chaque affaire séparément. Il est cependant important de se rappeler que l'influence d'un thérapeute ne disparaît pas avec la fin de la relation thérapeutique⁹⁹, notamment parce que ce dernier détient une panoplie d'informations confidentielles au sujet de ses patients, tel que nous le rappelle

⁹⁶ Certains ordres professionnels tiennent compte de ces différents facteurs afin de déterminer la durée de la relation professionnelle dans un contexte d'inconduite sexuelle, à ce sujet voir : *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, supra note 86, article 39, *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., c. I-8, r. 9, article 38, *Code de déontologie des psychologues du Québec*, supra note 85, article 26;

Voir également : *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec c. Grenier* (C.D. Inf., 2008-07-22), 2008 CanLII 42602, au par. 47;

⁹⁷ DE NIVERVILLE, Me Patrick, « Les relations sexuelles entre thérapeute et cliente : liaison fatale », 1994, Congrès annuel du Barreau du Québec, Service de la formation permanente, Barreau du Québec, à la p. 60; ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, « Éléments de clarification en ce qui a trait à l'inconduite sexuelle », Fiche déontologique, mai 2002, volume 3, numéro 2;

⁹⁸ LASSONDE, Julie, « Les rapprochements sexuels entre professionnels de la santé et clients », Rapport de recherche, 2009, Association québécoise Plaidoyer-Victimes, à la p. 16;

⁹⁹ *Leon v. Ohio Board of Psychology*, supra note 91, à la p.1224;

l'Association médicale canadienne : « [l]e facteur le plus important est la probabilité que le médecin exploite la confiance, les connaissances et la dépendance qui se sont développées pendant la relation professionnelle. »¹⁰⁰.

La capacité de l'ex-patient à comprendre la différence entre une relation professionnelle et une relation amoureuse sera aussi prise en considération lorsque viendra le temps d'établir la période acceptable. Dans l'affaire *Hirt*, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a jugé qu'un psychiatre n'était pas coupable d'avoir eu des relations sexuelles avec une ancienne patiente six mois après la fin de la relation de soins parce que cette dernière était également psychiatre et qu'elle avait commencé un traitement avec un autre professionnel. Elle était donc en mesure de tracer la ligne entre ses sentiments envers son ex-thérapeute et son besoin d'aide thérapeutique¹⁰¹.

Bien souvent, les tensions sexuelles naissent au cours de la relation de soins. Il n'est donc pas rare de voir que certains professionnels de la santé mettront fin à la relation thérapeutique dans l'espoir de s'engager dans une histoire d'amour ou dans une aventure avec un client¹⁰². Si la séduction a pris naissance lors des traitements mais que les relations sexuelles sont survenues une fois le lien thérapeutique brisé, l'on conclura tout de même que le professionnel de la santé a commis une infraction¹⁰³ puisque c'est à l'occasion de ces séances et dans un climat de confiance que l'« abus »¹⁰⁴ par le professionnel de la santé a pris naissance¹⁰⁵.

Dans des situations extrêmement exceptionnelles, il est acceptable qu'une relation sexuelle surgisse entre le professionnel de la santé et son client une fois la relation de soins terminée seulement si le thérapeute n'abuse pas de la confiance que lui a accordée le patient lors du traitement. Dans tous les cas, il est important de retenir qu'il ne sera

¹⁰⁰ ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, « La relation patient-médecin et l'abus sexuel des patients », Sommaire de politique de l'AMC, 1994, CAN MED ASSOC J 1994; 150 (11), à la p. 1884E;

¹⁰¹ *Cadrin c. Psychologues (Ordre professionnel des)*, supra note 38, à la p. 360 et *Hirt and College of Physicians & Surgeons of British Columbia*, (1987) 34 D.L.R. 331 (B.C.C.A.), p. 336;

¹⁰² *Médecins (Corp. Professionnelle Des) c. Dr René Desautels*, [1993] D.D.C.P. 117 à 119, à la p. 119;

¹⁰³ DE NIVERVILLE, Me Patrick, supra note 97, à la p. 60;

¹⁰⁴ L'abus est un élément énoncé à l'article 59.1 du Code des professions, qui sera élaboré ultérieurement dans le mémoire;

¹⁰⁵ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Ngombo*, supra note 24, à la p. 5;

jamais légitime d'entamer une relation amoureuse ou sexuelle avec son patient si la relation thérapeutique a été interrompue dans le but de vivre une aventure par la suite¹⁰⁶.

1.1.3 L'étendue de la relation thérapeutique

Exercer une profession ou détenir un titre professionnel n'est pas un privilège ou un droit qu'il est bon d'utiliser à temps partiel. Lorsqu'un médecin sort de sa clinique, il n'en demeure pas moins médecin. De la même manière, un avocat doit honorer sa profession, même à l'extérieur de son cabinet ou en dehors de ses heures de travail.

Par ailleurs, en situation d'urgence, le médecin a l'obligation renforcée de porter secours à autrui; en d'autres mots, de par sa profession, il doit sauver toute personne dont la vie est en péril. Cette obligation qui incombe à tout citoyen, est encore plus lourde pour le médecin puisque celle-ci se retrouve également dans le *Code de déontologie des médecins*¹⁰⁷. Un médecin dans la rue, dans un avion, à la maison, dans un restaurant, bref, en tout temps, sera tenu de sauver toute personne en danger¹⁰⁸. À cet égard, son titre ne lui permettra jamais de devenir un citoyen ordinaire. De la même manière, un professionnel de la santé que l'on voit un dimanche à l'épicerie demeure une personne en autorité aux yeux de son patient¹⁰⁹. En d'autres mots, les professionnels ont des « devoirs continus »¹¹⁰ qui ne se limitent pas au cabinet professionnel.

Tant et aussi longtemps que la relation thérapeutique existe, le lieu de travail n'est pas un élément à prendre en considération en matière d'inconduite sexuelle : « [...] tant que ces éléments de pouvoir et de vulnérabilité sont présents, la relation professionnelle existe et peut donc se poursuivre au-delà du « lieu physique de travail » »¹¹¹.

¹⁰⁶ LAMONTAGNE, Yves et BOUCHARD, Jacques, « Exploitation sexuelle des patientes : tolérance zéro », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, no. 2, 1997, p. 306-311, à la p. 309;

¹⁰⁷ *Supra* note 87, à l'article 38;

¹⁰⁸ BEAUPRÉ, Me Mylène, « L'obligation de porter secours : ses sources, son étendue et ses effets particuliers dans le cadre de la médecine d'urgence. », (date inexistante sur le document), à la p. 5, et *Zuk c. Mihaly* (1989) RRA 737 et 738;

¹⁰⁹ LASSONDE, Julie, *supra* note 98, à la p. 16;

¹¹⁰ *Cadrin c. Psychologues (Ordre professionnel des)*, *supra* note 38;

¹¹¹ LASSONDE, Julie, *supra* note p.15;

Un patient ne cesse soudainement d'être vulnérable parce qu'il est à l'extérieur de la clinique médicale ou du lieu d'exercice de son soignant. L'inégalité de pouvoir existant entre un professionnel de la santé et son client ne meurt qu'au moment où la relation thérapeutique prend fin ou, ultérieurement, lorsque le client n'est plus vulnérable.

Le fait de se donner à des activités sexuelles en dehors du lieu physique de travail, a d'ailleurs été considéré par les conseils de discipline comme un signe de préméditation de la part du professionnel, et donc comme un facteur aggravant¹¹².

Certains professionnels tenteront de se défendre en invoquant leur droit à la vie privée; ce qu'ils font chez eux ou dans des lieux privés ne concerne personne. Or, cet argument est hautement contestable. Non seulement un professionnel doit-il adopter un comportement irréprochable durant ses heures de travail, mais il doit également agir de la sorte en tout temps afin de ne pas entacher l'honneur et la dignité de sa profession.

Bien que toute personne ait droit à sa vie privée¹¹³, il faut garder en tête que les professionnels de la santé sont tenus de respecter certaines obligations qui découlent directement de leur statut.

Tous les gestes posés par un professionnel comptent, tant que ceux-ci ont un lien avec sa profession :

Rappelons au départ que la jurisprudence et la doctrine ont toujours soutenu que la déontologie visait non seulement les actes commis dans le cadre formel d'une pratique professionnelle, laquelle s'intéressait également aux actes extérieurs à cette dernière, même à ceux relevant de la vie privée, en autant évidemment qu'ils possèdent un lien avec la profession.¹¹⁴

Fréquemment, les professionnels porteront plusieurs chapeaux; ils seront à la fois professionnel et professeur, professionnel et animateur de groupes de croissance, professionnel et chef d'unité, professionnel et propriétaire etc.

Dans tous les cas, leur titre de professionnel subsistera peu importe le chapeau qu'ils porteront. Dans le cadre de leurs fonctions subsidiaires, ils devront respecter leurs

¹¹² *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Bellahcène*, supra note 25, au par. 12;

¹¹³ *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., chapitre C-12, à l'article 5;

¹¹⁴ *Comité-psychologues-1*, [1983] D.D.C.P. 357, à la p. 376;

obligations déontologiques, sans quoi ils s'exposeront à des plaintes disciplinaires sous le chef de l'article 59.2 du *Code des professions*, article « fourre-tout » qui vise à préserver l'honneur et la dignité de la profession.

La jurisprudence est venue confirmer qu'un professeur au cégep ou à l'université devait observer son code de déontologie, le Code des professions et tout règlement auquel il est soumis en tant que professionnel¹¹⁵ :

[108] Les infractions dont l'appelant a été reconnu coupable sont sérieuses.

[109] Le lieu d'exercice de sa profession était un Cégep et les victimes des étudiantes. Le comportement de l'appelant, sérieux en soi, est aggravé par sa position de professionnel de la santé dans ce milieu. C'est en toute sécurité et en toute confiance que les étudiantes pouvaient s'attendre à être rencontrées par le professionnel.

[110] Certes la preuve établit que l'appelant s'investissait beaucoup dans son milieu en s'y impliquant d'une façon jusqu'à un certain point exemplaire.

[111] Mais ce faisant, il augmentait la confiance que les étudiantes pouvaient avoir en lui et il assumait, du même coup, une responsabilité plus grande et devait éviter tout comportement déviant.

[112] Ce comportement a mené M.-J. R. à croire à un lien amoureux avec l'appelant, lien que celui-ci n'a pas empêché mais plutôt provoqué.

[113] Les victimes étaient encore en formation et recherchaient des modèles: H.L. dit même avoir envisagé une carrière en santé à cause de l'admiration que suscitait chez elle l'appelant.

[114] Le but et l'objectif du droit disciplinaire est la protection du public et, en l'espèce, le public visé sont des jeunes filles fréquentant une institution d'enseignement, un Cégep.

[115] Si ces étudiantes étaient en droit de s'attendre à rencontrer un intervenant dynamique, attentif et impliqué, cet intervenant avait l'obligation non seulement de s'imposer des balises eu égard à ses clients et au milieu où il exerçait mais également de s'assurer, qu'en tout temps, ces balises étaient apparentes, dénoncées et connues des étudiantes. Cela n'a pas été le cas.

(Notre soulignement)

Qu'un professionnel soit impliqué en milieu scolaire, ne le met pas à l'abri d'une plainte disciplinaire pour des gestes qui iraient à l'encontre de la réputation, de l'honneur et/ou de la dignité de sa profession¹¹⁶.

¹¹⁵ *Cantin c. Fortin, ès qualités (infirmiers)*, (T.P., 2001-01-18), 2001 QCTP 6 et *Comité – psychologues – I, supra* note 114;

Dans l'affaire *Cantin*¹¹⁷, on reprochait à l'appelant d'avoir eu des relations sexuelles avec des étudiantes du cégep où il exerçait sa profession d'infirmier. L'un des chefs se lisait d'ailleurs ainsi :

2. Au cours de la session d'automne 1986 et d'hiver 1987, alors qu'il exerçait sa profession d'infirmier au Cégep de Victoriaville, il a posé un acte ou a eu un comportement qui va à l'encontre de ce qui est généralement admis dans l'exercice de la profession en ayant une relation sexuelle avec une étudiante, M.-J.R., contrevenant ainsi à l'article 4.01.01 g) du Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q., c. I-8, r.4, adopté en vertu du Code des professions, L.R.Q., c. C-26.¹¹⁸

L'appelant, à titre de défense, soulevait que les étudiantes visées par la plainte n'étaient pas ses patientes et, donc, que les événements n'étaient pas survenus dans l'exercice de sa profession. Or, selon la Cour supérieure, c'est dans le cadre de son mandat d'infirmier au cégep en question qu'il a rencontré ces étudiantes. Une interprétation faite à la lumière des objectifs du droit disciplinaire étend la notion d'exercice de la profession à un champ beaucoup plus vaste que celui de la simple relation thérapeutique. Dans les circonstances, les gestes posés par l'infirmier Cantin avaient un lien avec l'exercice de sa profession.

Les infractions à caractère sexuel posés sur des personnes autres que des patients directs, mais qui ont tout de même un lien avec l'exercice de la profession, seront punies par d'autres articles que l'article 59.1 du *Code des professions*, puisque cet article vise uniquement les relations professionnel-client. L'article 59.1 se lit d'ailleurs comme suit :

59.1. Constitue un acte dérogatoire à la dignité de sa profession le fait pour un professionnel, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel.

L'article 59.2 du *Code des professions*, article plus global du *Code des professions* qui vise les infractions portant atteinte à l'honneur et à la dignité de la profession, pourra alors être utilisé ainsi que d'autres articles généraux des différents codes de déontologie.

¹¹⁶ *Duval c. Tribunal des professions*, [2010] R.J.Q. 587, 2010 QCCS 339, au par. 108;

¹¹⁷ *Cantin c. Fortin*, (T.P., 2001-01-18), 2001 QCTP 006;

¹¹⁸ *Ibid.*;

Par exemple, dans l'affaire *Comtois*¹¹⁹, on blâmait l'intimé, un psychiatre et chef de service à l'interne du département de psychiatrie, d'avoir eu une relation intime et sexuelle avec une patiente qui était traitée et hospitalisée à l'hôpital où il exerçait sa profession, sans pour autant qu'il soit son médecin traitant. Bien que l'intimé n'ait jamais été le médecin traitant de la patiente, le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec a conclu que la patiente était tout de même vulnérable et, qu'en cas d'urgence, il aurait pu être appelé à la traiter. Finalement, le conseil s'exprima ainsi :

[27] Le moins que l'on puisse dire est que la présente situation illustre de façon très claire les dangers, tant pour la patiente que pour le professionnel, d'un comportement comme celui de l'intimé, qui a accepté de transgresser les limites de la relation professionnelle bien que ce dernier n'a pas eu à traiter cette patiente. Le fait d'être en contact avec celle-ci dans son milieu hospitalier tout en sachant que des collègues de son département de psychiatrie assumaient les soins de cette patiente est tout à fait inadmissible.

[28] Le résumé de la situation fait par la patiente illustre bien que l'intimé a eu un comportement qui ne doit pas être toléré et notamment en raison du fait que cette dernière s'interroge à savoir si l'intimé aurait utilisé des informations contenues dans son dossier médical pour la manipuler. Il est vrai que l'intimé affirme ne jamais avoir consulté le dossier en question, mais il n'en demeure pas moins qu'il aurait pu le faire facilement ce qui peut laisser un doute sur son intégrité comme le soulève la patiente.

Dans cette affaire, la plainte en question était fondée sur les articles 59.2 du *Code des professions*¹²⁰ et 17 du *Code de déontologie des médecins*¹²¹, selon lesquels :

59.2 Nul professionnel ne peut poser un acte dérogoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, ni exercer une profession, un métier, une industrie, un commerce, une charge ou une fonction qui est incompatible avec l'honneur, la dignité ou l'exercice de sa profession.

17. Le médecin doit avoir une conduite irréprochable envers toute personne avec laquelle il entre en relation dans l'exercice de sa profession, notamment envers tout patient, que ce soit sur le plan physique, mental ou affectif.

¹¹⁹ *Paquin c. Comtois* (C.D. Méd., 2011-04-14), 2011 CanLII 22328 ;

¹²⁰ *Code des professions*, supra note 2;

¹²¹ *Code de déontologie des médecins*, supra note 87;

Lorsqu'un professionnel de la santé est condamné au criminel pour des gestes à caractère sexuel, il peut également se retrouver devant le conseil de discipline de son ordre professionnel, même si la victime en question n'est pas une patiente. En effet, l'article 149.1 du *Code des professions* donne au syndic le pouvoir de saisir le conseil de discipline de toute décision canadienne déclarant un professionnel coupable d'avoir commis des infractions criminelles tant et aussi longtemps que celles-ci ont un lien avec l'exercice de la profession¹²².

Afin de voir si des actes commis en dehors de l'exercice professionnel détiennent un lien avec l'exercice de la profession, le conseil de discipline de l'Ordre des infirmières et infirmiers¹²³ a décidé de se pencher sur la gravité des gestes posés, notamment en regardant si ces derniers vont à l'encontre de la raison d'être de la profession et s'il y a atteinte à la dignité et l'honneur de la profession¹²⁴.

Nous considérons que toute infraction criminelle impliquant des gestes sexuels est susceptible de mettre en péril la vie professionnelle de certains intervenants du monde de la santé, notamment ceux dont la profession exige un contact physique¹²⁵. En ce sens, nous ne sommes pas certains que de tels reproches pourraient avoir un impact sur un technicien dentaire dont les activités sont principalement exercées en laboratoire, par exemple.

La mission première du droit disciplinaire étant la protection du public, il est normal de dire que les gestes posés par des professionnels, même en privé, peuvent être sanctionnés dans la mesure où ils ont un lien avec l'exercice de la profession.

¹²² De la même manière, selon le *Code des professions*, une personne peut voir sa demande d'adhésion à un ordre professionnel refusée si elle a commis des infractions de nature criminelle ayant un lien avec l'exercice de la profession en question :

« 45. Le Conseil d'administration peut refuser la délivrance d'un permis, l'inscription au tableau ou toute autre demande présentée dans le cadre de sa candidature à l'exercice de la profession à une personne qui :

1° a fait l'objet d'une décision d'un tribunal canadien la déclarant coupable d'une infraction criminelle qui, de l'avis motivé du Conseil d'administration, a un lien avec l'exercice de la profession, sauf si elle a obtenu le pardon; [...] »

¹²³ *Infirmières et infirmiers c. Mario Duperron*, 2006 D.D.O.P. 84, aux par. 62 à 71;

¹²⁴ GERVAIS, Francis, « Le lien avec l'exercice de la profession : une notion fluide », *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire* 2008, Volume 290, par.168-169;

¹²⁵ Voir notamment l'affaire *Duchesne c. Dufresne* (C.D. Méd., 2008-08-28), 2008 CanLII 43594, aux par. 23 à 27 et *Fortin c. Nguyen* (C.D. Méd., 2007-10-16), 2007 CanLII 73345 aux par.45 à 47;

1.2 Les parties impliquées

1.2.1 Le professionnel

a. Ses moyens de défense

Les professionnels de la santé coupables d'inconduite sexuelle vont souvent tenter de justifier leurs actes en invoquant divers moyens de défense. La jurisprudence permet d'ailleurs d'en identifier une panoplie, puisque les intimés impliqués qui plaident non-coupables ou qui tentent d'alléger leur sanction vont invoquer des excuses qui reviennent invariablement d'une décision à l'autre.

Certains professionnels ont invoqué en défense la théorie du « bienfait thérapeutique », surtout en milieu psychothérapeutique. Cette théorie suppose que le toucher et les rapprochements physiques peuvent être utilisés comme une technique de soins. Dans l'affaire *Sirois*¹²⁶, l'intimé psychologue a tenté de convaincre le conseil de discipline qu'il avait eu des relations sexuelles avec ses patientes afin de mettre en application « de nouvelles approches thérapeutiques en provenance de [la] Californie »¹²⁷.

Évidemment, ce moyen de défense a fortement été rejeté par le conseil de discipline.

Des jugements assez anciens ont cependant reconnu que les attouchements peuvent être utilisés dans un but thérapeutique¹²⁸, tant et aussi longtemps que ces derniers tombent dans la catégorie des approches généralement reconnues par la profession.

Aujourd'hui, la situation est toute autre; un rapprochement à connotation sexuelle ne sera jamais toléré entre professionnel de la santé et patient. Seuls les gestes posés dans la seule intention de soigner seront déontologiquement admis :

*Physician sexual misconduct is behavior that exploits the physician-patient relationship in a sexual way. **Sexual behavior between a physician and a patient is never diagnostic or therapeutic.** This behavior may be verbal or physical, and may include expressions of thoughts and*

¹²⁶ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Sirois* (C.D. Psy., 1994-06-09);

¹²⁷ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Sirois*, *Ibid.*, par. 15;

¹²⁸ *Comité-psychologues-3*, [1979] D.D.C.P. 576 à 584, *Comité-psychologues-1*, *supra* note 114, à la p. 377;

*feelings or gestures that are sexual or that reasonably may be construed by a patient or patient's surrogate as sexual.*¹²⁹

(Notre soulignement)

D'autres professionnels tenteront de convaincre le conseil de discipline que les attouchements sexuels qu'ils ont posés font partie d'un traitement thérapeutique. Dans une récente affaire¹³⁰, un acupuncteur accusé d'avoir massé la poitrine de quatre patientes différentes, et d'y avoir posé des aiguilles, sans raison médicale apparente, a tenté de se défendre en invoquant une technique spécifique de traitement, soit celle des points opposés¹³¹. Or, le conseil de discipline de l'Ordre des acupuncteurs du Québec a jugé qu'une telle technique n'autorisait pas le professionnel à toucher la poitrine de ses patientes¹³².

Par ailleurs, lorsque le toucher devient inévitable au cours de la relation thérapeutique, il est toujours recommandé au soignant d'expliquer au patient les gestes qu'il a l'intention de poser et d'obtenir le consentement de ce dernier¹³³.

L'amour est une autre excuse fréquemment utilisée par les professionnels de la santé accusés d'inconduite sexuelle. En effet, il n'est pas impossible qu'un soignant et son patient partagent de réels sentiments amoureux. Mais ces sentiments permettent-ils à un conseil de discipline d'écarter une faute commise en vertu de l'article 59.1 du *Code des professions*? La jurisprudence a, à maintes reprises, répondu à cette question par la négative¹³⁴, puisqu'il revient au professionnel de prévenir les dérapages amoureux :

Le Comité constate qu'une fois de plus, un professionnel expérimenté a ignoré les règles élémentaires qui doivent régir la relation professionnel-bénéficiaire qui doit prévaloir dans le milieu de la santé et plus particulièrement dans un milieu psychiatrique.

¹²⁹ FEDERATION OF STATE MEDICAL BOARDS, "Addressing sexual boundaries: guidelines for state medical boards", Dallas (TX): FSMB; 2006, online: http://www.fsmb.org/pdf/GRPOL_Sexual%20Boundaries.pdf. Retrieved January 23, 2007, à la p.2;

¹³⁰ *Acupuncteurs c. Zhou* (C.D. Acup., 2012-05-17), 2013 CanLII 31486;

¹³¹ Dans le domaine de l'acupuncture, cette technique vise à appliquer des aiguilles sur les points opposés à la douleur;

¹³² *Ordre des acupuncteurs du Québec c Zhou* (C.D. Acup., 2013-04-16), 2013 CanLII 31486, aux par. 155 à 160;

¹³³ THE COLLEGE OF PHYSIOLOGISTS, "Professional Boundaries in Health-Care Relationships", The Bulletin, Volume 25, no.1, July 1998, p. 3;

¹³⁴ VOIR *DESMEULES C. INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES*, SUPRA NOTE 94;

Dans ce milieu, plus que tout autre, le professionnel doit être extrêmement vigilant, car la vulnérabilité des bénéficiaires et leur besoin d'attention peuvent facilement attirer la compassion. Cette compassion, nécessaire et même souhaitable, ne doit cependant pas faire l'objet d'un aveuglement pouvant aboutir en une relation amoureuse et sur ce qui en découle, comme ce fut le cas dans le présent dossier.

Dans le présent dossier, la partie intimée avait une expérience suffisante pour prévenir la situation dans laquelle elle se retrouve actuellement. Elle exerce sa profession dans cet établissement spécialisé depuis onze ans et y a occupé des postes d'autorité dans les unités où elle a été affectée. Malgré tout cela, il est évident qu'elle a manqué de jugement et ce manque de jugement l'a fait tomber dans le piège.¹³⁵

L'on dit que l'amour se cultive, se développe, s'épanouit, bref ne naît pas du jour au lendemain; il est précédé d'attirance, de chimie et d'échanges. Le professionnel ne doit pas ignorer ces signes et il a l'obligation prendre les mesures nécessaires afin d'éviter toute forme de sexualisation de la relation thérapeutique.

Un guide sur les inconduites sexuelles¹³⁶, élaboré par l'Ordre des acupuncteurs du Québec, identifie certains « signaux d'alarmes » permettant au professionnel d'agir avant que la relation thérapeutique ne se transforme en relation amoureuse ou sexuelle. Parmi ceux-ci, l'on retrouve les indices suivants : « prolonger la rencontre sans raison particulière », « rêver de la patiente » et « confier vos problèmes personnels à la patiente »¹³⁷. Tout professionnel, plus particulièrement dans le domaine de la santé, doit gérer ses émotions et/ou pulsions dans le but ultime de sauvegarder l'aspect thérapeutique de la relation professionnelle.

Les sentiments véritables ou le fait que le professionnel fasse vie commune avec son patient, pourront cependant jouer un rôle au niveau de la sanction. En effet, ces facteurs verront à atténuer la peine des professionnels de la santé coupables d'inconduite sexuelle dans certains cas¹³⁸. L'affaire *Sirois* a d'ailleurs été portée en appel devant le Tribunal des professions quant à la sanction imposée au psychologue par le conseil de

¹³⁵ *Infirmières et infirmiers c. Grenon* (C.D. Inf., 1999-11-05), à la p. 8;

¹³⁶ ORDRE DES ACUPUNCTEURS DU QUÉBEC, « L'inconduite de nature sexuelle dans le cadre d'une relation professionnelle », en ligne : http://www.o-a-q.org/import/L_inconduite_de_nature_sexuelle.pdf

¹³⁷ ORDRE DES ACUPUNCTEURS DU QUÉBEC, *Ibid.*, à la p.5;

¹³⁸ *Ordre des psychologues c. Gendron, supra note 23, Psychologues (Ordre des) c. Boivin* (C.D. Psy., 2003-06-05);

discipline. En première instance, le professionnel coupable de s'être livré à des activités sexuelles avec sa patiente s'est vu imposer une radiation d'un an. Devant le Tribunal des professions, ce dernier a argumenté que cette sanction est trop sévère et que la décision du conseil de discipline ne tient pas compte de plusieurs facteurs atténuants dont « son attachement affectif d'une durée de quelques trois ans » envers sa patiente¹³⁹. Dans les circonstances et, à la lumière d'un ensemble d'éléments atténuants, le Tribunal a conclu qu'une radiation temporaire de trois mois est appropriée.

Certains professionnels joueront le rôle de la victime lorsque viendra le temps de se défendre. Ils diront que c'est le patient qui a initié le geste. La jurisprudence n'a donné aucun mérite à ce moyen de défense puisqu'il revient au professionnel de rejeter toute forme d'avance en provenance de son patient¹⁴⁰ :

The third misconception is that sexual involvement with a patient is acceptable if the patient initiates it. This contention frequently is brought up by attorneys but rarely by therapists as a defense. It has no merit. The responsibility for the relationship always rests with the therapist no matter what the behavior of the patient. Whether or not the patient was seductive is of no concern except as grist for the therapeutic mill.¹⁴¹

(Notre soulignement)

Le consentement du patient est un autre moyen de défense utilisé par plusieurs professionnels de la santé coupables d'inconduite sexuelle. Mais avant toute chose, qu'est-ce que le consentement? Le Larousse définit ce mot comme suit : « action de donner son accord à une action, à un projet »¹⁴². Cette acceptation est pourtant si subjective. Pour certains, une personne pourrait sembler consentante, alors qu'en réalité, cette dernière est hautement vulnérable et ne comprend pas nécessairement les conséquences qui pourraient découler de ses actions.

¹³⁹ *Sirois c. Psychologues (Ordre professionnel des)*, [1996] D.D.O.P., 319 à 323, à la p. 323;

¹⁴⁰ *Psychologues (Corp. Professionnelle des) c. D'Souza*, *supra* note 12;

¹⁴¹ POPE, Kenneth S., BOUHOUTSOS, Jacqueline S., *Sexual Intimacy Between Therapists and Patients*, Praeger, 1986, aux pp. 37 et 38;

¹⁴² <http://www.larousse.com/en/dictionaries/french/consentement>;

Dans un contexte où le professionnel est en position d'autorité et où le patient est plutôt vulnérable, il est très difficile d'affirmer si ce dernier est réellement consentant quand il est question de relations sexuelles avec son traitant. Le consentement en droit disciplinaire n'a pas la même portée qu'en droit criminel, surtout lorsqu'il est question d'inconduite sexuelle. En effet, une relation sexuelle entre deux adultes consentants ne sera pas condamnée au criminel. Aux yeux du droit disciplinaire, le consentement ne peut, en aucun cas, disculper un professionnel qui entretient des relations sexuelles avec son patient même si ce dernier est d'accord.

Lors d'une consultation pour l'adoption de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*¹⁴³, la loi ontarienne régissant les professionnels de la santé, un regroupement d'associations réglementées dans le domaine de la santé s'est prononcé ainsi sur la question du consentement dans un contexte de relations sexuelles entre thérapeute et client :

Returning to the definition of "sexual abuse," however, we wish to point out that Bill 100 in no way addresses the very difficult issue of consent. Is consent, whether real or inferred, a defence against a complaint of sexual abuse when occurring in a trust relationship? We think that no real consent exists in a practitioner-patient relationship and recommend that the legislation confirm that consent cannot be used as a defence, as a mitigating circumstance, in a charge of sexual abuse.¹⁴⁴

(Nos soulignements)

Bien qu'un consentement véritable puisse exister entre un professionnel et son client, la règle de la tolérance zéro, adoptée par nos tribunaux et par les différents ordres professionnels, vient écarter ce moyen de défense. La volonté du patient à s'engager dans une relation sexuelle ou amoureuse avec son traitant ne peut constituer une justification acceptable aux yeux du droit disciplinaire.

Certains professionnels prétendent également que le patient a donné son consentement, alors qu'en réalité ce n'est pas le cas. Pensons seulement à la récente affaire du Dr

¹⁴³ *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, c. 18;

¹⁴⁴ Legislative Assembly of Ontario, Committee Transcripts: Standing Committee on Social Development - November 23, 1993 - Bill 100, Regulated Health Professions Amendment Act, 1993;

Dadourian, dentiste qui aurait qualifié ses activités sexuelles avec sa patiente de « relation d'affaires avec consentement mutuel »¹⁴⁵. Les versions des parties est totalement contradictoire. Alors que le dentiste prétend avoir reçu une fellation de la part de sa cliente en échange d'un montant d'argent et sur une base totalement consensuelle, cette dernière nie le tout en affirmant qu'il s'agit d'une agression sexuelle, le dentiste lui ayant anesthésié la bouche et ayant introduit son pénis dans sa bouche avec la plus grande barbarie¹⁴⁶. Cette contradiction reflète bien, selon nous, le malaise associé à ce dit consentement.

b. Les conséquences de l'inconduite sexuelle sur les professionnels fautifs

Les professionnels reconnus coupables d'inconduite sexuelle font automatiquement l'objet d'une radiation (temporaire ou permanente selon les circonstances) et d'une amende¹⁴⁷. Un avis concernant le retrait de leur permis d'exercice est généralement publié dans un journal local de la ville où ils pratiquent¹⁴⁸. Une étude plus détaillée des sanctions sera faite ultérieurement.

Que la durée de la radiation soit longue ou non, les professionnels coupables perdent leur droit d'exercice pour un certain moment, ce qui peut provoquer chez eux de la culpabilité, de la honte et de la peur de s'exposer au monde extérieur¹⁴⁹.

Certains professionnels perdront leurs femmes et leur emploi, d'autres iront jusqu'à s'installer hors de la ville ou du pays pour éviter le regard des autres. La majorité des soignants repentants iront chercher de l'aide, surtout psychologique, afin de comprendre les raisons qui les ont poussés à poser de tels gestes.

¹⁴⁵ DESJARDINS, Christine, « Sexe au cabinet : « relation d'affaires » soutient le dentiste », 28 mars 2012, en ligne : <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/justice-et-faits-divers/201203/28/01-4510083-sexe-au-cabinet-une-relation-daffaires-soutient-le-dentiste.php> ;

¹⁴⁶ DESJARDINS, Christine, « Sexe chez le dentiste : du cannibalisme dit la plaignante », 29 mars 2012, en ligne :

<http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/justice-et-faits-divers/201203/29/01-4510435-sexe-chez-le-dentiste-du-cannibalisme-dit-la-plaignante.php> ;

¹⁴⁷ *Code des professions*, article 156 alinéa 2;

¹⁴⁸ *Code des professions*, article 156 alinéa 5;

¹⁴⁹ FRÉNETTE, Lyse, *supra* note 40, à la p.187;

Dans de rares cas, les professionnels deviendront même victimes de leur propre inconduite sexuelle :

[30] La preuve démontre que l'intimée est devenue la victime de la relation.

[31] L'intimée, suite à cette relation, a été harcelée de toutes les manières par le patient.

[32] L'intimée vivait une fin de relation avec un autre conjoint et était elle-même fragile.

[33] L'intimée a dû subir un avortement, ne voulant pas avoir un enfant de ce patient.

[34] Le patient s'est servi de cette plainte pour obtenir le remboursement de sommes investies dans du mobilier acquis dans le but d'une vie commune avec l'intimée.

[35] Le patient s'est servi de son ex-conjointe, elle-même psychologue pour devenir la dénonciatrice et plaignante.¹⁵⁰

Finalement, les professionnels de la santé sont également des êtres humains qui ont des sentiments, des problèmes et qui connaissent parfois des moments difficiles, les plaçant ainsi parfois dans des situations délicates. Il ne faut donc pas croire que leur propre inconduite sexuelle ne peut leur nuire personnellement.

1.2.2 Le client

a. La notion de client

L'article 59.1 du *Code des professions* stipule que :

59.1. Constitue un acte dérogatoire à la dignité de sa profession le fait pour un professionnel, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel.

(Nos soulignements)

Notre droit disciplinaire interdit à tout professionnel d'avoir des relations de nature sexuelle avec une « personne à qu'il fournit des services ». Cette notion peut paraître

¹⁵⁰*Psychologues (Ordre professionnel des) c. Pelletier* (C.D. Psy., 2004-11-29);

vague, surtout lorsque l'on sait que cet article s'adresse à cinquante et une professions différentes. La nature d'une profession change automatiquement et inévitablement la définition de ce qu'est un client.

Dans le domaine de la santé, cette notion est plus vaste que le simple client immédiat. En effet, plusieurs autres personnes sont appelées à prendre des décisions pour autrui. Pensons seulement aux titulaires de l'autorité parentale ou aux tuteurs; ce sont eux qui consentent aux soins requis et non-requis par l'état de santé du mineur de moins de quatorze ans¹⁵¹.

Les parents ou les tuteurs peuvent également être appelés à jouer un rôle important en matière d'intervention médicale sur des mineurs de quatorze ans et plus dans certaines circonstances : lorsqu'il y a refus en situation d'urgence¹⁵², qu'il y a inaptitude¹⁵³ et, finalement, que des soins non-requis par l'état de santé présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent avoir des risques graves et permanents sur sa santé¹⁵⁴.

Dans de telles circonstances, il faut conclure que le client n'est pas seulement le patient qui reçoit des soins directs, mais également toute personne qui consent à sa place. C'est d'ailleurs ce qu'est venu confirmer l'affaire *Laprise*¹⁵⁵ :

[61] Le Comité s'exprime comme suit dans sa décision pour trancher l'argumentation soumise par l'appelant:

L'intimé prétend que Mesdames G.B.G. (28-9902605), N.G. (28-9902606) et L.P. (28-9902607) ne sont pas des patientes et il ne peut donc pas faire l'objet d'infraction à cet égard.

Dans le cadre de l'infraction reprochée à l'article 59.1 du Code des professions, le législateur emploie le terme "personne qui établit une relation professionnelle avec le professionnel".

La question se pose notamment dans l'affaire 28-9902605 où la mère a demandé une consultation auprès de l'optométriste pour son enfant.

L'article 14 du Code Civil du Québec énonce que seul le détenteur de l'autorité parentale ou son tuteur peut consentir aux soins du mineur.

¹⁵¹ En ce qui concerne les soins requis par l'état de santé, voir l'article 14 du *Code civil du Québec* et pour les soins non-requis, les articles 18 et 24 du *Code civil du Québec*;

¹⁵² Voir article 16 al. 2 du *Code civil du Québec*;

¹⁵³ Voir article 26 al. 2 du *Code civil du Québec*;

¹⁵⁴ Voir article 17 du *Code civil du Québec*;

¹⁵⁵ *Laprise c. Optométristes*, (T.P., 2003-12-16 (jugement rectifié le 2004-01-21)), [2004] D.D.O.P. 377, 2004 QCTP 009;

Il est donc évident que la seule personne qui a établi une relation professionnelle avec l'intimé est la mère de cet enfant et en ce sens, l'intimé devait respecter ses obligations déontologiques à son égard.

Quant aux dossiers 28-9902606 et 28-9902607, le chef d'infraction vise l'article 12 du Code de déontologie. Le Comité doit se demander si le patient peut être le parent alors que c'est l'enfant qui reçoit les soins.

Les règles d'interprétation portent à donner un sens au terme "patient" comme incluant le parent titulaire de l'autorité parentale.

En effet, le législateur a utilisé, à plusieurs reprises, le terme patient dans le Code de déontologie des optométristes du Québec.

Notamment, en plus des avis et des conseils, l'optométriste doit fournir à son patient les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend (Art. 13 du Code de déontologie des optométristes).

Cette obligation de renseignement s'adresse suivant les auteurs, à la personne qui prendra la décision relative aux soins et qui consentira ou refusera l'intervention proposée. Pour l'enfant mineur de moins de 14 ans, il s'agira du titulaire de l'autorité parentale.

Le terme "patient" utilisé à l'article 13 du Code de déontologie, inclut donc le parent de l'enfant et dans une suite logique, les obligations créées en vertu du Code envers le patient, inclut donc le parent d'un mineur âgé de moins de 14 ans.

Donc, l'appréciation du terme patient ne peut différer entre l'article 13 et le 14 du même Code de déontologie. L'intimé ne peut donc prétendre que ces gestes ne sont pas adressés à un patient et que cet article ne pourrait servir à l'inculper.

[62] Le Tribunal fait sienne l'argumentation de l'intimée [8] lorsqu'il s'agit d'interpréter le sens du mot "patient". On doit reconnaître qu'un même terme peut avoir un sens différent lorsque l'on tient compte du contexte où il est énoncé et ce, bien qu'il existe un principe d'interprétation des lois "qui veut que l'on doive présumer, dans une loi, que le même terme a partout le même sens"[9]. Par ailleurs, l'exigence du consentement aux soins est prévue à l'article 14 du Code civil du Québec qui énonce le droit commun. Les exigences du droit commun doivent servir à interpréter les termes utilisés dans le Code de déontologie car l'interprète doit "favoriser l'harmonie des lois entre elles plutôt que leur contradiction"[10]. Dans le cas en litige, l'interprétation des exigences du Code civil peut être conciliée avec le terme "patient" dans le Code de déontologie.

Ce principe peut également être appliqué aux autres personnes qui consentent pour autrui comme les représentants légaux.

En psychothérapie, le lien parental est encore plus important que dans les autres domaines de la santé. Ce sont les parents qui discutent avec le psychologue ou le

psychiatre des évolutions de l'enfant, qui paient les sessions et qui sont directement affectés par la situation¹⁵⁶.

Un professionnel de la santé ne doit, en aucun cas, tenter d'altérer la relation professionnelle qu'il entretient avec toute personne directement impliquée dans le processus décisionnel, pour la transformer en relation amoureuse ou sexuelle.

Les vétérinaires sont généralement considérés comme des professionnels de la santé. Le *Code de déontologie des médecins vétérinaires*¹⁵⁷ énumère l'article 59.1 du *Code des professions* dans sa liste d'actes dérogatoires¹⁵⁸. Il est clair que les personnes recevant les réels services sont les propriétaires des animaux et non pas les animaux eux-mêmes. Nous pourrions donc conclure qu'un vétérinaire ne pourrait s'engager dans une relation sexuelle avec la personne qui lui confie son animal de compagnie, puisque c'est cette dernière qui consent aux soins qui seront prodigués et qui, en bout de ligne, paie pour les services en question.

Outre les parents, les tuteurs et les représentants légaux, il existe d'autres personnes qui peuvent tomber dans la catégorie du client. En effet, plusieurs se sont questionnés sur le rôle du professionnel de la santé qui agit à titre d'expert. Ce dernier est-il tenu de respecter le code de déontologie de l'ordre professionnel auquel il appartient, notamment les dispositions concernant sa relation avec les patients?

Selon le Collège des médecins du Québec :

Le médecin expert est avant tout un médecin. Par conséquent, le respect de la dignité humaine et des principes éthiques les plus élevés font partie de ses obligations, au même titre que la protection des renseignements sur la santé et la vie privée des personnes soumises à son expertise.

En outre, le médecin expert doit exercer ses fonctions en toute intégrité. Il doit préserver son indépendance professionnelle dans l'exercice de son mandat et exiger des conditions qui lui permettent de bien s'en acquitter. Il doit également acquérir les connaissances et les qualités requises d'un

¹⁵⁶ ORDRE DES PSYCHOLOGUES, fiche déontologique, « Le client », septembre 2004, volume 5, numéro 4, à la p.1;

¹⁵⁷ *Code de déontologie des médecins vétérinaires*, R.R.Q., c M-8, r 4;

¹⁵⁸ *Code de déontologie des médecins vétérinaires*, *Ibid.*, article 45;

expert et tenir à jour la compétence clinique nécessaire à l'exercice de son rôle.

L'expertise doit respecter les mêmes règles de qualité que tout autre acte professionnel accompli par un médecin.¹⁵⁹

(Notre soulignement)

Ce principe a d'ailleurs été appliqué dans le contexte du secret professionnel. La jurisprudence et la doctrine¹⁶⁰ ont établi que le secret médical ne vise pas uniquement les relations professionnelles où un médecin diagnostique et prescrit, mais également les situations où il agit à titre d'expert et émet une opinion. À ce sujet, l'Honorable Jean-Louis Beaudouin s'est exprimé ainsi :

A notre avis, le secret médical ne couvre pas seulement les renseignements divulgués par le patient à son médecin dans le cadre de la relation professionnelle pour lui permettre de poser un diagnostic ou de prescrire un traitement, mais aussi ceux que le médecin constate lui-même en utilisant sa science et son expérience. **Le patient, en effet, en autorisant le praticien à procéder à son examen médical, lui livre en quelque sorte sa personne et abdique son intimité.** Il est donc normal que le médecin soit tenu, vis-à-vis des tiers, à la confidentialité des observations qu'il fait sur la personne de ce patient, la révélation n'étant pas seulement accomplie par la parole.

L'obligation au secret professionnel emporte donc la préservation de la confidentialité, tant dans les relations ordinaires que devant les tribunaux civils. Le médecin, sauf dispense de son client et sous réserve des exceptions reconnues, ne peut être forcé, en témoignage, de divulguer l'information ou de produire des pièces ou documents constatant un fait confidentiel.¹⁶¹

(Notre soulignement)

Suivant ce principe, un médecin ne change pas de profession uniquement parce qu'il n'agit pas comme traitant mais plutôt comme expert. Nous considérons, bien au contraire, que les experts travaillent avec une clientèle particulièrement vulnérable : accidentés, malades, assurés etc. Les professionnels qui œuvrent dans le domaine de l'expertise médico-légale doivent agir avec prudence.

¹⁵⁹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « La médecine d'expertise », Guide d'exercice, septembre 2006, à la p. 15;

¹⁶⁰ *Paul Revere, cie d'assurance-vie c. Chainé* (C.Q., 2000-04-27), [2000] R.J.Q. 1937, voir également : BAUDOUIN, Jean-Louis, *La responsabilité civile*, 4e éd., Revue internationale de droit comparé, vol. 47, no. 1, janvier-mars 1995, aux pp. 263 à 265;

¹⁶¹ BAUDOUIN, Jean-Louis, *Ibid.*, à la p. 660;

Les personnes soumises à une expertise pourraient donc, selon nous, être considérées comme des clients. Toute relation sexuelle entre professionnel de la santé expert et personne évaluée serait prohibée même si l'article 59.1 du *Code des professions* parle d'une « personne à qui il fournit des services ». Nous croyons que cette notion peut être élargie¹⁶² afin d'inclure les individus soumis à une expertise.

Finalement, et tel que mentionné précédemment, les ex-clients sont inévitablement visés par l'article 59.1 puisque les obligations du professionnel de la santé ne meurent presque jamais avec la fin de la relation thérapeutique.

b. Les caractéristiques des victimes d'inconduite sexuelle

Selon un rapport publié par l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, une victime d'inconduite sexuelle est « une personne ayant consulté un professionnel de la santé et ayant eu un rapprochement sexuel avec ce dernier au cours de la relation professionnelle »¹⁶³. Des études américaines révèlent, sans aucune surprise d'ailleurs, que les victimes d'abus sexuels commis par des professionnels de la santé sont majoritairement des femmes, le ratio se situant autour de 89%¹⁶⁴.

¹⁶² Il a été décidé, à multiples reprises, que les dispositions disciplinaires devaient être interprétées de manière large et libérale, plutôt que restrictivement, puisque le *Code des professions* et les différents codes de déontologie ont pour objectif la protection du public, voir à ce sujet : *Tremblay c. Comptables agréés (Ordre professionnel des)*, [1996] D.D.O.P. 179, à la p. 184, *Tremblay c. Dionne* (C.A., 2006-11-06), [2006] R.J.Q. 2614, *Gagnon c. Comptables agréés (Ordre professionnel des)*, (T.P., 2009-06-01), 2009 QCTP 48, *Dunn c. Katz*, (T.P., 2005-03-04), 2005 QCTP 14;

¹⁶³ LASSONDE, Julie, *supra* note 98, à la p.9;

¹⁶⁴ GARTRELL, N.K., MILLIKEN, N., GOODSON III, W.H., THIEMANN S. et BERNARD, L., « Physician-Patient Sexual Contact, Prevalence and Problems », 1995, *Breach of Trust, Sexual Exploitation by Health Care Professionals and Clergy*, California, USA; Et, plus récemment: une étude récente effectuée par BERGERON, Manon, TALBOT-SAVIGNAC, Mariève, et HÉBERT, Martine, « Étude exploratoire sur les inconduites sexuelles entre un-e professionnel-le de la santé et un-e client-e au Québec », en étroite collaboration avec l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, septembre 2012, a établi un profil des victimes d'inconduite sexuelle en fonction du sexe et de l'âge : sur 40 plaintes traitées par les ordres professionnels entre 2005 et 2010, 82,5 % des plaintes concernaient des femmes majeures, 10% des filles mineures et 7,5 % des hommes adultes;

Certaines femmes sont encore plus exposées au risque de devenir victime d'inconduite sexuelle. Une étude¹⁶⁵ révèle que le tiers des agressions sexuelles chez les femmes handicapées sont commises par des professionnels de la santé¹⁶⁶.

Habituellement, les femmes atteintes d'un handicap physique plus ou moins lourd ne seront pas en mesure de se défendre adéquatement et leurs séquelles suite à une agression sexuelle seront assez importantes. Quant à celles touchées par une maladie mentale, elles ne réaliseront peut-être pas que l'on essaie d'abuser d'elles et de leur corps. Peu importe l'importance ou la lourdeur de leur maladie, ces femmes demeurent une cible facile pour les professionnels de la santé à très grand risque.

Dans la même lignée de pensée, les femmes demeurant dans des établissements de longue durée ou recevant des soins à domicile constituent également des cibles faciles puisqu'elles sont isolées et que leur manque d'autonomie les place dans une situation de dépendance envers leur soignant¹⁶⁷.

Plusieurs autres catégories de femmes vulnérables sont aussi à risque, notamment les femmes autochtones, les immigrantes, les prostituées, les sans-abris et celles victimes de violence ou de crimes¹⁶⁸. Certains professionnels de la santé tenteront aussi, dans certains cas, de « soigner » des lesbiennes par le biais de gestes à caractère sexuel, le tout dans le but de régler leur « débalancement sexuel »¹⁶⁹.

Mis à part ces femmes particulièrement vulnérables, les victimes d'inconduite sexuelle peuvent être regroupées en trois catégories distinctes établies par deux psychologues-

¹⁶⁵ MCLEOD, Jane D. and SHANAHAN, Michael J., 1993. "Poverty, Parenting, and Children's Mental Health.", *American Sociological Review*, 58:351-366;

¹⁶⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Les agressions sexuelles : STOP, des actions réalistes et réalisables », Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, 1995, Gouvernement du Québec, en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-807/95-802.pdf>, à la p.38;

¹⁶⁷ BROSSARD, Louise, « Les rapprochements entre un professionnel de la santé et ou une cliente, un interdit, une agression sexuelle, un crime », guide d'information, Association québécoise Plaidoyer-Victimes, 2009, à la p.12;

¹⁶⁸ BROSSARD, Louise, *Ibid.*;

¹⁶⁹ BROSSARD, Louise, *Ibid.*, à la p. 13;

psychothérapeutes, Kenneth Pope et Jacqueline Bouhoutos, en 1986 : le groupe à risques faibles, le groupe à risques moyens et le groupe à risques élevés¹⁷⁰.

Les clients à risques faibles sont ceux dont le passé n'est pas particulièrement mouvementé et qui ont une vie relativement stable et saine. Leurs relations personnelles, amoureuses et sexuelles sont normales, voire agréables. Cependant, le risque les concernant se situe au niveau d'un événement soudain, spécifique et isolé habituellement associé à une relation¹⁷¹.

Les clients à risques moyens sont ceux qui ont connu des relations difficiles et qui semblent être dépendants d'un point de vue psychologique. Parmi eux, se trouvent les clients ayant des troubles de la personnalité, anomalie entraînant des perturbations au niveau des relations sociales et interpersonnelles¹⁷².

Finalement, les clients les plus vulnérables sont ceux faisant partie du groupe à risques élevés. Ces derniers sont caractérisés par un historique assez tumultueux, des idées ou tentatives suicidaires, une dépendance à des substances illicites ou à l'alcool et même, dans certains cas, à un passé marqué par de la violence, de l'abus et des relations incestueuses¹⁷³.

Bien que la plupart des cas d'inconduite sexuelle concernent les femmes, les hommes¹⁷⁴ et les enfants¹⁷⁵ sont aussi, dans certains cas, victimes de cet écart déontologique. Les cas d'abus sexuels subis par les hommes dans le cadre d'une relation thérapeutique sont peu connus puisque la plupart de ces victimes se cachent derrière leur gêne. D'ailleurs, peu d'études sur le sujet ont été publiées¹⁷⁶.

¹⁷⁰ FRÉNETTE, Lyse, *supra* note 40, à la p. 192;

¹⁷¹ FRÉNETTE, Lyse, *Ibid.*, à la p. 192;

¹⁷² FRÉNETTE, Lyse, *Ibid.*, à la p. 192;

¹⁷³ FRÉNETTE, Lyse, *Ibid.*, à la p. 192;

¹⁷⁴ Entre 10% et 20% des victimes sont des hommes, voir BROSSARD, Louise, *supra* note 167, à la p. 13;

¹⁷⁵ LAPIERRE, Hélène et VALIQUETTE, Marie, *J'ai fait l'amour avec mon thérapeute, témoignages sur l'intimité sexuelle en thérapie*, Éditions Saint-Martin, Québec, 2005, à la p.36;

¹⁷⁶ BROSSARD, Louise, *supra* note 167, à la p.13;

Bien qu'il existe au Québec plusieurs cas où la victime n'est pas nécessairement vulnérable, la jurisprudence permet de constater que nombreuses sont les affaires impliquant des personnes avec un passé tumultueux, un état de santé précaire et des troubles affectifs.

c. Les conséquences de l'inconduite sexuelle sur le client-victime

Selon une étude menée par Kenneth S. Pope et Valerie A. Vetter, 90% des victimes d'inconduite sexuelle vivent des répercussions négatives¹⁷⁷. Parmi elles, 11% se font hospitaliser, 14% tentent de se suicider, 1% se suicident réellement et 17% se rétablissent complètement¹⁷⁸.

La plupart du temps, se sont les thérapeutes qui mettent fin à la relation thérapeutique « perversie », plongeant ainsi les patients qui en sont victimes dans un état d'abandon et de douleur¹⁷⁹. Que la décision de mettre fin à une relation sexuelle ou amoureuse provienne du thérapeute ou non, le patient qui en a été victime souffrira à plusieurs niveaux.

Les victimes d'inconduite sexuelle peuvent faire face à plusieurs dommages, physiques ou psychiques, tels que l'ambivalence, le vide intérieur et l'isolation, la dysfonction cognitive, l'instabilité émotionnelle, la confusion sexuelle, la frustration refoulée, le manque de confiance, le renversement des rôles et la confusion dans les limites, la culpabilité et le risque accru de suicide¹⁸⁰.

¹⁷⁷ BROSSARD Louise, *supra* note 167, à la p. 18 et POPE, Kenneth S., « Sex Between Therapists and Clients », online :

<http://kspeope.com/sexiss/sexencyc.php>;

¹⁷⁸ BROSSARD Louise, *supra* note 167, à la p. 3;

¹⁷⁹ FRÉNETTE, Lyse, *supra* note 40, à la p. 180;

¹⁸⁰ FRÉNETTE, Lyse, *Ibid.*, aux pp. 196 et 197 et 181 et 182;

Voir également BEAUCHESNE, A-K. et BOISCLAIR, I., « Les conséquences de l'intimité sexuelle dans un contexte thérapeutique chez la victime », Les Cahiers de PV, avril 2007, aux pp. 14 à 16;

L'ambivalence est un état où la victime se sent particulièrement paralysée d'un point de vue psychologique¹⁸¹; elle est coincée et ne sait plus quel chemin emprunter. D'un côté, elle a envie de dénoncer le professionnel afin de briser le silence. En ce sens, elle désire livrer à la justice cette personne qui l'a trahie, qui a abusé d'elle et qui l'a humiliée. D'un autre côté, elle ressent encore et toujours le besoin de protéger ce thérapeute qu'elle aime tant. Elle est donc partagée entre deux sentiments, l'amour et la haine, ce qui est souvent le résultat d'une manipulation de la part du thérapeute¹⁸².

L'inconduite sexuelle commise par des professionnels de la santé peut également placer les personnes qui en sont victimes dans un état de vide intérieur et d'isolation. Puisque la relation thérapeutique est extrêmement intime, elles auront de la difficulté à partager leurs émotions avec leur entourage, surtout lorsque des gestes à caractère sexuel ont été posés. Cette réalité les incitera donc à s'éloigner de leur famille ou de leurs proches et à se refermer sur elles-mêmes.

« Un seul baiser ou une parole obscène peuvent être humiliants et agressants »¹⁸³, ce qui fait en sorte qu'un patient victime d'abus sexuel de la part de son thérapeute aura beaucoup de difficulté à raconter son histoire de peur d'être jugé. Cette isolation peut être énormément néfaste pour les victimes qui seront prisonnières de leurs propres émotions et qui ne seront pas en mesure de chercher l'aide dont elles ont besoin.

La victime d'inconduite sexuelle peut aussi vivre des problèmes dans sa vie quotidienne, notamment en ce qui a trait à sa concentration et son attention; c'est ce que l'on appelle la dysfonction cognitive. Suite à un abus sexuel de la part de son thérapeute, le patient aura souvent de la difficulté à travailler, à participer à des activités sociales et même, parfois, à respecter sa routine. Sa vie sera d'ailleurs perturbée par l'apparition soudaine

¹⁸¹ BROSSARD, Louise, *supra* note 167, à la p. 18 et POPE, Kenneth S., « Sex Between Therapists and Clients », *supra* note 177;

¹⁸² ORDRE DES ACUPUNCTEURS, « L'inconduite de nature sexuelle dans le cadre d'une relation professionnelle », *supra* note 136, à la p. 2;

¹⁸³ ORDRE DES ACUPUNCTEURS DU QUÉBEC, « L'inconduite de nature sexuelle dans le cadre d'une relation professionnelle », *Ibid.*, à la p. 2;

d'images, de « flash-backs » et de cauchemars. Les trous de mémoire constituent également un trouble cognitif résultant de l'inconduite sexuelle¹⁸⁴.

Non seulement la victime peut-elle être déroutée au niveau de ses habitudes et de ses réflexions, mais elle peut aussi être troublée d'un point de vue émotionnel. Suite à un abus sexuel, une multitude de sentiments peuvent envahir le patient, provoquant chez lui une instabilité émotionnelle. C'est dans un tel contexte que ce dernier vivra des émotions fortes, passant d'une humeur extrêmement joyeuse à un sentiment d'abandon et de haine, le tout en une seule fraction de seconde¹⁸⁵. Il pourra donc décrire un moment triste tout en éclatant de rire ou raconter une blague en pleurant à chaudes larmes.

Aux confusions émotionnelles et psychiques, s'ajoutent les confusions sexuelles. Puisque l'intégrité des victimes d'inconduite sexuelle est indéniablement touchée, ces dernières connaissent souvent des problèmes d'ordre sexuel. Il n'est donc pas étonnant de croire qu'elles auront de la difficulté à avoir des rapports sexuels avec d'autres personnes. Certaines d'entre elles choisissent même l'abstinence. Les images et les « flashbacks », dont il a été question précédemment, peuvent aussi contribuer à envenimer les relations physiques que les victimes peuvent vivre avec d'autres partenaires¹⁸⁶. Inévitablement, ces dernières sont plus vulnérables, réticentes et revivent peut-être les scènes qu'elles ont vécues avec leur thérapeute.

Lors des séances thérapeutiques, ou même lorsque ces dernières prennent fin, les clients victimes d'inconduite sexuelle ressentent une rage intérieure dirigée soit vers le professionnel, soit vers eux-mêmes. Or, dans la majorité des cas, cette frustration est refoulée puisque le patient ne veut pas prendre le risque de perdre son « sauveur » ou a tout simplement peur d'être jugé ou mis à l'écart par son entourage¹⁸⁷. Un tel comportement peut s'avérer hautement destructif pour toute victime d'inconduite sexuelle.

¹⁸⁴ POPE, Kenneth, S., « Sex Between Therapists and Clients », *supra* note 177;

¹⁸⁵ FRÉNETTE, Lyse, *supra* note 40, à la p. 182;

¹⁸⁶ FRÉNETTE, Lyse, *Ibid.*, à la p. 182;

¹⁸⁷ FRÉNETTE, Lyse, *Ibid.*, à la p. 182;

Tel que répété à plusieurs reprises, la relation thérapeutique est une relation unique basée sur la confiance attribuée à un professionnel qui détient toutes les connaissances et les compétences requises pour soigner son patient. L'intimité d'un tel rapport fait en sorte qu'une victime d'abus sexuel se sent trahie et n'est plus en mesure de faire confiance à qui que ce soit, notamment aux professionnels de la santé.

Une autre conséquence de l'abus sexuel commis par des thérapeutes est le renversement des rôles et la confusion des limites. Lorsqu'un professionnel abuse sexuellement de son patient, il ne lui vient plus en aide; c'est le patient qui comble les besoins de son traitant. La raison de la consultation thérapeutique est d'ailleurs écartée en même temps que le rapport professionnel se dénature. La victime, n'étant pas habituée à jouer le rôle du thérapeute, ne sait pas comment agir, ni de quelle manière se comporter, bref elle ne connaît pas ses limites.

Bien que le professionnel soit l'unique et seul responsable de conserver une relation thérapeutique pure et libre de toute tension sexuelle, certaines victimes ressentent une certaine culpabilité. Ce sentiment semble plutôt irrationnel puisque c'est au thérapeute de gérer ses propres impulsions¹⁸⁸.

Il n'est pas étonnant de remarquer que les femmes victimes d'inconduite sexuelle se sentiront plus coupables que les hommes. Ceci n'est d'ailleurs pas surprenant puisque : « women are more often programmed to take responsibility for and feel guilty about relationships and their problems »¹⁸⁹.

Dans plusieurs cas, ces femmes sentiront qu'elles sont la cause de l'abus sexuel, que ce sont elles qui l'ont provoqué. Rappelons, encore une fois, qu'il revient au professionnel de gérer la situation de transfert et contre-transfert. Même si une femme tente de séduire un médecin, celui-ci ne doit pas répondre à ses avances. Il doit être en mesure de la

¹⁸⁸ Kenneth S. POPE, « Sex Between Therapists and Clients », *supra* note 177;

¹⁸⁹ *Ibid.*;

contrôler ou de la référer avant qu'il ne soit trop tard. Certaines personnes n'ont pas la force ni l'aide nécessaire pour mettre un terme à toute la souffrance qu'elles ressentent. Elles choisiront donc le suicide¹⁹⁰.

Il est certain que les conséquences de l'inconduite sexuelle dépendent de plusieurs facteurs dont l'étendue de l'agression, l'intimité de la relation, la fréquence des visites, la manière dont s'est terminée la relation et l'état psychologique du patient.

Évidemment, l'abus sexuel est plus grave lorsque commis sur une patiente psychiatrique dont le passé est déjà marqué par de l'inceste ou une agression sexuelle antérieure. À l'inverse, il est moins grave lorsqu'il découle d'une parole indécente prononcée lors d'une consultation chez le podiatre.

Il faut donc prendre en considération l'âge, l'état et le passé de la victime pour déterminer les conséquences de l'inconduite sexuelle et leur gravité.

1.2.3 Les tierces parties

Outre le patient et le professionnel de la santé, l'inconduite sexuelle peut affecter d'autres personnes qui font partie de l'entourage de la victime, celles que l'on qualifie de « victimes secondaires »¹⁹¹.

En effet, bien qu'elles n'aient pas été physiquement agressées par un professionnel, elles peuvent souffrir des effets qui en découlent.

Les conjoints des victimes directes vont souvent être les premières personnes à être affectées. Après tout, c'est eux qui partagent le quotidien de la victime. Bien souvent, ils seront blessés par l'absence émotive de leur partenaire de vie, par ses changements

¹⁹⁰ Voir un article publié récemment dans le journal La Presse et qui fait état des séquelles des victimes d'inconduite sexuelle, chez les psychologues, notamment du taux de tentative de suicide: MALBOEUF, Marie-Claude, « Inconduites sexuelles des psys : 14 % des victimes tentent de se suicider », La Presse, 6 mars 2013, en ligne : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201303/06/01-4628197-inconduites-sexuelles-de-psys-14-des-victimes-tentent-de-se-suicider.php>;

¹⁹¹ FRÉNETTE, Lyse, *supra* note 40, à la p. 185;

d'humeur ou ses états dépressifs. Ils pourront également connaître des problèmes sexuels avec leur conjoint qui ne désire plus se faire toucher. Ils sentiront un vide émotionnel, de la colère, de la confusion, de l'épuisement psychologique et finiront par craquer, se renfermer sur eux-mêmes et, dans certains cas, demander le divorce ou la séparation¹⁹².

Les parents de la victime pourront se sentir responsables, surtout dans le cas où ce sont eux qui ont amené leur enfant chez le professionnel de la santé fautif¹⁹³.

Les collègues, les amis ou les frères et sœurs de la victime pourront également être affectés, en éprouvant de la peine, de la frustration, de l'impuissance et de l'épuisement¹⁹⁴.

Finalement, les frères et sœurs ou les enfants de la victime pourront subir les conséquences d'un éclatement familial.

¹⁹² BROSSARD, Louise, *supra* note 167, à la p. 22;

¹⁹³ BROSSARD, Louise, *Ibid.*, à la p. 24;

¹⁹⁴ BROSSARD, Louise, *Ibid.*, à la p. 23;

2. L'INCONDUITE SEXUELLE ET LE SYSTÈME DISCIPLINAIRE QUÉBÉCOIS

2.1 L'encadrement juridique de l'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé

2.1.1 L'article 59.1 du *Code des professions* et ses composantes

a. La notion d'abus

L'article 59.1, tel que libellé, interdit aux professionnels d'abuser de leur relation professionnelle pour avoir avec leurs clients des relations sexuelles, pour poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou pour tenir des propos abusifs à caractère sexuel. Mais comment définir la notion d'abus dont il est souvent question dans cet article? Selon le dictionnaire Larousse, un abus est un « usage excessif d'un droit, d'un pouvoir, d'une fonction par son titulaire »¹⁹⁵.

Dans le contexte de l'article 59.1, il a été décidé que tout geste à caractère sexuel posé sur un patient est abusif. En effet, la nature de la relation thérapeutique fait en sorte que tout geste à connotation sexuelle, et non médicalement requis, est considéré comme un abus de pouvoir, tel que mentionné dans l'affaire *Lambert*¹⁹⁶:

L'appelant expose que même s'il a eu des relations sexuelles avec la patiente, et qu'il lui a donné un baiser, il n'y a aucune preuve que ces actes ont été abusifs.

Manifestement c'est à la façon dont l'acte a été commis que l'appelant rattache le qualificatif d'abus. L'intimé pour sa part le rattache à l'acte lui-même.

L'infirmier qui dans l'exercice de ses fonctions est amené à poser des actes qui peuvent être sexuels (différents traitements requis) ne commet pas un acte abusif. **Tout acte, par contre non médicalement indiqué, s'il est à caractère sexuel, de même que tout propos semblable non requis médicalement est abusif** Il faut rappeler le contexte. Il s'agit d'un article du *Code des professions* qui régit l'exercice, en l'espèce de la profession d'infirmier. C'est dans ce contexte que l'interprétation doit se faire.¹⁹⁷

(Nos soulignements)

¹⁹⁵ Le Petit Larousse Illustré, Paris, 2001, à la p. 31;

¹⁹⁶ *Lambert c. Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des)*, supra note 94;

¹⁹⁷ *Ibid.*;

Le professionnel de la santé, tel que discuté précédemment, est en position d'autorité et a le pouvoir de « dominer et d'influencer »¹⁹⁸. Le patient, de son côté, est vulnérable et en quête d'aide. Dans de telles circonstances, il revient au professionnel d'agir convenablement.

Nous avons également vu, qu'en matière de droit disciplinaire, le consentement du patient ne peut jamais être pris en considération lorsqu'il y a rapprochements sexuels entre professionnel et client, puisque ce consentement n'est presque jamais libre et éclairé dans le contexte d'une relation de soins.

Avant même l'adoption de l'article 59.1, l'inconduite sexuelle était perçue comme une infraction portant directement atteinte à l'honneur et la dignité de la profession. L'on assimilait d'ailleurs les gestes sexuels posés par des professionnels de la santé à un abus de pouvoir et de confiance¹⁹⁹.

Un rapport, le « Final Report of the Special Task Force on Sexual Abuse of Patients »²⁰⁰, résume très bien la position quotidienne dans laquelle se retrouvent les professionnels de la santé :

[TRADUCTION] Les médecins doivent admettre qu'ils ont du pouvoir et du prestige et qu'il peut arriver qu'un patient mette à l'épreuve l'étanchéité de la frontière qui les sépare. Il appartient TOUJOURS au médecin de savoir ce qui est opportun et de ne jamais permettre que la relation en vienne à revêtir un caractère sexuel.²⁰¹

Ce principe constitue d'ailleurs un des arguments sur lesquels les différents ordres professionnels se sont basés pour établir la politique de tolérance zéro²⁰² en matière

¹⁹⁸ *Norberg c. Wynrib*, *supra* note 10;

¹⁹⁹ DE NIVERVILLE, Me Patrick, *supra* note 97, à la p.61;

²⁰⁰ College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO), 1991; Ce rapport contient de nombreuses recommandations au gouvernement ontarien afin que soient apportées des modifications au "Regulated Health Professions Act", avant que cette dernière loi n'entre en vigueur. Ces recommandations visaient l'encadrement des abus à caractère sexuel commis par les professionnels de la santé et ont permis l'adoption de dispositions plus vigoureuses en matière d'inconduite sexuelle;

²⁰¹ COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO (ci-après CPSO), "Final Report of the Special Task Force on Sexual Abuse of Patients", 1991, à la p. 12;

²⁰² *Psychologues (Corp. Professionnelle des) c. D'Souza*, *supra* note 12, aux pp. 282 et 283 : « Vu les dispositions prévues au Code de déontologie des psychologues prohibant de façon spécifique les rapports sexuels avec une cliente, considérant l'attitude des auteurs et des tribunaux qui condamnent ce genre de comportement de la part des thérapeutes et l'absence de tolérance à cet égard qui de nos jours fait consensus dans l'opinion publique, le Tribunal croit qu'une radiation (provisoire ou même

d'inconduite sexuelle; que le professionnel soit l'auteur d'un simple baiser sur la joue, d'un attouchement mineur, de paroles déplacées ou de relations sexuelles complètes, l'on conclura à un abus de sa part.

La tolérance zéro est un principe selon lequel aucune circonstance n'excuse l'inconduite sexuelle. Ainsi, lorsqu'un professionnel de la santé pose des gestes à caractère sexuel sur un patient, il sera toujours coupable.

Des rapprochements sexuels entre professionnel de la santé et patient, même suivis d'un mariage ou d'une cohabitation, ne peuvent être acceptables. La majorité du temps, les relations intimes débutent à l'occasion de la relation professionnelle, pour se poursuivre après sa terminaison²⁰³. Dans de telles circonstances, l'on assimile tout geste intime posé dans le cadre thérapeutique à un abus, que ce dernier mène à une fin heureuse ou non.

Dans l'affaire *Desmeules*²⁰⁴, le conseil de discipline de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a conclu que l'intimé et sa patiente n'auraient jamais développé de relation intime s'ils ne s'étaient pas rencontrés dans un contexte de relation de soins, jugeant ainsi que le professionnel a profité de sa position et du lien thérapeutique pour entamer une relation amoureuse avec sa patiente. Cette décision fut d'ailleurs confirmée en appel²⁰⁵.

La prémisse veut donc que toute forme d'inconduite sexuelle soit considérée comme de l'abus, qu'il y ait consentement du patient ou non. En effet, en présence de rapprochements sexuels entre un professionnel de la santé et son patient, le conseil de discipline conclura que le professionnel a profité de sa position d'autorité pour en arriver à ses fins. L'on peut notamment penser qu'il a utilisé des renseignements confidentiels sur son client pour mieux le connaître et anticiper ses réactions, qu'il s'est servi de son pouvoir ou de son prestige pour l'intimider ou qu'il a tout simplement

permanente dans les circonstances) s'impose d'emblée de préférence à une amende pour sanctionner une telle déviation professionnelle »;

²⁰³ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Ngombo, supra note 24, au par. 20;*

²⁰⁴ *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Desmeules (C.D. Inf., 2001-05-30);*

²⁰⁵ *Desmeules c. Infirmiers et infirmières, [2002] D.D.O.P. 251;*

bénéficié de sa naïveté ou vulnérabilité. Dans tous les cas, il sera fautif d'avoir abusé de son pouvoir de soignant.

Le degré de l'abus varie cependant en fonction de la gravité de la situation; plus le client est vulnérable, et plus l'exploitation sera considérée comme étant importante. Ce facteur aggravant sera pris en considération lors de la détermination de la peine, et non pas lors de la décision sur culpabilité²⁰⁶.

b. Les gestes et paroles prohibés selon l'article 59.1

L'article 59.1 interdit « les relations sexuelles », « les gestes abusifs à caractère sexuel » et « les paroles abusives à caractère sexuel ». La première catégorie d'actes répréhensibles dont il est question vise toutes les relations sexuelles avec ou sans pénétration : sexe oral, pénétration vaginale ou anale, fellation, cunnilingus etc.²⁰⁷

La deuxième catégorie, « les gestes abusifs à caractère sexuel », fait référence à des caresses, à de simples frôlements, à des attouchements à travers les vêtements ou directement sur un corps nu, à des rapprochements, à des regards indécents, à des incitations à regarder de la pornographie, à un déshabillage, à des baisers, à une invitation à se masturber²⁰⁸. Cette catégorie n'étant pas limitée à ces exemples, inclut tout geste à connotation sexuelle qui n'est pas requis par l'intervention médicale²⁰⁹.

Il est important de retenir que cette catégorie est vaste afin d'inclure tout agissement qui pourrait sembler le moins sexuel, dans un but ultime de protéger le public. Par exemple, filmer des patientes à leur insu alors qu'elles sont dévêtues à la demande du professionnel est considéré comme une contravention à l'article 59.1 du *Code des professions* et tombe dans la catégorie des gestes abusifs à caractère sexuel. Un

²⁰⁶ *Lambert c. Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des)*, [1998] D.D.O.P. 263, à la p.29;

²⁰⁷ BROSSARD, LOUISE, *supra* note 167, à la p. 9;

²⁰⁸ BROSSARD, Louise, *supra* note 167, à la p. 9, voir aussi COLLÈGE DES MÉDECINS, « Inconduite de nature sexuelle dans la relation médecin-patient », dépliant, octobre 2008, à la p.2;

²⁰⁹ *Lambert c. Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des)*, *supra* note 94;

pneumologue ayant plaidé coupable à une telle infraction s'est d'ailleurs vu imposer une radiation temporaire de quatre mois ainsi qu'une amende de mille dollars²¹⁰.

Un examen médical inapproprié peut également constituer de l'inconduite sexuelle. En effet, procéder à des examens non requis par l'état de santé d'un client, notamment en touchant ce dernier à des endroits intimes peut donner lieu à une plainte sous l'article 59.1 du *Code des professions*. Dans l'affaire *Dubois*, un infirmier a été déclaré coupable d'avoir posé des gestes abusifs à caractère sexuel, notamment en examinant les hanches, l'abdomen et les seins de sa cliente alors que non-requis par son état de santé²¹¹.

Finalement, le simple fait d'observer une patiente se vêtir ou se dévêtir constitue de l'inconduite sexuelle, surtout si le contexte mis en preuve devant le conseil de discipline permet de conclure à une atmosphère sensuelle et/ou sexuelle :

[94] Les chefs 3 et 4 de la plainte reprochent tous les deux à l'intimé d'avoir omis de couvrir la patiente au moment de ses injections et d'être demeuré dans la chambre pour l'observer lorsqu'elle remettait ses vêtements. Au chef numéro 3, cette conduite est qualifiée de geste abusif à caractère sexuel, alors qu'au chef numéro 4, le plaignant reproche à l'intimé d'avoir ainsi eu un comportement allant à l'encontre de ce qui est généralement admis dans l'exercice de la profession et de ne pas avoir respecté l'intimité de la patiente.

[95] Le comité estime que compte tenu de l'ensemble du contexte mis en preuve, cette conduite de l'intimé doit effectivement être qualifiée de geste abusif à caractère sexuel. En effet, analysé à la lumière des commentaires de l'intimé à l'égard du corps de la patiente et de ses sous-vêtements, le fait qu'à chaque visite, non seulement l'intimé demeurait dans la chambre mais au surplus, regardait la patiente lorsqu'elle se rhabillait, acquiert un caractère sexuel qui suffit à déclarer l'intimé coupable de ce reproche. Au surplus, les contradictions et les imprécisions dans les différentes versions de l'intimé à ce sujet sont également de nature à convaincre le comité que tel est le cas.²¹²

En d'autres mots, toute action ou inaction peut être considérée comme de l'inconduite sexuelle si l'intimité du patient est menacée par les agissements du professionnel de la santé.

²¹⁰ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Rabinovitch*, (C.D. Méd. 24-09-00707, 8 février 2011, CanLII 27091 (QC CDCM));

²¹¹ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Dubois*, C.D. Méd., 2011-02-08);

²¹² *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. St-Pierre*, (C.D. Inf., 2008-09-22);

Afin d'éviter une plainte disciplinaire fondée sur l'article 59.1 du *Code des professions*, le professionnel de la santé de bonne foi devrait expliquer à son client toute démarche qu'il désire entreprendre, surtout si le lien entre les gestes qu'il veut poser et l'état de santé de son client n'est pas clair. Une telle façon d'agir instaure un climat de confiance au sein de la relation thérapeutique.

La troisième catégorie, « les paroles abusives à caractère sexuel », peut être très vaste. Il est capital pour le professionnel de la santé d'évaluer sa clientèle et de faire attention aux mots qu'il utilise lors de ses consultations. En effet, certaines paroles peuvent recevoir des interprétations différentes. Une personne très vulnérable pourrait se sentir hautement choquée par des paroles déplacées.

Dans l'affaire *Pilorgé*, il a été établi que le fait de demander à sa patiente, malgré son refus, de baisser sa culotte et si elle désirait être touchée²¹³ constituait des propos proscrits par l'article 59.1 du *Code des professions*. Inciter son client à découvrir son corps et sa sexualité ou lui proposer de l'aide dans le but d'atteindre un orgasme ou d'améliorer sa santé sexuelle²¹⁴, constitue également des propos sexuels au sens de l'article 59.1.

Un professionnel de la santé devrait éviter de passer des commentaires à connotation sexuelle sur l'aspect physique de son patient²¹⁵, de lui poser des questions personnelles sur sa vie sexuelle²¹⁶ sauf lorsque requis par le traitement, de partager ses fantasmes avec lui, de l'inciter à prononcer des paroles à caractère sexuel, et d'utiliser des « mots doux » pour l'interpeller, etc.²¹⁷

Des commentaires sur les traits physiques d'un patient pourront également être considérés, dans la majorité des cas, comme des propos à caractère sexuel. Dans

²¹³ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Pilorgé* (C.D. Méd., 2009-10-08), à la p. 2;

²¹⁴ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Grégoire*, (C.D. Méd. 2009-01-28), à la p. 2;

²¹⁵ *Ordre des acupuncteurs du Québec c. Zhou*, *supra* note 132;

²¹⁶ *Médecins c. Phan* (C.D. Méd., 2011-08-11);

²¹⁷ *Ordre des psychologues du Québec c. Bolduc* (C.D. Psy., 2007-07-17), voir aussi BROSSARD, Louise, *supra* note 167, à la p. 8 et COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF NOVA-SCOTIA, "Sexual Misconduct in the Physician-Patient Relationship", online :<http://www.cpsns.ns.ca/Portals/0/Guidelines-policies/sexual-misconduct-physician-patient-relationship.pdf>;

l'affaire *St-Pierre*²¹⁸, l'infirmier avait mentionné à sa patiente qu'elle avait de beaux seins fermes, que son mari devait être content et qu'elle avait de beaux sous-vêtements. Les consultations professionnelles avaient lieu au domicile de la patiente, ce qui, selon le procureur de la syndique adjointe de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, devait être considéré comme un facteur aggravant dans les circonstances :

[71] Concernant le chef no. 2 de la plainte, le procureur affirme que la preuve a démontré que des propos avaient été tenus sur les seins de la patiente ainsi que sur ses sous-vêtements, et qu'il s'agit, selon lui, de propos à caractère sexuel. Il précise que cette patiente reçoit des soins à domicile et que dans un tel cas, il faut faire preuve d'encore plus de prudence. Il soumet qu'il est inapproprié de tenir de tels propos afin de détendre l'atmosphère et ajoute que même si ces propos avaient pour but de l'aider et de lui faire plaisir, ils étaient tout de même inappropriés. Il rappelle par ailleurs que l'intimé a affirmé à la plaignante qu'il ne se souvenait pas d'avoir tenu de tels propos mais qu'il n'était pas dans ses habitudes d'agir ainsi dans l'exercice de sa profession.²¹⁹

Le professionnel de la santé doit agir avec prudence et s'abstenir de prononcer des paroles qui pourraient porter à confusion, surtout parce qu'il travaille avec une clientèle particulièrement vulnérable. Il doit notamment être conscient des éléments qui pourraient éventuellement sexualiser la relation thérapeutique. Il est donc important qu'il prenne la personne qui vient le consulter comme elle est. Afin d'éviter que ses propos soient mal interprétés, il est conseillé qu'il s'abstienne de passer des commentaires inutiles sur l'aspect physique de ses patients ou de leur poser des questions intimes qui ne sont pas médicalement requises.

Évidemment, l'interdiction de prononcer des paroles à connotation sexuelle n'est pas limitée aux rencontres au cabinet médical. En effet, celle-ci s'étend aux conversations téléphoniques²²⁰, à la messagerie cellulaire, aux courriels et à tout autre type de communication permettant l'échange de messages. Tant et aussi longtemps que la relation thérapeutique perdure, ou que le patient se montre vulnérable, les paroles à connotation sexuelle sont interdites, peu importe le moyen par lequel celles-ci sont

²¹⁸ *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. St-Pierre*, supra note 212;

²¹⁹ *Ibid.*;

²²⁰ Dans l'affaire *Jobin*, l'intimé avait plaidé coupables aux infractions qui lui étaient reprochées en vertu de l'article 59.1 du Code des professions. Le médecin en question avait entre autres admis avoir eu des conversations téléphoniques érotiques avec sa patiente alors que celle-ci était hautement vulnérable et souffrait de problèmes psychologiques importants. *Médecins (Ordre professionnel des) c. Jobin*, (C.D. Méd., 2011-05-09);

véhiculées. Il est capital que le professionnel de la santé fasse attention à ses paroles. En effet, des « mots doux » ou des questions intimes peuvent installer un climat sensuel au sein de la relation thérapeutique, menant ainsi inévitablement à des rapprochements sexuels entre soignant et soigné.

Dans le cas du psychologue *Sirois*²²¹, le conseil de discipline de l'Ordre des psychologues du Québec a conclu que l'intimé a « créé un climat de sensualité malsain, tant par ses propos que par ses gestes ». Ce dernier avait, entre autres, demandé à sa cliente de lui parler de ses fantasmes, tout en s'impliquant personnellement dans le processus. Des propos tels que : « affirme-toi comme femme », « qu'est-ce que tu ressens devant moi? », « comment me vois-tu comme homme? » ont été prononcés par l'intimé, altérant ainsi la relation thérapeutique. Le psychologue avait même invité sa patiente à s'adresser à son pénis²²².

Afin de déterminer si des gestes ou paroles sont acceptables d'un point de vue déontologique, il faut se questionner sur leur raison d'être. Tant et aussi longtemps que ceux-ci n'ont pas de valeur médicale ou curative, ils sont interdits s'ils touchent la vie sexuelle du patient.

Dans l'affaire *Phan*²²³, l'on reprochait à l'intimé d'avoir posé des questions à sa patiente sur sa vie sexuelle alors que cette dernière le consultait pour des migraines accompagnées de pertes de vue. Une telle intervention de la part du médecin n'était pas requise d'un point de vue médical. Les questions posées à la cliente ont donc été assimilées à des propos de nature sexuelle²²⁴.

Parfois, un simple baiser sur la joue ou une petite accolade peuvent venir troubler un patient. Il faut garder en tête que les clients ne sont ni des amis, ni des parents, ni des conjoints. Ils viennent consulter un professionnel de la santé afin d'obtenir une opinion objective sur leur état de santé.

²²¹ *Psychologues (Ordre des) c. Sirois*, supra note 126;

²²² *Ibid.*, aux pp. 3 et 4;

²²³ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Phan*, supra note 216;

²²⁴ *Ibid.*;

c. Les personnes visées par l'article 59.1 du *Code des professions*

L'article 59.1 s'applique à tous les professionnels visés par le *Code des professions*, dont à ceux relevant du domaine de la santé, soit les acupuncteurs, les audioprothésistes, les dentistes, les denturologistes, les diététistes, les ergothérapeutes, les hygiénistes dentaires, les infirmières et infirmiers, les infirmières et infirmiers auxiliaires, les inhalothérapeutes, les médecins, les opticiens d'ordonnance, les optométristes, les orthophonistes et audiologistes, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les psychologues, les podiatres, les sages-femmes, les techniciens et techniciennes dentaires, les technologistes médicaux, les technologues en imagerie médicale et en radio-oncologie, les technologues professionnels²²⁵.

Le *Code des professions* est la Loi de référence en droit disciplinaire, et doit être observé par tous les professionnels, peu importe leur domaine d'expertise ou la nature de leur emploi.

L'article 59.1 est libellé de manière générale, nous permettant ainsi de le qualifier d'article « fourre-tout ». En effet, aucun des critères de l'article n'est défini de manière précise, laissant ainsi le soin aux tribunaux de l'interpréter selon le contexte particulier de chaque profession et, s'il y a lieu, par le biais des codes de déontologie ou autres règlements²²⁶.

Les éléments de l'article 59.1 peuvent donc varier d'une profession à l'autre. Par exemple, la durée de la relation professionnelle ne sera pas nécessairement la même pour un médecin et un géologue. Tel que vu précédemment, dans le domaine des soins, la relation thérapeutique ne meurt presque jamais avec la fin des traitements, notamment à cause du lien fiduciaire existant entre soignant et soigné et la vulnérabilité du patient.

Lorsqu'un professionnel pose des gestes à caractère sexuel sur son client, une plainte est normalement déposée à son égard en vertu de l'article 59.1. Cependant, s'il existe dans

²²⁵ Voir annexe 1 du *Code des professions*;

²²⁶ Pouvoir qui n'est pas pleinement exploité par les ordres professionnels, à cet effet voir la partie 3.3.2 du présent mémoire;

le code de déontologie du professionnel en question une disposition spécifique sur l'inconduite sexuelle, celle-ci sera également ajoutée au libellé de la plainte.

2.1.2 Les codes de déontologie

Les ordres professionnels ont le devoir de contrôler l'exercice de la profession par leurs membres. Ils sont d'ailleurs dotés d'un pouvoir réglementaire assez important conféré par le *Code des professions* les obligeant notamment à adopter un code de déontologie²²⁷. Ce code doit régir plusieurs aspects de la pratique des professionnels, et plus précisément ceux ayant trait au secret professionnel, aux conflits d'intérêts, aux métiers incompatibles avec la profession, au droit d'accès, à la publicité et aux infractions criminelles²²⁸. Le *Code des professions* n'exige pas des ordres professionnels qu'ils adoptent un article précis sur les inconduites sexuelles, bien que ces infractions constituent une atteinte directe à la dignité et à l'honneur des professions. Les ordres professionnels disposent donc d'un pouvoir discrétionnaire d'inclure ou non dans leur code de déontologie une disposition précise sur les infractions de nature sexuelle.

Il existe au Québec vingt-quatre ordres professionnels relevant du domaine de la santé. Cinq de ces ordres professionnels ont fait bon usage de leur pouvoir réglementaire et ont inclus dans leur code de déontologie un article précis sur l'inconduite sexuelle, soit les psychologues, les infirmières et infirmiers, les médecins, les physiothérapeutes et les conseillers et conseillères en orientation.

L'article 26 du *Code de déontologie des psychologues du Québec*²²⁹ n'interdit pas seulement les relations sexuelles, mais également les relations amoureuses et amicales. Cet article reprend les éléments principaux de l'article 59.1 du *Code des professions*, tout en étendant son champ d'application. Les psychologues ont aussi pris le soin d'y mentionner les éléments à prendre en considération pour établir la durée de la relation thérapeutique, soit : la nature de la problématique, la durée des services rendus, la

²²⁷ *Code des professions*, à l'article 87;

²²⁸ *Ibid.*;

²²⁹ *Supra* note 85;

vulnérabilité du patient et la probabilité que ce dernier ait encore besoin de consulter le professionnel en question²³⁰.

L'article 38 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* suit la même idée et interdit les liens d'amitié, intimes, amoureux ou sexuels avec les patients, tout en définissant la durée de la relation professionnelle de la même manière que les psychologues. Les physiothérapeutes disposent d'un article quasi-identique²³¹, à l'exception des relations amicales. Les éléments servant à établir la durée de la relation thérapeutique sont les mêmes que chez les psychologues et les infirmiers.

Finalement, les médecins ont repris les éléments de l'article 59.1 du *Code des professions* et ont inséré dans leur code de déontologie un article interdisant au médecin d'abuser de sa relation professionnelle afin d'avoir des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos à caractère sexuel, sans toutefois aborder la question de la durée de la relation thérapeutique²³².

Les membres de ces ordres professionnels seront tenus d'observer deux articles en matière d'inconduite sexuelle : l'article 59.1 du *Code des professions* et l'article spécifique de leur code de déontologie.

La raison d'être des quatre professions citées ci-haut exige une très grande proximité physique avec une clientèle assez vulnérable. L'insertion d'une disposition précise sur l'inconduite sexuelle dans leur code de déontologie respectif est très importante afin de définir des notions qui peuvent paraître floues à la lecture de l'article 59.1 du *Code des professions*, telle que la durée de la relation professionnelle. Ces dispositions rappellent au professionnel que la relation thérapeutique n'est pas limitée au moment où les services sont rendus.

²³⁰ *Ibid.*, article 26 alinéa 2;

²³¹ *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, supra note 86, à l'article 39;

²³² *Code de déontologie des médecins*, supra note 87, à l'article 22;

Le fait d'inclure les relations d'amitié, amoureuses et intimes dans le même article que les relations sexuelles lance un message clair aux membres : entretenir des relations trop familières peut mener à un abus et, éventuellement, à de l'inconduite sexuelle.

Dans l'affaire *Ouellette*²³³, la syndique adjointe n'avait pas été en mesure de prouver l'existence d'une relation sexuelle entre le physiothérapeute et sa patiente. Or, ces derniers avaient eu de nombreuses conversations téléphoniques jusqu'aux petites heures du matin. La plainte dans ce dossier a donc été déposée en vertu de l'article 39 du *Code de déontologie des physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique*²³⁴, qui stipule que :

39. Pendant la durée de la relation professionnelle, le membre ne peut établir de liens intimes, amoureux ou sexuels avec le client.

La durée de la relation professionnelle s'établit en tenant compte, notamment, de la vulnérabilité du client, de son problème de santé, de la durée des traitements et de la probabilité d'avoir à redonner des traitements à ce client.

La plainte reprochait essentiellement au professionnel d'avoir entretenu une relation intime avec sa cliente.

Seulement sept ordres professionnels du domaine de la santé ne font que mentionner l'article 59.1 du *Code des professions* dans leur code de déontologie, notamment en l'assimilant à un acte portant atteinte à l'honneur et à la dignité de la profession.

Essentiellement, ces ordres professionnels citent l'article 59.1, sans pourtant en définir la portée. Nous savons que certaines notions de cet article peuvent être interprétées de manière différente d'un ordre professionnel à l'autre. Par exemple, la durée de la relation professionnelle est-elle la même chez les psychologues et chez les techniciens dentaires? Faudrait-il qu'un technicien dentaire attende plusieurs mois ou années avant de pouvoir entretenir une relation sexuelle avec l'un de ses clients, comme chez les

²³³ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Ouellette*, (C.D. Phy., 2011-06-03);

²³⁴ *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, supra note 86;

psychologues? Peut-on dire que le lien professionnel entre un médecin et son patient est aussi fort qu'entre une hygiéniste dentaire et son client?

Pareillement, un même geste sera-t-il considéré comme de l'abus sexuel d'une profession à l'autre? Une étude récente nous permet de constater que les ordres professionnels ont une différente perception de ce qu'est l'inconduite sexuelle, soit :

Les résultats sont issus des entrevues individuelles au cours desquelles la question suivante était posée aux représentants des ordres professionnels : « Selon votre Ordre, quels sont les gestes ou les comportements considérés comme de l'inconduite sexuelle de la part d'un professionnel? » Malgré le fait que certaines réponses puissent être semblables, les ordres présentent tout de même certaines divergences en ce qui a trait aux représentations de cette problématique. Puisque chaque ordre a une pratique professionnelle qui lui est propre, cette section permet donc de dégager les similitudes et les différences en termes de conceptions de l'inconduite sexuelle pour l'ensemble des ordres.²³⁵

(Notre soulignement)

Les résultats de cette étude ont été compilés dans un tableau que nous avons pris le soin de joindre au présent mémoire, en annexe 3²³⁶.

2.2 Le cheminement d'une plainte en vertu de l'article 59.1 du *Code des professions*

2.2.1 Le rôle du syndic

« Le syndic joue un double rôle, soit à la fois celui d'un enquêteur, bénéficiant alors d'importants pouvoirs d'enquête, et celui de dénonciateur ou de plaignant devant le comité de discipline. »²³⁷.

Le syndic d'un ordre professionnel dispose d'un large pouvoir d'enquête en vertu de l'article 122 du *Code des professions*. Cet article prévoit que le syndic peut mener une enquête dès le moment où il obtient une information à l'effet qu'un membre de son

²³⁵ BERGERON, Manon, TALBOT-SAVIGNAC, Mariève et HÉBERT, Martine, *supra* note 164, à la p. 23;

²³⁶ BERGERON, Manon, TALBOT-SAVIGNAC, Mariève et HÉBERT, Martine, *Ibid.*, à la p. 24, annexe 6;

²³⁷ VILLENEUVE, Jean-Guy, DUBÉ, Nathalie et HOBDAIY, Tina, *Précis de droit professionnel*, Les Éditions Yvon Blais Inc., 2007, Cowansville, Québec, à la p. 151;

ordre professionnel aurait commis une infraction prévue à l'article 116 du *Code des professions*²³⁸.

Cette information peut provenir de plusieurs sources. En effet, elle peut résulter d'une dénonciation de la part du public ou d'une personne directement ou indirectement impliquée auprès du professionnel en question. Le syndic peut également décider d'enquêter sur la base de faits dont il a personnellement eu connaissance²³⁹.

Une lecture de certaines décisions disciplinaires antérieures, ayant trait aux inconduites sexuelles, nous permet de constater que l'information requise par le syndic pour enquêter peut provenir de différentes personnes, telles que la victime²⁴⁰, l'employeur ou un collègue du professionnel²⁴¹, le conjoint ou l'ex-conjoint de la victime²⁴², etc.

À partir de cette information, le syndic peut débiter son enquête en prenant tous les moyens légaux mis à sa disposition. L'article 122 du *Code des professions* permet au syndic d'exiger, de toute personne, tout document ou renseignement ayant un lien avec son enquête. Il peut donc, par exemple, s'adresser à une compagnie cellulaire pour obtenir le temps d'antenne d'un membre afin de vérifier si ce dernier entretient une relation intime avec son patient²⁴³, avoir accès aux dossiers clients²⁴⁴ et rencontrer toute personne travaillant avec le membre visé par l'enquête²⁴⁵.

²³⁸ L'article 116 du *Code des professions* prévoit qu'un conseil de discipline peut être saisi de toute plainte formulée contre un professionnel qui aurait violé une ou plusieurs dispositions du *Code des professions*, de son code de déontologie, de la loi constituant son ordre professionnel ou des règlements qui découlent de ladite loi ou du *Code des professions*;

²³⁹ VILLENEUVE, Jean-Guy, DUBÉ, Nathalie et HOBDAÏ, Tina, *supra* note 237, aux pp. 154-155;

²⁴⁰ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Ngombo*, *supra* note 24, *Collège des médecins du Québec c Hamel* (C.D. Méd., 2002-04-29);

²⁴¹ *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec c. St-Pierre*, *supra* note 212, dans ce cas-ci c'était le CLSC pour lequel l'intimé travaillait qui a déposé une demande d'enquête auprès du syndic en bonne et due forme, *Collège des médecins du Québec c Rabinovitch*, *supra* note 210, *Collège des médecins du Québec c Bérubé* (C.D. Méd., 2004-08-10);

²⁴² Une demande d'enquête sera parfois déposée par un ex-conjoint dans le cas où la relation entre le professionnel de la santé et son patient est consensuelle : *Collège des médecins du Québec c. Rochette* (C.D. Méd., 2000-07-19);

²⁴³ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Ouellette*, *supra* note 233;

²⁴⁴ Ceux-ci ne sont pas protégés par le secret professionnel dans le cadre d'une enquête du syndic et ce, en vertu de l'article 192 (2) du *Code des professions* et *Psychologues (Corp. Professionnelle des) c. Lepage*, (C.D., Psy., 2009097-07), [1989] D.D.C.P. 231 (C.D.), aux pp.15 et 16;

²⁴⁵ Ces situations ne constituent que de simples exemples, les pouvoirs du syndic étant très larges et diversifiés en termes d'enquête;

L'on dit souvent que le droit disciplinaire s'apparente au droit criminel. En effet, tout comme en droit criminel, le syndic de l'ordre professionnel agit souvent à titre de poursuivant lorsqu'il décide de déposer une plainte contre le professionnel devant le conseil de discipline. Voici ce que la doctrine dit à ce sujet :

Le processus de plainte auprès du syndic d'un ordre professionnel est de nature administrative. Ce processus s'apparente cependant à celui du droit criminel, puisque dans un cas comme dans l'autre, ce n'est pas la victime qui prend la décision de poursuivre, mais plutôt le représentant de l'ordre professionnel, en droit administratif, ou de l'État, en droit criminel. La victime ou toute personne croyant qu'une inconduite sexuelle s'est produite et voulant dénoncer un professionnel peut tout de même initier le processus en contactant le syndic de l'ordre professionnel de celui-ci pour expliquer ce qu'elle a vécu.²⁴⁶

Une fois son enquête terminée, le syndic doit faire part de sa décision - de porter ou non plainte devant le conseil de discipline - au demandeur d'enquête, le tout en vertu de l'article 123 du *Code des professions*.

Si celui-ci n'est pas satisfait de l'enquête du syndic et considère qu'une plainte devrait tout de même être déposée devant le conseil de discipline de l'ordre professionnel concerné, il dispose d'un recours lui permettant de s'adresser à un comité de révision, afin que ce dernier rende un avis portant sur la décision du syndic de ne pas porter plainte²⁴⁷.

Une fois cette étape franchie, et si le syndic est toujours convaincu qu'une plainte disciplinaire n'est pas de mise, le demandeur d'enquête peut décider de déposer une plainte privée en vertu de l'article 128 (2) du *Code des professions*.

Un demandeur d'enquête pourrait même déposer une plainte privée contre le professionnel sans passer par le bureau du syndic et ce, en vertu de l'article 116 du *Code des professions*.

Or, seules les personnes disposant d'un intérêt juridique pourront procéder par plainte privée²⁴⁸. Cette notion d'intérêt juridique a récemment été interprétée par le Tribunal des

²⁴⁶ LASSONDE, Julie, *supra* note 98, à la p.21;

²⁴⁷ VILLENEUVE, Jean-Guy, DUBÉ, Nathalie et HOBDAÏ, Tina, *supra* note 237, à la p. 161;

²⁴⁸ Voir *Ferency c. Adler, médecins*, D.D.E. 2001-49 (T.P.), 2001 QCTP 39;

professions dans l'affaire *Lalonde c. Chassé*²⁴⁹, permettant ainsi à toute personne ayant un intérêt personnel ou public de déposer une plainte privée :

[50] Dans *Dunn c. Katz*, à propos de l'article 128 du Code des professions, le Tribunal des professions écrit :

Il conviendrait donc de donner à cette expression un sens suffisamment large pour permettre le dépôt d'une plainte par toute personne qui veut dénoncer à un ordre professionnel le comportement d'un professionnel qui lui paraît être contraire au *Code de déontologie*.

[51] Plus récemment, dans *Engel c. Lack* une autre formation du Tribunal des professions écrit :

Il n'est de surcroît pas requis que « toute autre personne » dont il est question à l'article 128 du *C. prof.*, soit la victime de l'infraction disciplinaire reprochée au professionnel. Il peut arriver qu'une personne soit témoin d'un acte dérogatoire à la déontologie professionnelle, posé à l'égard d'une personne qui n'a pas conscience de cet acte et qu'elle veuille, pour la protection du public, porter plainte contre le professionnel concerné, de manière à ce que de telles situations ne se reproduisent plus.

[52] L'intérêt en droit disciplinaire s'évalue en prenant en compte que la finalité de ce droit est la protection du public.

L'article 23 du Code des professions précise qu'il s'agit de la principale fonction d'un ordre professionnel; il est aussi prévu, au deuxième alinéa de cette disposition législative, que chaque ordre « doit notamment contrôler l'exercice de la profession par ses membres ».

Une plainte disciplinaire vise à faire évaluer par un conseil de discipline la conduite d'un professionnel dans l'exercice de sa profession.

Les lois professionnelles et les codes de déontologie existent principalement pour la protection du public. Le public a droit de recevoir des services dispensés par des personnes compétentes et habilitées à le faire. Si tel n'est pas le cas, sa protection risque d'être compromise.

Ne pas reconnaître à l'appelant l'intérêt pour porter plainte aurait pour effet de faire en sorte que des infractions à ce stade-ci tenues pour avérées, demeurent non sanctionnées d'un point de vue déontologique.

2.2.2 La plainte en vertu de l'article 59.1 du *Code des professions*

Une plainte disciplinaire doit permettre au membre accusé de comprendre les raisons pour lesquelles il est poursuivi devant le conseil de discipline²⁵⁰; l'article 129 du *Code des professions* exige que la plainte fasse état de la nature de l'infraction reprochée, de ses circonstances temporelles et du lieu où celle-ci a été commise. En plus de ces trois

²⁴⁹ *Lalonde c. Chassé*, (T.P., 2013-04-22 (jugement rectifié le 2013-05-17)), 2013 QCTP 36;

²⁵⁰ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Le May* (C.D. Phy., 2013-01-09), par. 66 à 73, *Parizeau –c- Sylvestre et al. Es qual.*, (T.P. 2001-05-15), [2001] D.D.O.P. 256;

éléments, la jurisprudence est venue établir que la plainte doit préciser le « lien de rattachement des infractions reprochées »²⁵¹.

Un libellé sans référence à un article de loi générateur de l'infraction ne sera donc pas conforme. Nous supposons que le libellé d'une plainte fondée sur de l'inconduite sexuelle devra contenir l'article 59.1 du *Code des professions* ou, du moins, un article précis du code de déontologie s'y rapportant.

Tel que vu précédemment, une plainte disciplinaire est généralement déposée par le syndic d'un ordre professionnel. Or, un membre du public pourra également déposer une plainte sans passer par le syndic de l'ordre professionnel visé, lorsqu'il dispose d'un intérêt suffisant pour agir²⁵². À ce sujet, l'affaire *Ferenczy*²⁵³ concluait ceci :

[47] Évidemment, une personne « autre » que le syndic ou la victime qui établirait *prima facie* un intérêt direct, personnel et particulier, pourrait peut-être avoir l'intérêt suffisant pour porter une plainte. Mais c'est parce que celle-ci aurait alors allégué cet intérêt et en aurait dénoncé *prima facie* la vraisemblance qu'elle pourrait être considérée comme étant « toute autre personne » de l'article 128 du Code.

L'intérêt requis pour déposer une plainte privée n'est cependant pas difficile à établir en droit disciplinaire puisque l'article 116 du *Code des professions* prévoit que « [l]e conseil est saisi de toute plainte formulée contre un professionnel pour une infraction aux dispositions du présent code, de la loi constituant l'ordre dont il est membre ou des règlements adoptés conformément au présent code ou à ladite loi »²⁵⁴.

Cependant, la jurisprudence est venue affirmer, à de nombreuses reprises, qu'un plaignant privé doit avoir « un intérêt direct, personnel et particulier pour porter une plainte ». En ce sens, un employeur qui aurait été témoin ou qui aurait eu connaissance personnelle de gestes à caractère sexuels posés par l'un de ses employés à l'égard d'un

²⁵¹ *Blouin c. Optométristes (Ordre professionnel des)*, (T.P., 1996-03-01);

²⁵² L'article 116 du *Code des professions* ne prévoit pas qu'une personne qui veut déposer une plainte contre un professionnel doit nécessairement s'adresser au syndic en premier lieu. Cependant, en pratique, les demandeurs d'enquête passent généralement par le syndic pour déposer leur plainte, et ne déposent une plainte privée que si le syndic et le comité de révision décident de ne pas retenir sa plainte;

²⁵³ *Ferenczy c. Adler*, *supra* note 248;

²⁵⁴ *Opticiens d'ordonnances-4* [1987] D.D.C.P. 197;

patient pourrait très bien déposer une plainte privée contre cet employé. Un parent, tuteur ou représentant d'un enfant mineur pourrait également déposer une plainte privée à l'égard d'un professionnel qui aurait posé des gestes à caractère sexuel sur ce dernier.

Dans le cas des inconduites sexuelles, rares seront les situations où une plainte sera déposée par un membre du public, puisque les syndic décident habituellement de déclencher le processus et de déposer une plainte disciplinaire vu le caractère grave des gestes à caractère sexuel.

Il n'y a pas de prescription en matière disciplinaire, c'est-à-dire que le syndic peut déposer une plainte à tout moment et ce, peu importe le nombre d'années écoulées depuis la commission des faits reprochés. Par contre, la jurisprudence parle d'un délai raisonnable qui sera apprécié en fonction de quatre facteurs : « la longueur du délai, la cause du délai, la conduite de la victime et le préjudice subi par elle ».

Habituellement, le syndic peut proposer aux parties de régler leur différend par la conciliation et ce, avant le dépôt de la plainte. À ce principe vient s'ajouter une exception; aucune conciliation n'est permise dans le cas d'une infraction prévue à l'article 59.1 du *Code des professions*. En d'autres mots, le syndic ne peut laisser tomber une plainte disciplinaire fondée sur l'article 59.1 du Code des professions, même si les parties décident d'opter pour la conciliation.

Nous estimons qu'une telle disposition existe pour protéger les victimes d'inconduite sexuelle qui pourraient facilement se sentir intimidés par leur professionnel soignant. D'ailleurs, une lecture des débats parlementaires du 15 juin 1994 nous permet de comprendre pourquoi la conciliation devient impossible dans un contexte d'inconduite sexuelle :

Mme Caron: Oui. Quand on parle de la controverse, c'est effectivement cet argument-là, sauf que, la plainte, elle est déjà déposée. Donc, la victime, elle a déjà fait une démarche de déposer une plainte. Ce qui est difficile souvent, c'est de se rendre à la déposer. Donc, la victime qui se rend à déposer la plainte, il faut que le processus continue.

Parce qu'on ne peut pas dire qu'on peut faire de la conciliation là-dessus. On ne peut pas faire de la conciliation sur de l'abus sexuel. Ça ne s'accepte pas comme principe. On ne l'accepte pas, non plus, dans nos lois, au niveau de la justice. On n'accepte pas, pour la violence conjugale, de faire de la médiation; les procureurs le refusent parce qu'il y a un écart entre les deux.

L'audition de la plainte disciplinaire en matière d'inconduite sexuelle Le droit disciplinaire est un droit « sui generis », c'est-à-dire qu'il s'auto-suffit et qu'il dispose de ses propres règles. Il peut s'inspirer, à la fois, du droit pénal et civil. Il n'existe donc pas réellement de règles de procédure en matière disciplinaire :

Le comité de discipline peut avoir recours à toute forme de procédures utiles, non incompatibles avec l'objectif du droit disciplinaire et susceptibles de faire apparaître le droit des parties. Le comité de discipline dispose donc d'une latitude quant aux procédures qu'il peut permettre et ce n'est que lorsque celles-ci ne servent pas les intérêts des parties qu'il sera fondé de les écarter.²⁵⁵

Les conseils de discipline sont des tribunaux administratifs spécialisés disposant d'un large pouvoir discrétionnaire, vu leur proximité à la pratique professionnelle²⁵⁶. En ce sens, ils ont la possibilité de choisir les règles de pratique qu'ils désirent, en s'inspirant du droit pénal et civil, mais tout en respectant évidemment le *Code des professions* et l'intérêt des parties.

Le droit disciplinaire est un peu informel, en ce qu'il n'exige pas de procédures rigides. Il n'y a donc pas réellement de rôle de pratique en droit disciplinaire. Essentiellement, le tout débute par le dépôt d'une plainte disciplinaire par le syndic de l'ordre professionnel et reçue par le ou la secrétaire du conseil de discipline, plainte à laquelle l'intimé doit comparaître personnellement ou par le biais d'un avocat. Ensuite, une date d'audition sur culpabilité est fixée, dans le cas d'un plaidoyer de non-culpabilité. À cette date, les parties se font entendre et un réel procès a lieu. Selon les auteurs Villeneuve, Dubé et Hobday, il n'existe pas de règles de procédure et de preuve strictes et rigides en droit disciplinaire²⁵⁷.

²⁵⁵ Québec, Assemblée nationale, *Journal des débats de la Commission de l'éducation*, 34^e législature, 3^e session, (17 mars 1994 au 17 juin 1994), Étude détaillée du projet de loi n° 140, Loi modifiant le *Code des professions* et d'autres lois professionnelles, vol. 33 no. 8, 15 juin 1994;

²⁵⁶ LASSONDE JULIE, *supra* note 98, à la p.12;

²⁵⁷ VILLENEUVE, Jean-Guy, DUBÉ, Nathalie, et HOBDAY, Tina, *supra* note 237, à la p. 210;

La doctrine et la jurisprudence ont clairement établi que le droit disciplinaire est « à la fois autonome et hybride »²⁵⁸ et s'inspire à la fois du droit civil et du droit pénal surtout lorsque vient le temps d'établir des solutions en droit disciplinaire²⁵⁹.

Par contre, en termes de preuve et de procédure, le droit disciplinaire observe davantage les règles du droit civil, étant trop différent du droit pénal. En effet, tel que l'ont mentionné plusieurs jugements, la finalité du droit disciplinaire diverge grandement de celle du droit pénal, en ce que les procédures de nature disciplinaire visent à maintenir l'intégrité et l'image d'une profession, établissant ainsi des normes de compétence professionnelle qui ne sont pas aussi précises que les infractions de nature pénale. En droit disciplinaire, le professionnel visé par une plainte est contraignable²⁶⁰ et n'est pas présumé innocent, tout comme en droit civil. Pour ces raisons, seuls le *Code civil du Québec* et le *Code de procédure civile* seront normalement applicables, avec un peu plus de souplesse et exceptions²⁶¹, en matière de preuve et procédure lors du processus disciplinaire²⁶².

Suite à cela, le conseil de discipline rend une décision sur culpabilité dans les meilleurs délais et une deuxième date d'audition est fixée, cette fois-ci pour débattre de la sanction et ce, si l'intimé est déclaré coupable d'une ou des infractions qui lui sont reprochées. À

²⁵⁸ BARREAU DU QUÉBEC, « La procédure disciplinaire du Barreau du Québec », dans Collection de droit 2012-2013, Volume 1, Éthique, déontologie et pratique professionnelle, Titre I, Les règles déontologiques, à la p. 185;

²⁵⁹ Les articles 143 et 144 du *Code des professions* prévoient que les conseils de discipline peut utiliser tout moyen légal permettant au professionnel de se défendre convenablement, de manière pleine et entière. À ce sujet voir *Sturza c. Ingénieurs (Ordre professionnel des)*, [2005] D.D.O.P. 297, D.D.E. 2005D-98, par. 40, *Vernacchia c. Médecins (Ordre professionnel des)*, [1995] D.D.O.P. 265 (T.P.);

²⁶⁰ *Code des professions*, article 149;

²⁶¹ Un exemple d'exception serait l'effet d'une transaction entre les parties. En droit disciplinaire, une entente entre les parties ne lie pas les conseils de discipline, contrairement au droit civil où une transaction entre les parties met normalement terme aux procédures judiciaires

À ce sujet, voir *Cloutier c. Comptables en management accrédités (Ordre professionnel des)*, [2004] D.D.O.P. 296 (T.P.);

²⁶² *Bécharde c. Roy*, [1974] C.S. 13, confirmé par la Cour d'appel à [1975] C.A. 509, *Paquette c. Comité de discipline de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*, [1985] C.S. 425, EYB 1985-145656, *Ptack c. Comité de discipline de l'Ordre des dentistes du Québec* (C.A. 1992-07-06), [1993] R.L. 305, EYB 1992-70899 (C.A.). *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Fernandez De Sierra*, D.D.E. 2006D-25 (T.P.), 2005 QCTP 134, *Collège des médecins c. Feldman* (C.D. Méd., 2008-04-23), *Béliveau c. Comité de discipline du Barreau du Québec*, [1992] R.J.Q. 1822 (C.A.);

cette date, les parties font leurs représentations, que celles-ci soient communes ou non, et suggèrent au conseil de discipline des sanctions²⁶³.

Il peut aussi arriver que les parties- l'on parle du syndic et du professionnel- décident de régler le dossier avant l'audition sur culpabilité, en ce que le professionnel décide de plaider coupable aux infractions qui lui sont reprochées. Dans une telle situation, un plaidoyer de culpabilité assorti d'une suggestion commune sur sanctions peut être signé par l'intimé et déposé le jour de l'audition sur culpabilité, audition qui devient alors automatiquement une audition sur culpabilité et sanction.

Si nous nous référons au tableau des différentes décisions rendues entre 2008 et 2013 par les quatre ordres professionnels suivants- physiothérapeutes, infirmiers(ères), psychologues et médecins- en matière d'inconduite sexuelle²⁶⁴, nous remarquons que la majorité des cas chez les médecins et les physiothérapeutes, ont fait l'objet d'un plaidoyer de culpabilité et recommandations communes, contrairement aux infirmiers(ères) et psychologues où la presque totalité des causes ont été débattues devant le conseil de discipline, que ce soit au niveau de la culpabilité ou de la sanction.

En droit disciplinaire, c'est au plaignant que revient le lourd fardeau de prouver la faute disciplinaire. Pour ce faire, il doit prendre les moyens de preuve mis à sa disposition pour démontrer que le professionnel a bel et bien commis les gestes qui lui sont reprochés. Contrairement au droit criminel, le droit disciplinaire n'exige pas une preuve hors de tout doute raisonnable, mais bien une preuve par prépondérance, c'est-à-dire que le conseil de discipline déclarera le professionnel coupable seulement s'il est davantage convaincu que le professionnel a commis les infractions dont il est accusé plutôt que le contraire.

Quant à la preuve, comme l'ont précisé les auteurs Downs et Vassilikos, la preuve disciplinaire doit être hautement convaincante, claire et sérieuse, à défaut de quoi elle ne sera pas retenue :

²⁶³ *Code des professions*, article 150 (3);

²⁶⁴ Voir annexe 1 (tableau);

Dans l'affaire *Osman*, le Tribunal a précisé que la prépondérance des probabilités ne permet pas au poursuivant de se contenter de faire la démonstration que sa théorie est plus probable que celle du professionnel qui fait l'objet d'une accusation. La balance des probabilités requiert une analyse rigoureuse et en conséquence, on «ne saurait se contenter d'une preuve approximative et non convaincante pour déclarer un professionnel coupable de quelque accusation disciplinaire que ce soit, surtout si elle équivaut à un acte criminel»²⁶⁵

En matière d'inconduite sexuelle, il est requis que la preuve soit plus forte que pour les autres infractions déontologiques, puisque l'inconduite sexuelle s'apparente à une agression sexuelle, soit une infraction de nature criminelle²⁶⁶.

Tout d'abord, le syndic a l'obligation de divulguer la preuve au professionnel, tout comme en droit criminel ou civil. Évidemment, cette obligation découle du principe du droit à une défense pleine et entière et de l'article 144 du *Code des professions*. Le syndic doit donc remettre au professionnel tout document ou autre preuve qu'il a pu recueillir dans son enquête et qui est directement relié à la plainte.

Contrairement à ce qui est demandé dans le cadre d'un procès civil, l'intimé n'a pas l'obligation de transmettre au syndic les éléments de preuve sur lesquels il a l'intention de s'appuyer pour se défendre, en ce qu'il n'existe pas de « poursuite pleine et entière » en droit disciplinaire²⁶⁷.

Normalement, les règles de preuve applicables en matière disciplinaire, lors des auditions, sont régies par le *Code civil du Québec*, tout en tenant compte des particularités de chaque dossier²⁶⁸. Au niveau de l'administration de la preuve, le droit disciplinaire est plus proche du droit civil que du droit criminel²⁶⁹, à quelques exceptions près. Alors que l'accusé n'est pas contraignable en droit criminel, le professionnel intimé peut être assigné à comparaître et il est alors dans l'obligation de répondre aux questions qui lui sont posées et ne peut invoquer son secret professionnel pour justifier

²⁶⁵ DOWNS, Eric et VASSILIKOS, Magdalini, « La preuve en droit disciplinaire », dans *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire 2009*, Barreau du Québec, 2009, à la p. 92;

²⁶⁶ *Comité-Médecins-8*, (1981) D.D.C.P. 446, à la p. 451;

²⁶⁷ *Roy c. Médecins (Ordre professionnel des)*, (T.P., 1996-01-11), [1996] D.D.O.P. 229 (T.P.);

²⁶⁸ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Fernandez de Sierra*, *supra* note 262, aux par. 33 à 35;

²⁶⁹ VILLENEUVE, Jean-Guy, DUBÉ, Nathalie et HOBDAÏ, Tina, *supra* note 237, aux pp.210 à 212;

son refus de répondre²⁷⁰. Par contre, le professionnel faisant face à des accusations disciplinaires jouit de la présomption d'innocence²⁷¹. Lors de l'audition sur culpabilité, le syndic doit prouver au conseil de discipline tous les éléments essentiels de l'infraction reprochée, que ce soit par le biais de la preuve testimoniale, par expert et/ou documentaire.

Le droit disciplinaire est plus souple que le droit civil ou pénal. En ce sens, il n'est pas nécessaire que tous les éléments contenus dans un libellé de plainte soient prouvés pour que le professionnel soit trouvé coupable des actes qui lui sont reprochés²⁷².

Normalement, en matière d'inconduite sexuelle, la preuve sera majoritairement testimoniale. Ceci est notamment dû au fait que les gestes à caractère sexuel ont souvent lieu en privé, lors d'une consultation où seuls le professionnel et son patient sont présents. Les conseils de discipline sont donc, la plupart du temps, confrontés à des versions contradictoires²⁷³.

En pratique, le témoin principal du plaignant, soit le syndic, est la victime. Par le biais de son témoignage, celle-ci devra convaincre le conseil de discipline que les gestes reprochés au professionnel dans la plainte ont bel et bien eu lieu. La jurisprudence fait d'ailleurs ressortir quelques éléments que les conseils de discipline sont habituellement portés à prendre en considération lors du témoignage de la victime.

Premièrement, le fait que la victime ait fait une plainte dite « spontanée »²⁷⁴ à une personne de son entourage et/ou au professionnel en question augmente sa crédibilité. Bien que la plainte spontanée ne constitue pas un élément crucial quant à la preuve de l'infraction, elle reste utile en ce qu'elle prouve que la victime n'a pas monté une histoire de toutes pièces, comme dans l'affaire *Bissonnette* :

²⁷⁰ Voir articles 147 et 149 du *Code des professions*, *Roy c. Médecins (Ordre professionnel des)*, *supra* note 267;

²⁷¹ *Laporte c. Médecins (Ordre professionnel des)*, [1997] D.D.O.P. 271 (T.P.);

²⁷² *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Le May*, *supra* note 250;

²⁷³ Voir DESJARDINS, Christine, *supra* notes 145 et 146;

²⁷⁴ *Comité-Médecins-7*, (1976) D.D.C.P. 41, à la p. 45;

[107] Le procureur soumet que le témoin le plus important dans cette affaire est (...), qui avait (...) ans au moment de témoigner. Il rappelle qu'elle a relaté des événements qui se sont passés alors qu'elle était sous médication, ce qui fait en sorte qu'il y a lieu de contextualiser ses réponses. Il soutient que ses pertes de mémoire, dans les circonstances, ne lui font pas perdre sa crédibilité et souligne qu'il ne faut pas dépasser le bon sens pour ce qui est de la mémoire.

[108] Il rappelle également qu'elle a confié ce qui s'est passé à (...) ainsi qu'à deux autres personnes et qu'elle a rapidement rapporté les faits, soulignant qu'on n'a pas à être un témoin idéal et qu'il faut du courage pour déposer une plainte. Il soumet que la patiente a donné une version très crédible, bien qu'elle ne se souvienne pas de certains détails et qu'elle ait de la difficulté avec la chronologie et la durée des événements. Il ajoute que les détails oubliés par celle-ci réfèrent davantage à des faits périphériques, tels la couleur des murs, les luminaires, etc, alors qu'elle a maintenu sa version des faits à l'égard des éléments les plus importants.²⁷⁵

(Notre soulignement)

Si la victime prouve, par son témoignage, qu'elle a fait une déclaration spontanée à des personnes de son entourage, le syndic pourra renforcer sa preuve en faisant témoigner ces personnes²⁷⁶. Bien que la plainte spontanée constitue un élément rehaussant la crédibilité de la victime, elle n'est pas requise pour prouver que l'infraction a bien eu lieu, notamment parce que certaines victimes préfèrent s'isoler plutôt que de se confier à leur entourage. D'autres encore, n'ont pas le courage d'en parler. Restent finalement les victimes qui gardent le silence parce qu'ils sont intimidés ou menacés par le professionnel en question.

Le conseil de discipline prendra également en considération le fait que la victime ait tout de suite arrêté de consulter le professionnel en question suite aux gestes abusifs, notamment en annulant les rendez-vous suivants ou en demandant un transfert de

²⁷⁵ *Collège des médecins du Québec c Bissonnette* (C.D. Méd., 2006-09-14);

²⁷⁶ « Une preuve par ouï-dire est généralement admise devant le comité de discipline, à moins que son admission n'équivaille à un cas clair de déni de justice naturelle et d'iniquité procédurale » dans VILLENEUVE, Jean-Guy, DUBÉ, Nathalie et HOBDAÏ, Tina, *supra* note 237. Évidemment, le ouï-dire faisant état de la déclaration spontanée de la victime, ne prouvera pas automatiquement que les gestes ont été posés, mais constituera un indicateur pour le conseil de discipline que la victime a peut-être été se confier à une personne de son entourage. Également, ce même témoignage pourra venir renforcer celui de la victime qui affirme avoir fait une déclaration spontanée à un proche ou à une personne de son entourage;

professionnels. Une telle initiative pourrait indiquer au conseil que la victime était beaucoup trop affectée par les gestes commis par son traitant pour poursuivre les traitements ou les consultations avec celui-ci²⁷⁷. Encore une fois, cet élément ne sera pas nécessaire pour prouver la faute du professionnel, mais pourra certainement jouer en la faveur du plaignant puisqu'une telle attitude pourra venir confirmer, de concert avec d'autres éléments de preuve évidemment, que les gestes ont bel et bien été posés par le professionnel.

Le fait que la victime ait déposé une plainte auprès du syndic de l'ordre dans les meilleurs délais peut également contribuer à augmenter sa crédibilité. En effet, plus la proximité entre les faits reprochés et la demande d'enquête se veut grande, et plus la victime semble sérieuse dans ses propos²⁷⁸. Encore une fois, cet élément ne constitue pas un élément crucial permettant de conclure à la culpabilité du professionnel, mais peut tout de même indiquer au conseil de discipline que la patiente n'a peut-être pas inventé les faits²⁷⁹.

Finalement, par son témoignage, il est important que la victime démontre qu'elle fait preuve de cohérence, de logique, qu'elle se souvient de détails importants, qu'elle n'avait rien à gagner par le dépôt d'une plainte auprès du syndic, et qu'elle n'a aucune mauvaise intention²⁸⁰.

À part le témoignage de la victime, le syndic peut solliciter l'opinion d'un expert, produire son rapport et même l'assigner, s'il le juge nécessaire. L'intervention d'un expert dans un dossier d'inconduite sexuelle peut notamment être utile lorsque le

²⁷⁷ MORNEAULT, Brigitte, « L'inconduite sexuelle des professionnels de la santé et le droit disciplinaire québécois », *supra* note 8, à la p. 162, *Comité-Médecins-5*, (1981) D.D.C.P. 209, *Comité-médecins-7*, (1981) D.D.C.P. 441, *Ordre des optométristes du Québec c Laprise* (C.D. Opto., 2002-05-16), au par. 18;

²⁷⁸ MORNEAULT, Brigitte, *supra* note 8, à la p. 162

²⁷⁹ Il est à noter que dans les cas où le professionnel et le patient entretiennent une relation amoureuse qui s'étend sur plusieurs semaines, mois ou années, le patient victime ne dénoncera pas sur le champ les agissements du professionnel. Bien souvent, la demande d'enquête est déposée une fois que la relation est terminée et lorsque le patient réalise que le professionnel a abusé de lui.

²⁸⁰ MORNEAULT, Brigitte, *supra* note 8, à la p. 162;

professionnel accusé d'avoir posé des gestes abusifs à caractère sexuel assimile ces derniers à une approche thérapeutique, comme nous le rappelle l'affaire *Bellemare*²⁸¹;

L'approche thérapeutique de monsieur Bellemare d'associer la psychothérapie avec des massages sous forme d'une psychothérapie corporelle, serait très inappropriée pour le traitement des problèmes psychologiques généraux, d'autant plus pour les problématiques liées à l'abus sexuels et psychiques. Son approche diffère nettement et n'est pas conforme à la pratique généralement reconnue en psychologie pour ces problématiques. Permettre aux psychologues d'offrir des massages comme intervention thérapeutique changerait dramatiquement la nature même de notre rôle professionnel. Cette pratique transgresse les frontières de la relation thérapeutique et risquerait trop de nuire à notre objectivité et notre intégrité, et il y aurait trop de danger d'entraîner des situations préjudiciables et de causer des torts.²⁸²

Les expertises pourront également être utilisées pour prouver que les gestes posés par l'intimé étaient effectivement de nature abusive et sexuelle :

Considérant le témoignage de D...L..., je réitère que monsieur Bellemare a tenu des propos séducteurs et adopté des gestes et comportements à caractère sexuel, et donc abusifs sur le plan éthique et déontologique avec sa cliente.²⁸³

Finalement, tel que vu précédemment, l'intimé peut être appelé à témoigner. Si ce dernier ne témoigne pas déjà en défense, le plaignant peut l'appeler à la barre et lui poser toutes les questions qui lui semblent pertinentes.

Lors de l'audition sur sanction, les règles de preuve sont beaucoup plus souples que lors de l'audition sur culpabilité, puisque le juge doit disposer de toute l'information nécessaire pour prononcer une sentence²⁸⁴. À l'étape de l'audition sur sanction, les parties peuvent donc procéder par preuve testimoniale ou documentaire, afin de suggérer au conseil de discipline la ou les sanctions qu'elles croient appropriée(s)²⁸⁵. Si les parties réussissent à s'entendre au niveau de la sanction, elles présentent des recommandations

²⁸¹ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Bellemare* (C.D. Psy., 2010-06-29);

²⁸² Extrait d'un rapport d'expertise dans *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Bellemare, Ibid.*, au par. 26;

²⁸³ Extrait d'un rapport d'expertise dans *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Bellemare, Ibid.*, au par. 63;

²⁸⁴ Lors de l'audition sur sanction, même le ouï-dire est acceptable. Voir, *R. c. Gardiner*, [1982] 2 R.C.S. 368, 414;

²⁸⁵ *Chambre de l'assurance de dommages c Richer* (C.D. C.H.A.D., 2012-08-01), aux par. 5 et 6;

communes au conseil de discipline qui aura la discrétion de les entériner ou non²⁸⁶. Ainsi, à ce stade, les parties n'ont pas à présenter une preuve exhaustive, et se limitent à un « minimum nécessaire afin de permettre une appréciation de la justesse de la sanction proposée »²⁸⁷. Conséquemment, les décisions faisant état d'un plaidoyer de culpabilité et recommandations communes sont rarement détaillées et ne permettent pas au public de bien comprendre les enjeux et circonstances du dossier.

Dans le cas où les parties ne s'entendent pas sur la sanction à suggérer, celles-ci devront soumettre au conseil de discipline divers éléments de preuve justifiant leur position. Normalement, le syndic mettra en lumière les facteurs aggravants qui justifient une sanction plus importante, alors que l'intimé soulignera les facteurs atténuants afin d'obtenir une sanction plus clémente. La partie 2.3.1 du présent mémoire se consacre d'ailleurs à une analyse des divers facteurs aggravants et atténuants en matière d'inconduite sexuelle.

En droit disciplinaire, lorsqu'il y a contestation au niveau de la culpabilité et de la sanction, le conseil de discipline doit rendre deux décisions distinctes : l'une qui se prononce sur la culpabilité de l'intimé, et l'autre qui se prononce sur la sentence.

Peu importe la nature de la décision à être rendue, le conseil de discipline doit exposer ses motifs, sans commenter tous les éléments de l'affaire. Il doit seulement ressortir les éléments prépondérants, tout en faisant état de ses conclusions²⁸⁸.

Lorsque le conseil de discipline est appelé à se prononcer sur un plaidoyer de culpabilité et les recommandations communes sur sanction, et qu'il décide de rejeter les suggestions émises conjointement par les parties, il a le devoir de se justifier dans sa décision et d'expliquer pourquoi il a décidé de s'en écarter²⁸⁹. Normalement, c'est avec

²⁸⁶ En pratique, le conseil de discipline acceptera une recommandation commune sur sanction présentée par les parties, sauf si cette dernière est totalement déraisonnable, à ce sujet voir *Roy c. Médecins*, supra note, *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Le Quilliec* (C.D. Phy., 2013-0109), *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Avsar* (C.D. Phy., 2012-12-14), *Collège des médecins du Québec c. Hoffman* (C.D. Méd., 2012-12-17), *Langlois c. Dentistes (Ordre professionnel des)*, (T.P., 2012-04-17), 2012 QCTP 52 (CanLII), *Verdi-Douglas c. R.*, J.E. 2002-249 (C.A.), REJB 2002-27745;

²⁸⁷ *Collège des médecins du Québec c. Gauthier*, (C.D. Méd., 2012-08-14), au par. 88;

²⁸⁸ *Mailloux c. Médecins*, D.D.E. 2003D-24 (T.P.);

²⁸⁹ *Tremblay c. Arpenteurs-géomètres (Ordre professionnel des)*, [2001] D.D.O.P. 245 (T.P.), au par. 20;

circonspection que le conseil de discipline doit agir lorsqu'il rejette les suggestions des parties, puisque c'est le syndic qui détient une connaissance approfondie du dossier et qui a comme mission première la protection du public. Ainsi, une décision décidant de rejeter des recommandations communes doit être vivement motivée²⁹⁰.

Nous considérons qu'une décision sur culpabilité doit être suffisamment détaillée pour des infractions de nature sexuelle puisque, la plupart du temps, le verdict de culpabilité dépendra de la crédibilité des témoins et non pas nécessairement de documents ou d'éléments matériels.

L'inconduite sexuelle est une infraction déontologique grave, qui devrait normalement donner naissance à des sanctions importantes, notamment, et non limitativement, la radiation temporaire ou permanente. Lorsqu'un professionnel perd son droit de pratique, pour une période limitée ou illimitée, il a le droit de connaître les raisons pour lesquelles il n'a plus le droit d'exercer sa profession. Bien que les conseils de discipline soient déjà tenus de motiver toute décision qu'ils rendent et ce, peu importe la nature des infractions reprochées²⁹¹, nous estimons qu'ils devraient motiver leurs décisions basées sur l'article 59.1 du *Code des professions* avec beaucoup de prudence et de minutie pour la raison que nous venons de mentionner, soit le caractère grave de l'inconduite sexuelle.

Tel que mentionné dans l'affaire *Kane*²⁹², « [u]ne justice de haute qualité est exigée lorsque le droit d'une personne d'exercer sa profession ou de garder son emploi est en jeu. Une suspension de nature disciplinaire peut avoir des conséquences graves et permanentes sur une carrière. »²⁹³.

Le conseil de discipline doit également, dans sa décision, se prononcer sur les modalités des sanctions²⁹⁴, tels que la publication d'un avis de radiation dans un journal local²⁹⁵ ou

²⁹⁰ *Roy c. Médecins*, (T.P., 1998-12-22), à la p. 17;

²⁹¹ *Code des professions*, article 154;

²⁹² *Kane c. Cons. d'administration de l'U.C.B.*, 1980 CanLII 10 (CSC), [1980] 1 RCS 1105;

²⁹³ *Ibid.*, à la p. 1106;

²⁹⁴ *Code des professions*, article 156(4);

²⁹⁵ *Code des professions*, article 156(5);

le délai de paiement de l'amende, et doit également décider ce qui adviendra des frais reliés à la tenue de l'audition²⁹⁶.

En ce qui a trait à l'appel, l'article 164 du Code des professions prévoit qu'une décision sur culpabilité ou sanction peut être portée en appel et ce, de plein droit²⁹⁷.

2.3 Les sanctions applicables en matière d'inconduite sexuelle

2.3.1 La sanction en droit disciplinaire

« On ne doit pas faire d'un péché deux pénitences » a dit Gilles de Noyers²⁹⁸. Nous pourrions trouver un lien entre cet adage français et l'esprit du droit disciplinaire en matière de sanctions. Tel que nous le rappelle la jurisprudence, l'objectif de la sanction disciplinaire n'est pas réellement de punir le professionnel fautif mais bien de veiller à la protection du public en général²⁹⁹, surtout lorsque ce dernier pratique dans le domaine de la santé :

Contrairement au droit pénal où la sanction imposée veut d'une part, manifester la réprobation publique et, d'autre part, répondre à un certain objectif d'exemplarité, la sanction disciplinaire [...] paraît viser davantage et avant tout la protection du public surtout dans les sciences de la santé où la vie de certains de ses membres peut être en question.³⁰⁰

L'on parlera donc davantage d'un « redressement » du professionnel fautif plutôt que d'une punition ou d'un châtement³⁰¹.

Alors que la sanction pénale tente de rejoindre des objectifs d'ordre moral en infligeant au contrevenant une peine qui soit proportionnelle à l'infraction commise, l'esprit du

²⁹⁶ Selon l'article 151 alinéa 3 du *Code des professions*, seuls les frais relatifs à l'instruction de la plainte peuvent être réclamés. D'ailleurs, cet article fait état d'une liste de déboursés pouvant être imposés, soit : les frais de signification, les frais d'enregistrement, les frais d'expertise, l'indemnité payable aux témoins assignés et les frais de déplacement et de séjour du membre du conseil de discipline.

²⁹⁷ *Supra* note 237, à la p. 282;

²⁹⁸ Citation de Gilles de Noyers ; *Proverbia gallicana* – 1558;

²⁹⁹ VILLENEUVE, JEAN-GUY, DUBÉ, NATHALIE ET HOBDAÏ, TINA, *SUPRA* NOTE 237, À LA P. 244, *PIGEON C. DAIGNEAULT*, [2003] R.J.Q. 1090, *ORDRE DES ARPENTEURS-GÉOMÈTRES DU QUÉBEC C DUBÉ* (C.D. ARP., 2012-03-21), AUX PAR. 20-21;

³⁰⁰ *Paquette c. Québec (Corporation professionnelle des médecins)*, [1985] C.S. 425, au par. 19;

³⁰¹ BERNARD, Pierre, « La sanction en droit disciplinaire : quelques réflexions », *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire 2004*, Barreau du Québec, 2004, à la p. 85;

droit disciplinaire ne se veut pas aussi absolu. En effet, les normes déontologiques se veulent plus objectives et veillent essentiellement à la protection du public : « [l]e principe du droit du public à la protection ne doit pas en être un à géométrie variable selon la responsabilité du professionnel »³⁰².

Le droit disciplinaire ne se préoccupe donc pas prioritairement de la réintégration du professionnel dans la profession, mais vérifie plutôt si sa réinsertion professionnelle risque de nuire à la protection du public³⁰³.

La jurisprudence parle également d'une protection de l'intégrité et du renom de la profession. En effet, attribuer des sanctions banales à des professionnels dont le comportement est répréhensible, pourrait contribuer à ébranler la confiance du public envers le système professionnel³⁰⁴.

À ces deux objectifs, sont venus s'ajouter les principes de dissuasion et d'exemplarité, que l'affaire *Pigeon c. Daigneault*³⁰⁵ résume comme suit :

[38] La sanction disciplinaire doit permettre d'atteindre les objectifs suivants : au premier chef, la protection du public, puis la dissuasion du professionnel de récidiver, l'exemplarité à l'égard des autres membres de la profession qui pourraient être tentés de poser des gestes semblables.

En somme, l'on pourrait comparer la sanction disciplinaire à une mesure entreprise par un établissement scolaire suite à un écart de comportement de la part d'un élève. Ce comportement est-il grave au point de compromettre la sécurité des autres étudiants? L'élève en question peut-il réintégrer sa classe? Quelle est la sanction appropriée pour décourager ses camarades de poser des gestes semblables?

³⁰² *Dentistes (Ordre professionnel des) c. Dupont, supra note 79, au par. 75;*

³⁰³ *Dentistes (Ordre professionnel des) c. Dupont, Ibid., au par. 74;*

³⁰⁴ *Tribunal- Avocats-9 [1977] D.D.C.P. 345, à la p. 348;*

³⁰⁵ *Pigeon c. Daigneault, supra note 299 ;*

La vision du droit disciplinaire est globale et ne vise pas uniquement l'individu coupable. L'on parle plutôt d'une approche utilitariste qui se soucie davantage du plus grand bien pour le plus grand nombre³⁰⁶.

Bien qu'une jurisprudence abondante vienne établir que la sanction disciplinaire ne constitue pas une punition en soi mais bien la correction d'un comportement fautif³⁰⁷, il serait peut-être faux de croire qu'au moment d'établir la sanction, les conseils de discipline ne cherchent pas à punir les professionnels fautifs et ce, consciemment ou inconsciemment. Le Petit Larousse Illustré définit la « punition » comme suit : « [p]eine infligée pour une faute, un manquement au règlement, etc. »³⁰⁸. Imposer une peine au professionnel ayant commis des infractions déontologiques s'emble donc s'apparenter à une punition en bonne et due forme. En réalité, les conseils de disciplines peuvent difficilement faire fi du caractère punitif; ils ne font qu'en diminuer l'importance face aux autres critères tels que la protection du public, l'exemplarité et la dissuasion³⁰⁹.

Bien que l'idée de la punition semble écartée, les conseils de discipline ont tout de même le devoir d'imposer des sanctions qui auront un effet dissuasif sur le professionnel et sur les autres membres de la profession, le tout dans l'optique de corriger un comportement fautif.

Nous parlons surtout d'une sanction « taillée sur mesure »³¹⁰ qui tient compte des faits relatifs à chaque affaire et de la personnalité du professionnel qui se retrouve devant le conseil de discipline.

Tel que mentionné précédemment, la sanction disciplinaire est taillée sur mesure, notamment en tenant compte de facteurs propres à chaque affaire. Certaines

³⁰⁶ Cette approche suppose que : « [...] il n'est justifié d'infliger un mal à un individu que si ce mal est nécessaire à l'obtention d'un bien plus grand » BEBIN, Xavier, « Pourquoi punir?: l'approche utilitariste de la sanction pénale », Logiques politiques, L'Harmattan, 2006, à la p. 33;

³⁰⁷ *Pigeon c. Daigneault*, supra note 299, *Notaires (Ordre professionnel des) c. Bernier*, [2010] D.D.O.P. 332, au par. 48, *Denturologistes (Ordre professionnel des) c. Picard*, [2008] D.D.O.P. 231, au par. 27;

³⁰⁸ *Le Petit Larousse Illustré*, 2001, s.v. « punition »;

³⁰⁹ BERNARD, Pierre, supra note 301, à la p. 85;

³¹⁰ *Gilbert. c. Infirmières et infirmiers* [1993] D.D.O.P. 233, à p. 243, *Chambre de l'assurance de dommages c. Angelone*, (CDCHAD, 2005-05-17), au par. 52, *Chambre de l'assurance de dommages c. Légaré*, (CDCHAD, 2011-02-21), au par. 49;

circonstances auront tendance à alourdir la sanction, c'est ce qu'on appelle les facteurs aggravants.

En matière d'inconduite sexuelle, plusieurs facteurs peuvent pousser le conseil de discipline à imposer une sanction plus sévère.

L'âge de la victime est un élément qui sera pris en considération lorsque viendra le temps d'imposer au professionnel coupable d'inconduite sexuelle une peine. Le fait que le patient soit jeune rendra l'infraction encore plus grave. Dans l'affaire *Phan*³¹¹, le conseil de discipline du Collège des médecins s'est exprimé ainsi à ce sujet :

[32] Le Conseil prend en considération les facteurs aggravants suivants soit le fait que la patiente n'était âgée que de 18 ans au moment des événements et que l'intimé était en situation d'autorité vis-à-vis cette dernière qui consultait un spécialiste neurologue pour ses problèmes de migraine et qui ne pouvait s'attendre à un tel comportement de la part d'un professionnel en qui elle avait confiance.

Plus le client est jeune, plus il sera associé à un être vulnérable facilement intimidable par le professionnel de la santé qu'il consulte. Il revient donc au soignant de se questionner sur la maturité de son client récemment majeur³¹². La même logique peut également s'appliquer aux personnes handicapées ou dont l'état physique les rend vulnérables.

Le fait qu'un professionnel administre des médicaments à son patient afin de poser des gestes à caractère sexuel constitue un autre facteur aggravant. Altérer les facultés d'un client à des fins d'abus sexuel est inadmissible. Un chirurgien plasticien, le Dr Marc Bissonnette, a administré à trois de ses patientes de fortes doses de sédatifs afin de les rendre vulnérables et toucher leurs parties génitales³¹³.

³¹¹ *Collège des médecins du Québec c Phan*, supra note 216;

³¹² *Cadrin c. Psychologues (Ordre professionnel des)*, supra note 38, à la p. 363;

³¹³ *COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC C. BISSONNETTE* (C.D. MÉD., 2010-02-22), (DÉCISION SUR SANCTION);

Dans une autre affaire³¹⁴, le conseil de discipline du Collège des médecins a conclu que le fait pour un médecin d'avoir des relations sexuelles avec des patients alors qu'il était atteint du sida constitue un facteur extrêmement aggravant et a imposé à l'intimé une radiation permanente vu les circonstances.

La jurisprudence vient nous rappeler que le milieu de travail dans lequel œuvre le professionnel peut également influencer la sanction qui sera imposée dans le cas d'une inconduite sexuelle :

Il faut enfin souligner le milieu de travail de l'appelant. Selon le psychologue d'un C.L.S.C., il devait manifester une attention toute particulière aux aléas pouvant résulter de ses relations professionnelles avec une clientèle étudiante d'âge juvénile. Indépendamment des sentiments réels éprouvés par l'appelant dans sa relation avec madame, il a démontré des lacunes sérieuses quant à la compréhension de ses devoirs et de ses responsabilités.³¹⁵

(Notre soulignement)

Cette idée s'applique à tout professionnel qui travaille dans un environnement caractérisé par un type de clientèle particulièrement vulnérable. Par exemple, le fait qu'une personne exerce sa profession en milieu psychiatrique devra être pris en considération par le conseil de discipline lorsque viendra le temps de fixer la peine³¹⁶.

La préméditation est un autre facteur qui vient alourdir la peine en matière d'inconduite sexuelle. En effet, poser des gestes à caractère sexuel de manière intentionnelle rendra l'infraction encore plus grave³¹⁷, tout comme en droit criminel.

Il existe une panoplie d'autres facteurs aggravants qui peuvent contribuer à l'imposition d'une peine plus lourde, tels que l'utilisation de ruse, la vaste expérience du professionnel, le manque de repentir de la part du professionnel, l'intensité des gestes qui ont été posés, la lourdeur du préjudice subi par la victime, la vulnérabilité du patient,

³¹⁴ *Legros c. Krause*, C.D. Méd., 24-93-00320, 17 novembre 1994 (culpabilité) et 21 décembre 1994 (sanction);

³¹⁵ *Cadrin c. Psychologues (Ordre professionnel des)*, supra note 38, à la p. 363;

³¹⁶ FEDERATION STATE OF MEDICAL BOARDS, , aux pp. 6 et 7, *Médecins (Ordre professionnel des) c. Vanter* (C.D. Méd., 2006-11-24), au par 40, *Lapointe c. Médecins*, (T.P., 1996-12-18), à la p. 7 :« Il faut avoir à l'esprit le fait que l'appelant est un médecin spécialisé en psychiatrie qui de ce fait, ne peut ignorer les effets pernicieux de sa conduite avec sa patiente. »;

³¹⁷ *Collège des médecins du Québec c. Roy* (C.D. Méd., 2006-01-11), au par. 74, MORNEAULT, Brigitte, supra note, à la p.173 ;

la récidive³¹⁸, le nombre élevé de victimes, la longueur de la période sur laquelle s'est étendue l'infraction de nature sexuelle³¹⁹.

Concernant la durée de l'infraction, il est important de comprendre qu'un professionnel peut obtenir une sanction plus sévère même si l'abus s'est produit sur une courte période. En effet, le conseil de discipline se basera souvent sur la longueur de la thérapie pour évaluer ce facteur³²⁰. Plus la thérapie est longue, et plus le lien thérapeutique est fort. Il n'importe pas que les gestes se soient déroulés à l'occasion d'une seule séance, par exemple. Ce qui sera considéré comme un facteur aggravant est la longueur et l'intensité de la relation thérapeutique³²¹.

Le fait que l'infraction se soit déroulée sur une longue période, sera aussi logiquement considéré comme un facteur aggravant.

La mauvaise attitude du professionnel pourra également jouer en faveur d'une sanction plus sévère, tel qu'affirmé dans l'affaire *Vanter*³²²;

[18] Elle mentionne que la preuve a révélé que (...) était une patiente vulnérable, qui consultait pour des problèmes conjugaux et que ce n'est pas elle qui a séduit le médecin mais plutôt lui qui lui a demandé d'avoir des relations sexuelles, l'encourageant même à quitter son mari, ce qu'elle a fait sur recommandations. Elle souligne qu'en tant que physiothérapeute, il a abusé de cette relation afin de s'en servir à ses propres fins. Elle rappelle également qu'il ne s'agit pas d'un geste isolé en ce que leur relation a duré environ six mois et ce, alors que la patiente étant encore en traitement.³²³

Ce passage nous permet d'identifier plusieurs facteurs aggravants tels que la gravité de l'abus qui a été commis, la ruse qu'a employée le professionnel pour profiter de sa cliente et l'extrême vulnérabilité de cette dernière.

³¹⁸ Afin d'évaluer le risque de récidive du professionnel, le conseil de discipline devrait prendre en considération sa conduite postérieure aux infractions commises dans le passé (*Reine c. Maheu*, (1997) R.J.Q. 410, R. c. *Proulx*, (2000) 1 R.C.S. 61, par. 70 et *Dentistes (Ordre professionnel des) c. Dupont*, *supra* note, par. 53 et au par. 55 : « [55] L'écoulement du temps n'atténue pas la gravité objective des infractions déontologiques mais il peut, dans les circonstances appropriées, rassurer en démontrant que le professionnel, malgré son inconduite, ne constitue pas ou plus un danger pour la sécurité du public. »

³¹⁹ FEDERATION OF STATE MEDICAL BOARDS, *supra* note 129, à la p.9;

³²⁰ *Psychologues (Ordre des) c. Lipman* (C.D. Psy., 2006-04-05), au par. 22;

³²¹ LASSONDE, Julie, *supra* note 98, à la p. 74;

³²² *Médecins (Ordre professionnel des) c. Vanter*, *supra* note 316;

³²³ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Vanter*, *Ibid.*;

Les conséquences subies par les victimes inciteront également les conseils de discipline à imposer une peine plus lourde. Le fait que le patient soit en état de choc, vive une rupture, ait recours à une thérapie ou ne soit pas en mesure de vivre sa vie normalement, par exemple, contribuera à faire augmenter la période de radiation³²⁴.

Les réactions du professionnel face à la plainte disciplinaire portée contre lui ainsi qu'aux conséquences découlant de ses actes seront analysées par le conseil de discipline au stade de la sanction. Le manque de regrets, l'inconscience de la gravité des gestes posés et la ridiculisation du processus disciplinaire n'aideront certainement pas le professionnel coupable d'inconduite sexuelle à obtenir une peine plus clémente, bien au contraire :

[23] Le Conseil note également que l'intimé ne semble pas affecté par les conséquences de ses actes auprès de ses patientes mais bien au contraire, il croit que leur dénonciation et les gestes qu'elles lui reprochent sont exagérés et que de toute manière, tout le processus disciplinaire lui semble bien ridicule. C'est du moins ce que le Conseil a compris de son attitude lors de l'audition qui peut être qualifiée d'irrespectueuse tant pour ses pairs que pour ses victimes.³²⁵

Ne pas se soucier des sentiments de la victime est aussi un facteur aggravant soulevé par les conseils de discipline. Lorsqu'un professionnel se moque des émotions de ses victimes, il dénote une certaine insouciance qui vient aggraver la nature de l'infraction³²⁶.

Également, le fait pour un professionnel de continuer à poser des gestes sexuels sur ses patients même après avoir été radié ou après avoir été avisé qu'il est sous enquête, constitue un facteur aggravant³²⁷.

Les éléments que nous venons de mentionner ne constituent pas une liste limitative de facteurs aggravants, en ce qu'il en existe une panoplie. En effet, chaque affaire

³²⁴ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Vanter, Ibid.*, au par. 19;

³²⁵ *Infirmières et infirmiers (Ordre des) c. St-Pierre, supra note 212*, à la p.9;

³²⁶ *Psychologues (Ordre des) c. Bellemare*, (C.D. Psy., 2010-06-29), par. 33;

³²⁷ *Médecins (Ordre des) c. Stébenne* (C.D. Méd., 2005-09-29), par. 104;

comporte des circonstances qui lui sont particulières et qui peuvent militer en faveur d'une sanction plus lourde.

La jurisprudence soulève également des facteurs dits atténuants qui pousseront les conseils de discipline à attribuer une sanction plus clémentine à un professionnel, même dans des circonstances où les gestes posés sont objectivement graves.

Par exemple, dans une affaire³²⁸, les membres du conseil de discipline ont pris en considération deux éléments atténuants afin d'imposer une sanction plus clémentine à un professionnel qui aurait normalement obtenu une sanction assez sévère vu la gravité des gestes posés, soit son âge avancé et le fait que sa vie professionnelle tirait à sa fin.

Les conséquences déjà subies par le professionnel fautif seront également parfois considérées comme un facteur atténuant, tel que l'affirme le Collège des médecins :

[52] Il est également de la jurisprudence constante que les conséquences déjà subies par le professionnel constituent un facteur pertinent dans la détermination de la sanction adéquate. En l'espèce, en plus des conséquences évidentes sur sa vie personnelle et professionnelle, l'intimé a été incarcéré pour avoir commis les gestes dont il est question en l'espèce, une conséquence que plusieurs autres professionnels ayant déjà agi de la sorte n'ont pas eu à subir. Le Tribunal des professions a d'ailleurs déjà précisé qu'il est opportun de tenir compte, à titre de critère subjectif, du fait que le professionnel a déjà été puni par une peine d'emprisonnement.³²⁹

Dans l'affaire *Bérubé*³³⁰, le procureur du plaignant mentionne au conseil de discipline du Collège des médecins que l'intimé a vécu une période difficile qui l'a incité à poser des gestes de nature sexuelle. Les problèmes vécus par l'intimé ont été assimilés à un facteur atténuant qui a joué en faveur de recommandations communes plus clémentines³³¹.

L'évolution positive du professionnel figure aussi sur la liste des facteurs atténuants. En effet, lorsqu'une période de temps s'est écoulée depuis la commission de l'infraction reprochée et que le professionnel s'est repris en main depuis, le Tribunal des professions

³²⁸ *Comité-Médecins-5* (1985) D.D.C.P. 129 (résumé)- Bien que cette décision date de 1985, nous considérons que cette logique peut être applicable aujourd'hui;

³²⁹ *Médecins (Collège des) c. Nguyen* (C.D. Méd., 2007-10-16);

³³⁰ *Médecins c. Bérubé*, C.D. Méd. 24-03-00580, 10 août 2004;

³³¹ *Ibid.*;

a conclu qu'il faut appliquer le principe de « l'exemplarité positive »³³². Selon ce principe, il faut sanctionner l'individu et non le comportement répréhensible : « compte tenu des changements considérables et très positifs survenus chez l'appelant, il serait injuste de ne pas évaluer la sanction en fonction du type d'individu que le comité avait devant lui. »³³³.

L'amour ne peut jamais excuser l'inconduite sexuelle; il peut néanmoins atténuer la sanction qui sera imposée au professionnel qui en est coupable. Dans l'affaire *Sirois*³³⁴, le Tribunal des professions a déterminé que le psychologue en question n'était pas un être de mauvaise foi, mais bien une personne qui a vécu une histoire d'amour avec sa patiente pendant trois ans. D'ailleurs, ce professionnel avait mis fin à la relation thérapeutique parce qu'il avait l'impression qu'il ne se comportait plus comme un thérapeute. Ces éléments ont encouragé le Tribunal à lui imposer une période de radiation moins importante que pour des gestes sexuels commis par insouciance ou mauvaise foi.

L'absence d'antécédents disciplinaires constitue un autre facteur atténuant dans certains cas, surtout en présence d'un plaidoyer de culpabilité et recommandations communes³³⁵.

Le fait pour un professionnel d'avoir été chercher de l'aide, que ce soit une thérapie formelle ou informelle, constitue un facteur atténuant aux yeux des conseils de discipline³³⁶.

Finalement, la volonté réelle de changer du professionnel³³⁷, le fait que ce dernier plaide coupable à la première occasion³³⁸, qu'il ait bien collaboré à l'enquête du syndic³³⁹, que

³³² *Blanchette c. Psychologues*, [1996] D.D.O.P. 325, à la p. 329;

³³³ *Blanchette c. Psychologues*, *Ibid.*, à la p. 325;

³³⁴ *Sirois c. Psychologues*, *supra* note 126;

³³⁵ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Pelletier* (C.D. Phy., 2008-06-17), *Médecins c. Kronstrom* (C.D. Méd., 2008-01-25), *Médecins c. Rabinovitch*, *supra* note 210, *Médecins c. Lalonde* (C.D. Méd., 2011-02-24), *Médecins c. Jobin*, *supra* note 220, *Médecins c. Phan*, *supra* note 216, *Médecins c. Provençal* (C.D. Méd., 2011-10-26), *Médecins c. Bitchoka* (C.D. Méd., 2012-06-05);

³³⁶ *Psychologues c. Bruneau* (C.D., Psy., 2010-12-09), *Médecins c. Rabinovitch*, *supra* note 210, *Médecins c. Lalonde*, *supra* note, *Médecins c. Provençal*, *supra* note 335, *Médecins c. Bitchoka*, *supra* note 335, *Médecins c. Gauthier*, *supra* note 287;

³³⁷ *Médecins c. Grégoire*, *supra* note 214;

les gestes posés se soient produits à une seule occasion³⁴⁰ et/ou que les gestes aient été initiés³⁴¹ par le patient, qu'il exprime des regrets sincères³⁴², et le fait que les chances de récidives soient quasi-nulles³⁴³, constituent également des facteurs atténuants que les conseils de discipline prendront en considération au moment d'imposer la sanction.

2.3.2 Les sanctions prévues

L'article 156 du *Code des professions* prévoit, à son alinéa 2, que la radiation et l'amende constituent une peine obligatoire et minimale en matière d'inconduite sexuelle commise par un professionnel. Sans toutefois en préciser la durée, le *Code* fixe comme minimum la radiation temporaire.

Il existe trois types de radiation : la radiation provisoire³⁴⁴, la radiation temporaire et la radiation permanente.

La radiation provisoire est le retrait immédiat du permis de pratique du professionnel, jusqu'à la décision finale du conseil de discipline³⁴⁵. Une telle mesure est habituellement demandée lorsque la protection du public est en danger : « [e]n effet, la radiation provisoire suppose un certain degré d'urgence pour éviter que la protection du public ne soit compromise ou mise en péril »³⁴⁶.

L'article 130 du *Code des professions* énonce les quatre situations permettant l'ouverture d'une ordonnance de radiation provisoire, soit : lorsque l'on reproche au

³³⁸ *Psychologues c. Bilodeau* (C.D. Psy. 2009-09-28), *Psychologues c. Boivin*, *supra* note 138, *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Pelletier*, *supra* note 335, *Médecins c. Kronstrom*, *supra* note 335;

³³⁹ *Psychologues c. Bilodeau*, *supra* note 338, *Médecins c. Kronstrom*, *supra* note 335, *Médecins c. Barette* (C.D. Méd., 2008-02-18);

³⁴⁰ *Psychologues c. Boivin*, *supra* note 138;

³⁴¹ *Ibid.*;

³⁴² *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Pelletier*, 2008, *supra* note 335, *Ordre professionnel de la physiothérapie c. Caron* (C.D. Phy., 2012-05-28), *Médecins c. Kronstrom*, *supra* note 335;

³⁴³ Ce facteur est souvent établi selon un rapport d'expert, voir notamment *Médecins c. Barette*, *supra* note, *Médecins c. Grégoire*, *supra* note, *Médecins c. Pilorgé*, *supra* note 213, *Médecins c. Jobin*, *supra* note 220;

³⁴⁴ Bien que la radiation provisoire ne constitue pas une sanction en soi, mais bien une mesure provisoire, nous avons pris la liberté de l'aborder dans cette section avec les deux autres types de radiation;

³⁴⁵ VILLENEUVE, Jean-Guy, DUBÉ, Nathalie et HOBDAÏ, Tina, *supra* note 237, à la p. 205;

³⁴⁶ VILLENEUVE, Jean-Guy, DUBÉ, Nathalie et HOBDAÏ, *Ibid.*, à la p. 200;

professionnel d'avoir commis une infraction sexuelle selon 59.1 du Code des professions, de s'être approprié sans droit de sommes appartenant à son client à des fins autres que l'exercice de sa profession, d'avoir commis une infraction telle que la sécurité du public risque d'être mise en péril s'il n'est pas radié ou d'avoir entravé le syndic dans l'exercice de ses fonctions.

Pour que le conseil de discipline accueille une requête en radiation provisoire, le syndic doit prouver que le public est en danger et qu'il n'existe aucun autre moyen de la préserver que la radiation immédiate du professionnel. Dans l'affaire *Do c. Ordre professionnel des dentistes*³⁴⁷, le Tribunal des professions a tenu compte des conditions de remise en liberté imposées par le juge de la chambre criminelle pour conclure que le public n'était pas en danger et que l'émission d'une ordonnance de radiation provisoire n'était pas nécessaire dans les circonstances³⁴⁸.

Pour que le conseil de discipline émette une telle ordonnance, il ne suffit pas de prouver que ce sont uniquement les patients visés par la plainte qui sont en danger, mais également le public en général³⁴⁹.

La jurisprudence a souvent répété les quatre conditions à remplir pour l'obtention d'une radiation provisoire :

[98] Une jurisprudence bien établie tant des comités de discipline que du Tribunal précise les critères devant guider l'exercice de la discrétion du comité de discipline saisi d'une demande de radiation provisoire ou de limitation provisoire en vertu de l'article 130 (3^o) du Code :

- la plainte doit faire état de reproches graves et sérieux;
- ces reproches doivent porter atteinte à la raison d'être de la profession;
- une preuve à première vue (« prima facie ») démontre que le professionnel a commis les gestes reprochés;
- la protection du public risque d'être compromise si le professionnel continue à exercer sa profession.³⁵⁰

³⁴⁷ [1997] D.D.O.P. 255 (T.P.);

³⁴⁸ *Ibid.*;

³⁴⁹ *Michalakopoulos c. Avocats*, [2004] D.D.O.P. 271 (T.P.), au par. 20;

Les deux premiers critères sont plutôt objectifs puisqu'ils visent la nature de l'infraction commise³⁵¹. Dans le cas d'une inconduite sexuelle, il ne fait aucun doute qu'une plainte fondée sur l'article 59.1 du Code constitue un reproche grave et sérieux et porte inéluctablement atteinte à la raison d'être de la profession³⁵². Les deux premiers critères élaborés par la jurisprudence « font appel au jugement objectif fondé essentiellement sur la description des manquements et leur renvoi aux dispositions légales ou règlementaires invoquées dans la plainte disciplinaire »³⁵³. Par ailleurs, l'article 130 du Code prévoit qu'une plainte peut demander la radiation provisoire d'un intimé dans le cas d'une infraction à l'article 59.1³⁵⁴.

En présence d'une plainte d'inconduite sexuelle, il faut seulement que les troisième et quatrième critères soient remplis pour qu'une radiation provisoire soit prononcée contre l'intimé. La preuve *prima facie*, dont il est question au troisième critère, n'implique pas que le syndic doive prouver que les gestes ont bel et bien été posés par le professionnel, mais seulement que l'infraction paraisse avoir été commise³⁵⁵. Le syndic n'est pas dans l'obligation de présenter une preuve prépondérante³⁵⁶; il doit uniquement soulever la gravité des gestes qui sont reprochés dans la plainte³⁵⁷. La jurisprudence a d'ailleurs établi que le syndic n'a pas à déposer tous les éléments de preuve relatifs aux faits reprochés dans la plainte, mais uniquement à prouver que sa demande en radiation provisoire repose sur des arguments sérieux³⁵⁸.

D'ailleurs, à l'étape de la requête en radiation provisoire, les règles de preuve sont beaucoup plus souples que lors de l'audition sur le fond. En effet, l'on permettra le oui-

³⁵⁰ *Mailloux c. Médecins (Ordre professionnel des)*, [2009] D.D.O.P. 268, voir également *Acupuncteurs c. Zhou*, C.D. Acu. 42-2012-01, 17 mai 2012 (décision sur requête pour l'émission d'une ordonnance de radiation provisoire), aux p.17-18, *Notaires (Ordre professionnel des) c. Brunet*, [1995] D.D.O.P. 117, à la p. 120, *Collège des médecins c. Langevin* (C.D. Méd., 2007-12-06), au par. 32;

³⁵¹ *Mailloux c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2009, *supra* note 350;

³⁵² *Acupuncteurs c. Zhou*, *supra* note 130;

³⁵³ *Mailloux c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2009, *supra* note 350, au par. 102;

³⁵⁴ Article 130 par. 1;

³⁵⁵ *Mailloux c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2009, *supra* note 350, au par. 125, *Chartrand c. Aubry*, T.P. Laval, no. 540-07-000023-994, 16 février 2001,

³⁵⁶ *Chartrand c. Aubry*, *supra* note 355, paragraphes 28 à 30;

³⁵⁷ *Conseillers et conseillères d'orientation (Ordre professionnel des) c. Lussier* (C.D.C.C.O.Q., 2011-02-23), au par.84;

³⁵⁸ *Collège des médecins du Québec c Genest*, (C.D. Méd., 2005-05-20);

dire³⁵⁹, les preuves de caractère, la production de décisions antérieures concernant le professionnel etc.³⁶⁰

Finalement, une fois les trois premiers critères remplis, le syndic devra démontrer que la répétition ou la continuation de gestes reprochés à l'intimé pourrait constituer un danger à la protection du public³⁶¹. Cette protection ne vise d'ailleurs pas les patients identifiés dans la plainte, mais bien l'ensemble de la population³⁶².

Il faut garder à l'esprit que la radiation provisoire constitue une mesure exceptionnelle³⁶³ qui doit être utilisée avec prudence puisqu'elle a pour conséquence de priver immédiatement le professionnel de son gagne-pain³⁶⁴.

Le professionnel a donc la liberté de présenter une défense et de faire valoir ses prétentions, afin de prouver que la protection du public n'est pas compromise. Au stade de la requête en radiation provisoire, celui-ci n'a pas à convaincre le conseil qu'il n'a pas posé les gestes qui lui sont reprochés, mais uniquement de présenter une preuve selon laquelle il ne représente pas un danger pour la société³⁶⁵.

Une fois la décision sur la radiation provisoire rendue par le conseil de discipline, le professionnel peut toujours saisir le Tribunal des professions par une requête en sursis de la radiation provisoire.

À ce stade, il devra mettre en valeur les éléments suivants : la décision du conseil de discipline est entachée d'une faiblesse apparente, il existe des circonstances exceptionnelles pouvant donner ouverture à la suspension de l'exécution de l'ordonnance de radiation provisoire, ses intérêts privés sont davantage en danger que

³⁵⁹ Normalement, les tribunaux administratifs sont plus souples quant aux règles procédurales et de preuve. Le ouï-dire est donc habituellement toléré tant que les principes de justice naturelle ne sont pas violés;

³⁶⁰ *Chartrand c. Aubry*, *supra* note 355, à la p.5

³⁶¹ *Frison c. Comité de discipline de l'Ordre des chiropraticiens du Québec*, [1989], R.D.J. 495 (CA), *Corriveau c. Michaud (Avocats)*, [1998] D.D.O.P. 216 (T.P.);

³⁶² *Michalakopoulos c. Ordre professionnel des avocats*, *supra* note 349;

³⁶³ *Barreau du Québec c. Finney*, [2004] 2 R.C.S. 17, *Médecins (Corp. Professionnelle des) c. Michaud*, [1992] D.D.C.P. 123;

³⁶⁴ *Mailloux c. Médecins (Ordre professionnel des)*, *supra* note 350, au par. 67;

³⁶⁵ *Corriveau c. Michaud (Avocats)*, *supra* note 361;

ceux du public et le professionnel subira un préjudice irréparable si un sursis de la radiation provisoire n'est pas prononcé en attendant la décision sur le fond du conseil de discipline.³⁶⁶

Pour les cas d'inconduite sexuelle, le Code des professions prévoit une sanction minimale constituée d'une radiation temporaire et d'une amende³⁶⁷.

En ce qui concerne la période de radiation, le Législateur n'a pas prévu de « période plancher », dotant ainsi les conseils de discipline d'un grand pouvoir : celui d'imposer la sanction qu'ils estiment juste et raisonnable.

La jurisprudence est cependant venue établir que la période de radiation doit être assez importante pour rencontrer les objectifs du droit disciplinaire, soit la protection du public, la dissuasion du professionnel et celle des autres membres de la profession, sans plus³⁶⁸. La durée de la radiation dépendra d'une panoplie de facteurs, aggravants et atténuants, de ce qui a été imposé dans le passé pour le même type d'infraction, de la gravité des gestes posés etc. Il n'y aura donc pas application systématique d'une période fixe ou minimale.

La radiation permanente, pour sa part, correspond à la « mort professionnelle de l'intimé »³⁶⁹ et constitue la sanction ultime en droit disciplinaire. Au Québec, cette peine est très rarement imposée, en ce qu'elle prive normalement le professionnel d'exercer sa profession *aeternum*.

³⁶⁶ *Genest c. Médecins (Ordre professionnel des)*, T.P.Montréal, no. 500-07-0003322-010, 21 avril 2001, au par. 10;

³⁶⁷ Il est intéressant de souligner que, dans certains cas, une partie de l'amende pourra être versée à la victime d'inconduite sexuelle à titre compensatoire. En effet, le conseil de discipline d'un ordre peut recommander au conseil d'administration de verser l'intégralité ou une partie de l'amende à la victime (*Code des professions*, article 158.1 alinéa 2);

³⁶⁸ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. D'Souza*, supra note 12;

³⁶⁹ *Médecins c. Nguyen*, supra note, décision sur sanction, à la p.7. Expression employée par le procureur de l'intimé.

L'article 161 du *Code des professions* offre cependant la possibilité au professionnel radié de manière permanente de demander son réinscription au tableau de l'ordre dont il est membre;

Une telle situation se produit habituellement lorsque le lien de confiance entre le public et le professionnel est complètement brisé³⁷⁰. Selon la jurisprudence, la radiation permanente est normalement imposée aux récidivistes qui ne semblent pas corriger leur comportement, surtout lorsque celui-ci est grave :

[151] Au surplus, en l'espèce, il y a lieu d'accorder un poids important aux éléments suivants : il s'agit de la troisième plainte de même nature à être déposée à l'égard de l'intimé, celui-ci est psychiatre et ses victimes sont des femmes vulnérables et troublées moralement et psychologiquement et au surplus, malgré le processus disciplinaire en cours, l'intimé a continué de poser les gestes répréhensibles qui lui étaient reprochés par son Ordre professionnel, affirmant toutefois, pendant la même période, avoir bien saisi la gravité de ses gestes, les regretter de façon sincère et avoir la ferme intention de ne plus recommencer. Dans de telles circonstances, le comité de discipline ne peut conclure autrement qu'en affirmant que l'intimé doit être écarté de façon définitive de la pratique de la médecine, n'ayant su saisir la chance de modifier son comportement qui lui a déjà été offerte à deux reprises par le comité de discipline.³⁷¹

(Nos soulignements)

Les instances disciplinaires prendront également en considération l'« histoire professionnelle »³⁷² de l'intimé pour déterminer si la radiation permanente est la sanction appropriée. En ce sens, un professionnel qui ne cesse de contrevenir aux différentes lois professionnelles et qui porte constamment atteinte à l'honneur et à l'intégrité de la profession s'exposerait plus à une telle sanction qu'un professionnel qui pose un geste grave pour la première fois.

Lorsque le professionnel choisit continuellement de ne pas respecter les règles imposées par sa profession, il doit s'attendre à perdre son permis de pratique :

L'intimée préfère ne pas respecter les règles d'éthique les plus élémentaires et agir selon les fantasmes de son imagination. H s'agit là de son choix mais elle ne peut utiliser son statut de médecin dans ce choix pour s'assurer d'une plus grande crédibilité auprès de la population.³⁷³

Un professionnel de la santé reconnu coupable d'avoir posé des gestes à caractère sexuel sur un ou des patients, ne sera pas automatiquement radié à vie de son ordre

³⁷⁰ *Dupuis c. Dubois* (C.D. Psy., 2007-05-24), *Collège des médecins c. Bissonnette*, *supra* note 275, aux par. 101, 102, 103 et 178;

³⁷¹ *Médecins c. Stébenne*, *supra* note 322;

³⁷² *Ordre des dentistes du Québec c. Bitton* (C.D. Den., 2012-02-27), au par. 31;

³⁷³ *Dre Marguerite Dupré c. Dre Guylaine Lancôt* (C.D. Méd., 1997-10-16);

professionnel. La radiation permanente sera imposée suite à une analyse de différents facteurs tels que la récidive, la gravité des gestes posés, l'attitude du professionnel, la présence ou l'absence de remords, le danger pour le public etc.

L'affaire *Krause*³⁷⁴ aborde la question de la protection du public et de la dangerosité de l'infraction commise. Dans cette cause, le médecin Krause avait eu des relations sexuelles non-protégées avec des personnes sachant qu'il était séropositif et avait refusé de répondre aux questions du syndic, démontrant ainsi une grave nonchalance et un manque de respect envers les membres de son ordre professionnel, ses confrères et le public en général. Dans un tel contexte, le conseil de discipline du Collège des médecins lui avait imposé une radiation permanente assortie d'une amende de 6 000\$.

En ce qui a trait à l'amende, l'amende minimale prévue par le *Code des professions* est de mille dollars³⁷⁵. En matière d'inconduite sexuelle, nous remarquons que les amendes imposées dépassent rarement les mille dollars, puisque les professionnels qui en sont coupables, reçoivent déjà une période de radiation temporaire.

Si nous nous fions à un tableau d'analyse que nous avons produit et qui vise les décisions en matière d'inconduite sexuelle rendues entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2012, nous réalisons que rares sont les cas où une amende supérieure à mille dollars a été imposée au professionnel déclaré coupable sous l'article 59.1 du Code des professions³⁷⁶.

Il peut également arriver que le conseil de discipline décide que la totalité ou une partie de l'amende imposée au professionnel soit versée à « la victime d'un acte dérogatoire visé à l'article 59.1, pour défrayer les coûts des soins thérapeutiques reliés à cet acte »³⁷⁷.

La révocation de permis est, quant à elle, une mesure exceptionnelle; le membre dont le permis est révoqué n'est plus admissible à l'ordre professionnel en question.

³⁷⁴ *Legros c. Krause*, *supra* note 314;

³⁷⁵ *Code des professions*, article 156 alinéa 1c);

³⁷⁶ Voir annexe 1, tableau;

³⁷⁷ Article 158.1 du *Code des professions*;

Contrairement à la radiation temporaire ou permanente, le professionnel à qui l'on retire le permis d'exercice, ne peut plus s'inscrire à son ordre professionnel³⁷⁸.

La révocation de permis est une sanction radicale qui est imposée dans des cas exceptionnels. Par exemple, dans l'affaire *Ouaknine*³⁷⁹, le conseil de discipline de l'Ordre des psychologues du Québec avait révoqué le permis de l'intimé pour les raisons suivantes :

[5] Le Conseil a déjà rendu une décision dans le dossier connexe à celui-ci et portant le numéro 33-09-00376; tous les motifs élaborés dans cette dernière décision font partie intégrante de la présente décision.

[6] Cependant, le Conseil imposera une sanction beaucoup plus sévère dans le présent dossier parce que la victime était une jeune dame qui consultait justement pour avoir été agressée sexuellement et l'intimé s'est servi de la vulnérabilité de cette cliente pour assouvir ses propres pulsions sexuelles.

[7] Le plaignant réclame une sanction qui tient compte de cette aggravation et demande donc une révocation du permis sur le chef 1 avec une amende de 3 000 \$; le plaignant demande également qu'une partie de cette somme soit versée à la victime pour payer sa psychothérapie. Quant au deuxième chef, le plaignant recommande une amende de 1 500 \$;

C'EST POURQUOI LE CONSEIL :

[8] **CONDAMNE** l'intimé au chef 1 à la révocation de son permis ainsi qu'à une amende de 3 000 \$.

[9] **RECOMMANDE** au conseil d'administration de l'Ordre que cette amende soit remise par l'Ordre, en tout ou en partie, à la victime pour défrayer le coût des soins thérapeutiques reliés à cet acte.

[10] **CONDAMNE** l'intimé au chef 2 à une amende de 1 500 \$.

2.3.3 Les modalités de la sanction et les limites de pratique

Lorsqu'un professionnel est déclaré coupable d'une infraction en vertu de l'article 59.1 du *Code des professions*, il écope automatiquement d'une radiation³⁸⁰. Dans le cas d'une

³⁷⁸ *Chénier c. Pouliot*, T.P. Montréal, no. 500-07-000140-974, 27 mai 1998;

³⁷⁹ *Dupuis c. Ouaknine* (C.D. Psy., 2010-09-30);

³⁸⁰ Article 156 alinéa 2 du *Code des professions*.

Tel que vu précédemment, cette radiation est généralement temporaire sauf dans certains cas extrêmes où le professionnel sera radié de manière permanente;

radiation permanente, le Code prévoit qu'une publication de l'avis de radiation dans un journal local est obligatoire³⁸¹ :

180. Le secrétaire du conseil de discipline doit faire parvenir à chacun des membres de l'ordre auquel appartient un professionnel qui fait l'objet d'une radiation provisoire, temporaire ou permanente du tableau, dont le droit d'exercice est limité ou suspendu, ou dont le permis ou le certificat de spécialiste est révoqué, un avis de la décision définitive du conseil de discipline ou du Tribunal des professions, selon le cas, entraînant cette radiation, limitation, suspension ou révocation et, le cas échéant, un avis d'une décision du conseil de discipline rectifiant une telle décision ou du tribunal rectifiant ou révisant une telle décision. Cet avis doit comprendre le nom du professionnel, le lieu de son domicile professionnel, le nom de l'ordre dont il est membre, sa spécialité le cas échéant, la date et la nature des faits qui lui sont reprochés, dans le cas d'une radiation provisoire ou d'une limitation provisoire du droit d'exercer des activités professionnelles, ou de l'infraction qu'il a commise ainsi que la date et un sommaire de la décision.

De plus, le secrétaire du conseil doit faire publier cet avis dans un journal circulant dans le lieu où le professionnel visé avait son domicile professionnel, lorsqu'il fait l'objet d'une radiation permanente, d'une limitation ou d'une suspension permanente de son droit d'exercice ou d'une révocation de son permis ou de son certificat de spécialiste. Il peut également faire publier un avis dans un journal circulant dans tout autre lieu où le professionnel a exercé ou pourrait exercer sa profession. Le secrétaire du conseil choisit le journal le plus susceptible d'être lu par la clientèle du professionnel.

(Notre soulignement)

Un professionnel radié de manière permanente fera donc l'objet d'un avis de radiation, non seulement auprès de ses confrères, mais également auprès de la société.

Cependant, dans le cas d'une radiation temporaire, un pouvoir discrétionnaire est dévolu au conseil de discipline en vertu de l'article 156 du *Code des professions* : celui de celui de décider si un avis de radiation sera publié ou non dans un journal local circulant dans le lieu d'exercice du professionnel en question :

156. Le conseil de discipline impose au professionnel déclaré coupable d'une infraction visée à l'article 116, une ou plusieurs des sanctions suivantes sur chacun des chefs contenus dans la plainte:

[...]

³⁸¹ *Code des professions*, article 180. Voir aussi à ce sujet : *Roy c. Médecins*, 1998, supra note 290;

Le conseil de discipline doit, lors de la décision imposant une radiation temporaire ou une limitation ou une suspension temporaire du droit d'exercer des activités professionnelles, décider si un avis de cette décision doit être publié dans un journal circulant dans le lieu où le professionnel a son domicile professionnel et dans tout autre lieu où le professionnel a exercé ou pourrait exercer sa profession. Si le conseil ordonne la publication d'un avis, il doit, de plus, décider du paiement des frais de publication, soit par le professionnel, soit par l'ordre, ou ordonner que les frais soient partagés entre eux. Le secrétaire du conseil choisit le journal le plus susceptible d'être lu par la clientèle du professionnel.

(Notre soulignement)

Ce pouvoir discrétionnaire dont jouit le conseil de discipline n'en est pas réellement un puisque la jurisprudence est venue établir que la publication constitue la règle et la dispense de publication, l'exception :

[25] La publication de l'avis de la décision imposant une radiation est une modalité de la sanction qu'il appartient au Conseil de décider. À cet égard, il jouit d'un pouvoir discrétionnaire mais il est utile de rappeler qu'en l'absence de circonstances exceptionnelles, la jurisprudence constante établit que la publication de l'avis sera ordonnée.³⁸²

Tel que nous l'enseigne une affaire du conseil du Collège des médecins du Québec, il faudra que la personne qui demande la dispense de publication invoque une circonstance exceptionnelle afin de l'obtenir :

[35] Le conseil doit maintenant disposer de la demande de l'intimé de ne pas publier la présente décision et ce au motif que son épouse médecin pratique dans le même hôpital que lui. Bien que le Conseil comprend parfaitement les inquiétudes de l'intimé et notamment quant aux conséquences d'une telle publication, celui-ci est d'avis que cela ne justifie nullement une telle demande d'exemption et notamment en raison du fait que celle-ci n'a pas le caractère exceptionnel pour le dispenser de la publication en question.³⁸³

³⁸² *Lambert c. Agronomes (Ordre professionnel des)*, (T.P., 2012-03-27), voir aussi : *Mathieu c. Dentistes (Ordre professionnel des)*, T.P., Montréal, no. 500-07-000392-039, 16 mars 2004, *Jovanovic c. Médecins (Ordre professionnel des)*, [2005] D.D.O.P. 342, *Rousseau c. Ingénieurs (Ordre professionnel des)*, (T.P., 2005-06-10), *Duperron c. Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des)*, [2007] D.D.O.P. 258, *Pellerin c. Avocats (Ordre professionnel des)*, [2010] D.D.O.P. 217; *Wells c. Notaires (Corp. professionnelle des)*, [1993] D.D.C.P. 240, *Laurin c. Notaires (Ordre professionnel des)*, [1997] D.D.O.P. 342.;

³⁸³ *Médecins c. Phan*, *supra* note 216;

La jurisprudence ajoute également que ce degré d'exceptionnalité doit être assez élevé pour qu'une dispense de publication soit accueillie lorsqu'il y a radiation d'un professionnel³⁸⁴.

N'ont pas été considérés comme des circonstances exceptionnelles le fait pour un professionnel de travailler dans un petit village ou au sein d'une petite communauté³⁸⁵, les répercussions que l'avis pourrait avoir sur la famille du professionnel³⁸⁶, les préjudices subis par le professionnel, les regrets exprimés par le professionnel et le fait que les actes posés soient isolés³⁸⁷.

Au sujet de la publication, le Tribunal des professions s'exprimait ainsi dans l'affaire Côté³⁸⁸ :

[50] En l'espèce, aucun fait particulier n'a été mis en preuve, qui justifierait le comité d'accorder la demande soumise. En effet, l'intimée se trouve dans la même situation que tout autre professionnel qui se voit imposer une période de radiation temporaire. Dans ces circonstances, le comité estime que le caractère dissuasif et exemplaire que doit revêtir la sanction, la médiatisation de cette affaire ainsi que les impératifs d'information du public qui sous-tendent les dispositions du Code des professions relatives à la publication sont tous des facteurs qui, au contraire, font en sorte qu'il y a lieu d'ordonner la publication d'un avis de la présente décision.

En d'autres mots, les inconvénients que pourrait subir le professionnel suite à la publication de sa radiation dans le journal local ne constituent pas des circonstances exceptionnelles qui justifieraient une dispense de publication. Ces inconvénients découlent plutôt des gestes punissables que le professionnel a initialement posés³⁸⁹ et non pas de la publication en soi.

³⁸⁴ *Langlois c. Dentistes (Ordre professionnel des)*, supra note 286;

³⁸⁵ *Rousseau c. Ingénieurs (Ordre professionnel des)*, supra note 382, au par. 82, *Langlois c. Dentistes*, (Ordre professionnel des), supra note 286;

³⁸⁶ *Médecins c. Phan*, supra note 216, au par. 35, *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Bellahcene*, supra note 25, au par. 32;

³⁸⁷ *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec c. Côté* (C.D. Inf., 2008-07-22), *Langlois c. Dentistes*, (Ordre professionnel des), supra note 286;

³⁸⁸ *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec c. Côté*, supra note 387;

³⁸⁹ *Brunet c. Notaires*, (T.P., 2002-12-03, (jugement rectifié le 2003-01-07)), au par. 28;

Nous estimons que les circonstances exceptionnelles dont il est question dans la jurisprudence devraient être évaluées avec plus de rigueur dans les cas d'inconduite sexuelle. En effet, puisque les infractions à caractère sexuel sont graves et portent directement atteinte au principe de l'intégrité physique et psychique, il est primordial que le public puisse identifier les professionnels ayant posé ce type d'actes.

Les objectifs de la publication étant la protection du public et la dissuasion, rares sont les cas où une dispense de publication a été accueillie.

Dans l'affaire Pelletier³⁹⁰, le comité de discipline de l'Ordre des psychologues a décidé que l'intimé disposait de suffisamment de raisons exceptionnelles pour qu'il soit exempté de la publication de l'avis de radiation, soit :

[26] Dans la présente affaire la preuve démontre que le patient est l'initiateur de la relation et que la relation a débuté plusieurs mois après la thérapie.

[27] Ces deux (2) conditions à elles seules ne sont pas suffisantes pour permettre au comité d'accorder la dispense de publication mais elles servent de déclencheurs à l'examen des autres circonstances.

[28] Les autres circonstances sont les suivantes :

[29] Le procureur de la plaignante ne s'objecte pas à la dispense de publication mais s'en remet à la discrétion du comité.

[30] La preuve démontre que l'intimée est devenue la victime de la relation.

[31] L'intimée, suite à cette relation, a été harcelée de toutes les manières par le patient.

[32] L'intimée vivait une fin de relation avec un autre conjoint et était elle-même fragile.

[33] L'intimée a dû subir un avortement, ne voulant pas avoir un enfant de ce patient.

[34] Le patient s'est servi de cette plainte pour obtenir le remboursement de sommes investies dans du mobilier acquis dans le but d'une vie commune avec l'intimée.

[35] Le patient s'est servi de son ex-conjointe, elle-même psychologue pour devenir la dénonciatrice et plaignante.

³⁹⁰ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Pelletier*, supra note 150;

[36] L'intimée avait peu d'expérience au moment des événements, n'étant psychologue que depuis 1998.

[37] L'intimée n'a aucun antécédent disciplinaire.

[38] L'intimée a suivi un cours de perfectionnement en déontologie.

[39] Toutes ces circonstances, y compris celles nécessaires à leur considération, ont un caractère exceptionnel, qui, selon le comité, donnent ouverture à la dispense de publication.

Finalement, une dispense de publication sera accordée au professionnel si les conséquences découlant de la publication de l'avis de radiation semblent disproportionnées et déraisonnables eu égard aux gestes posés³⁹¹.

Il peut aussi arriver que les conseils de discipline imposent une limite de pratique à un professionnel trouvé coupable d'avoir commis des infractions déontologiques. En effet, l'article 156 g) du *Code des professions* prévoit que la limitation ou la suspension du droit d'exercer des activités professionnelles constitue une sanction au même titre que l'amende, la radiation, la réprimande ou la révocation de permis.

Il n'est donc pas surprenant que certains professionnels coupables d'avoir posé des gestes de nature sexuelle se voient imposer une limitation de leur droit de pratique, que cette dernière soit temporaire ou permanente.

Parfois, les conseils de discipline considèrent qu'une période de radiation n'est pas suffisante pour assurer un redressement du comportement du professionnel coupable d'inconduite sexuelle :

[7] Il soumet que la plaignante recommande une période de radiation temporaire de 3 ans pour l'infraction mentionnée au chef numéro 1, de 18 mois sur le chef numéro 2 et de 24 mois concernant le chef numéro 3, en plus de l'amende minimale sur chacun de ces chefs. Relativement aux chefs 5 et 9, elle recommande une période de radiation temporaire de 12 mois sur chacun d'eux, le paiement des frais ainsi que la publication de la présente décision.

[8] En plus des sanctions proposées, le procureur indique au Conseil que la plaignante est d'avis qu'une limitation du droit de pratique de l'intimé s'impose lorsqu'il aura procédé à sa réinscription au Tableau de l'Ordre. Il soumet que cette limitation devra prévoir que l'intimé ne pourra effectuer des interventions auprès de clients que sous la

³⁹¹ *Ibid.*, par 24;

supervision d'une autre infirmière ou d'un infirmier et qu'il ne pourra exercer sa profession en soins à domicile et ce, pour une période de deux ans.

[...]

[22] Par ailleurs, le Conseil ne connaît que peu de détails sur le professionnel qui comparait devant ses pairs pour des reproches très graves à l'égard desquels il a été trouvé coupable. En effet, l'intimé n'a soumis aucune preuve concernant son cheminement et sa prise de conscience relativement aux gestes posés. Au contraire, il a plutôt convaincu le Conseil qu'il avait hâte d'en finir au plus vite avec ses problèmes disciplinaires pour reprendre sa pratique. Aucune preuve d'introspection n'a été soumise ce qui aurait pu rassurer le Conseil quant au risque de récurrence éventuel. L'intimé semble plutôt inconscient de sa situation et notamment lorsque l'on considère sa réaction lors de l'exposé du procureur de la plaignante relativement à certaines décisions disciplinaires qu'il trouvait passablement ridicules et amusantes. Il n'a également fait aucune preuve à l'effet qu'il avait fait des efforts pour que les faits pour lesquels il a été trouvé coupable ne se reproduisent jamais.

[23] Le Conseil note également que l'intimé ne semble pas affecté par les conséquences de ses actes auprès de ses patientes mais bien au contraire, il croit que leur dénonciation et les gestes qu'elles lui reprochent sont exagérés et que de toute manière, tout le processus disciplinaire lui semble bien ridicule. C'est du moins ce que le Conseil a compris de son attitude lors de l'audition qui peut être qualifiée d'irrespectueuse tant pour ses pairs que pour ses victimes.

[24] Quant à l'affirmation de l'intimé à l'effet qu'il a l'intention de ne plus travailler en milieu institutionnel, celle-ci ne rassure nullement le Conseil et notamment en raison du fait que son comportement ne pourra faire l'objet de contrôle lorsqu'il pratiquera dans ce contexte. Il apparaît donc indispensable qu'une limitation de son droit de pratique lui soit imposée et notamment pour que son travail puisse s'effectuer sous la supervision d'un autre membre de son Ordre lorsqu'il reviendra à la pratique. Ainsi, une période de limitation de 2 ans permettra aux autorités de vérifier le comportement de l'intimé notamment lors de ses interventions auprès de ses patients. Une telle mesure permettra également à l'intimé d'ajuster son comportement aux plus hauts standards de sa profession qui mérite l'estime et le respect du public.³⁹²

(Notre soulignement)

Les périodes de radiation à purger par le professionnel pourront parfois être assorties d'une limitation de pratique, le tout dans le but de s'assurer que le professionnel ait bien compris la gravité des gestes qu'il a posés et que ce dernier fasse l'objet d'une surveillance étroite.

³⁹² *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec c. St-Pierre*, supra note 212;

La limitation du droit d'exercice sera souvent imposée dans un contexte où le professionnel a commis des infractions de manière répétitive dans des circonstances semblables. Par exemple, dans l'affaire *Sadi*, le conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, soulevait que le fait pour l'intimé de commettre des infractions de nature sexuelle sur une clientèle vulnérable constituait « une infraction grave et répétitive »³⁹³.

Dans cette affaire, les parties ont soumis des représentations communes sur sanction qui prévoyaient une limitation d'exercice consistant en une « interdiction durant une période d'une année de traiter des patients de sexe féminin sans la présence d'un autre professionnel de la santé ou d'un préposé aux bénéficiaires ou d'un membre de la famille de la patiente ou d'une autre personne de sexe féminin pendant toute la durée du traitement ou de l'évaluation. »³⁹⁴.

La limitation d'exercice constitue donc un moyen supplémentaire, dont disposent les conseils de discipline, pour s'assurer que le professionnel corrigera à court, moyen ou long terme, ses lacunes³⁹⁵.

Cette limitation peut être permanente ou temporaire, et peut viser un ou plusieurs aspects de la pratique professionnelle du membre. Par exemple, l'infirmier St-Pierre, qui avait posé des actes à caractère sexuel sur plusieurs patientes lors de soins à domicile, s'est vu imposer une limitation d'exercice de deux ans, l'interdisant d'effectuer des interventions auprès de clients sans la présence d'un collègue infirmier(ère) et d'exercer en soins à domicile. Cette limitation devait prendre effet après la date de réinscription de l'intimé au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec³⁹⁶.

Ce type de sanction peut également restreindre le professionnel coupable au niveau de son champ de pratique, le tout encore une fois dans le but de protéger le public. Par exemple, un médecin déclaré coupable d'infractions portant directement atteinte à la raison d'être de la profession et qui constitue un danger pour le public, pourrait voir son

³⁹³ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Sadi*, (C.D. Phys., 2008-11-12), au par.10;

³⁹⁴ *Ibid.*, au par.4;

³⁹⁵ *Normandin c. Orthophonistes et audiologistes*, (T.P., 2002-03-13);

³⁹⁶ *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec c. St-Pierre*, *supra* note 212;

droit de pratique limité à de la médecine administrative ou à de la médecine d'évaluation³⁹⁷, bref à de la médecine qui ne nécessite aucun contact soignant-soigné.

La limitation d'exercice, qu'elle soit temporaire ou permanente, constitue un bon moyen de contrôler et de surveiller les professionnels de la santé récidivistes qui ont posé des gestes abusifs à caractère sexuel, de manière répétitive, et qui constituent un danger pour le public.

L'article 160 du *Code des professions* permet au conseil de discipline d'émettre une recommandation au Conseil d'administration de l'ordre de contraindre le professionnel à compléter un stage ou un cours de perfectionnement. L'alinéa 2 de cet article nous apprend également que lorsqu'un professionnel est déclaré coupable en vertu de l'article 59.1 du *Code des professions*, le conseil de discipline, qui le juge et le condamne, a le droit de recommander au professionnel en question de suivre un programme qui l'aidera à réintégrer la pratique dans le respect des règles déontologiques.

Souvent, dans les cas d'infractions à caractère sexuel, ces cours porteront sur les limites de la relation thérapeutique³⁹⁸, la manière de gérer les situations de transfert et contre-transfert³⁹⁹ et pourront également prendre la forme d'une supervision⁴⁰⁰. À d'autres occasions, les conseils pourront recommander au professionnel de suivre et réussir un cours de déontologie⁴⁰¹.

L'article 160 alinéa 2 parle d'une recommandation directe au professionnel ayant commis une infraction à l'article 59.1 du *Code des professions*. Or, en pratique, il semblerait que les conseils de discipline recommandent plutôt au conseil d'administration de l'ordre visé d'obliger le professionnel à se soumettre aux cours, formations ou supervision qu'ils croient appropriés dans les circonstances et ce, en vertu de l'article 160 alinéa 1.

³⁹⁷ *Collège des médecins du Québec c. Côté* (C.D. Méd., 2001-04-04);

³⁹⁸ *Physiothérapeutes c. Sadi*, *supra* note 393, au par.4;

³⁹⁹ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Boivin*, *supra* note 138;

⁴⁰⁰ *Psychologues c. Bilodeau*, *supra* note 338, et *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Boivin*, *supra* note 138;

⁴⁰¹ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Boivin*, *supra* note 138;

3. UN SYSTÈME À CRITIQUER

3.1 Une vision québécoise paternaliste

3.1.1 L'autonomie du patient

Le droit disciplinaire a tendance à dessiner le patient comme un être vulnérable qui n'est pas toujours maître de ses propres décisions⁴⁰². Pourtant ce dernier est perçu d'une toute autre manière dans le domaine du droit de la santé. En ce sens, il ne semble pas aussi fragile.

Autrefois, l'humain remettait son destin dans les mains de Dieu, d'une force supérieure ou des médecins. Aujourd'hui, il ne subit plus, il agit : « [p]ar-delà les repères, les fondements mêmes des morales anciennes et des codes juridiques sont touchés : la vie n'est plus perçue comme un don seulement, mais comme un projet personnel et livrée à une responsabilité désormais partagée. »⁴⁰³.

Désormais, l'autonomie est considérée comme un « droit quasi-constitutionnel »⁴⁰⁴ qui permet à toute personne apte de prendre des décisions pour elle-même, notamment en matière de soins de santé. Pensons seulement à l'article 11 du *Code civil du Québec*⁴⁰⁵ qui porte sur le consentement aux soins et à l'article 3 qui protège le droit à la vie, à l'intégrité, à l'inviolabilité, au respect du nom, de la réputation et de la vie privée de la personne.

Un patient possédant la pleine capacité d'exercice de ses droits (c'est-à-dire toute personne majeure ou mineure pleinement émancipée) et apte (l'aptitude est présumée) à donner un consentement valide doit voir sa volonté respectée, qu'il accepte ou refuse les soins proposés, et ce, même si sa décision peut sembler déraisonnable aux yeux des tiers. Il est seul juge des motifs qui l'animent, en fonction des valeurs qui lui sont propres, de la façon dont il voit sa qualité de vie et apprécie les bienfaits et les risques des traitements proposés. **Sa volonté doit prévaloir en toute circonstance**, qu'il s'agisse d'un traitement ordinaire, de la phase

⁴⁰² À cet effet, se référer à la partie 1 de ce mémoire, et plus précisément la partie 1.1 : « La nature de la relation thérapeutique aux yeux du droit disciplinaire québécois »;

⁴⁰³ BOURGÉAULT, G., « L'émergence d'une éthique nouvelle », dans *Entre droit et technique : enjeux normatifs et sociaux*, R. Côté et G. Rocher, dir., Montréal, Thémis, 1999, à la p. 343;

⁴⁰⁴ PHILIPS-NOOTENS, Suzanne, « La personne en fin de vie : le regard du droit civil du Québec », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, Volume 40, en ligne :

http://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_40/Nootens.pdf;

⁴⁰⁵ *Code civil du Québec*, L.Q., 1991, c. 64;

terminale d'une maladie comme nous le verrons plus loin, d'une maladie irréversible non terminale, d'un état chronique. Il en est de même dans une situation d'urgence : ainsi en est-il du témoin de Jéhovah refusant toute transfusion de sang alors que celle-ci est susceptible de lui sauver la vie. Cette personne ne cherche pas la mort, mais refuse seulement un moyen de traitement contraire à ses croyances religieuses et son droit à l'autonomie l'emporte sur l'obligation du médecin de la sauver.⁴⁰⁶

(Nos soulignements)

La *Charte canadienne des droits et libertés*⁴⁰⁷ protège le droit de chaque personne à sa vie et à sa liberté⁴⁰⁸. La *Loi sur les services de santé et services sociaux*⁴⁰⁹ aborde également la question du consentement en matière de soins de santé : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle que soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. »⁴¹⁰

Si la volonté humaine surpasse la volonté de la médecine, pourquoi est-ce que les patients ne pourraient pas choisir d'entretenir une relation amoureuse ou sexuelle avec leur traitant? Si ces derniers sont considérés aptes à prendre des décisions sur leur état de santé, ne le sont-ils pas pour décider avec qui ils veulent vivre une aventure?

La loi permet à un mineur de quatorze ans et plus de prendre des décisions concernant son état de santé, notamment en lui permettant de consentir ou non à des soins requis par son état de santé. Bien que ce droit ne soit pas sans limites⁴¹¹, il est surprenant de voir qu'un mineur puisse avoir la liberté de décider de son sort, alors qu'un patient, aussi lucide soit-il, ne peut absolument pas s'engager dans une relation amoureuse ou sexuelle consensuelle avec son traitant.

La tolérance zéro prônée par le droit professionnel en matière d'inconduite sexuelle est facilement justifiable dans le cas des patients vulnérables. Mais qu'en est-il des patients aptes, éveillés, bref qui ne dénotent aucune vulnérabilité? La tolérance zéro purement appliquée pourrait être questionnable dans leur cas.

⁴⁰⁶ PHILIPS-NOOTENS, Suzanne, « La personne en fin de vie : le regard du droit civil du Québec », *supra* note 404;

⁴⁰⁷ *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U), 1982, c 11;

⁴⁰⁸ *Charte des droits et libertés de la personne*, LRQ, c C-12, à l'art.7;

⁴⁰⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, LRQ, c S-4.2;

⁴¹⁰ *Ibid.*, à l'art.9;

⁴¹¹ Pour les exceptions, voir les articles 14, 17 du *Code civil du Québec*;

Selon le professeur Bruno Py, le consentement devrait avoir la même importance, que ce soit en matière d'intégrité physique ou en matière de liberté sexuelle :

Il est intéressant de constater que la notion de « consentement » est commune au domaine de l'intégrité corporelle et au domaine de la liberté sexuelle. Sans doute faut-il y voir deux prolongements du principe d'inviolabilité du corps humain. Dans les deux cas, un individu majeur est supposé bénéficier d'une autonomie de sa volonté lui permettant de choisir librement ce qu'il accepte et ce qu'il refuse.⁴¹²

Au Québec, tout majeur a la liberté d'accepter ou de refuser des soins, même si sa vie est en danger. Le patient est aujourd'hui au cœur des décisions touchant à son intégrité physique et psychologique :

Toute personne humaine, adulte et saine d'esprit, a le droit de déterminer ce qui doit être fait de son propre corps; un chirurgien qui pratique une opération chirurgicale sans le consentement du patient commet des voies de fait pour lesquelles il est responsable.⁴¹³ [traduction]

Cette liberté du patient, qui n'est plus considéré comme une personne malade mais bien comme une personne à part entière, a réellement pris naissance dans les années '70⁴¹⁴. Dans le domaine des soins de santé, le patient jouit aujourd'hui d'une grande autonomie.

Le patient est normalement autonome si deux critères sont remplis : son aptitude et sa liberté. Le premier critère veut que le patient soit en mesure de comprendre et de manipuler l'information qu'il reçoit et de prendre des décisions éclairées. Le deuxième critère suppose que le patient agit sans aucune contrainte extérieure ou intérieure. En d'autres mots, un patient ne pourra pas être complètement autonome s'il se trouve dans un état de détresse intérieure ou s'il agit sous le coup de menaces⁴¹⁵.

⁴¹² PY, Bruno, Maître de conférences Nancy-Université, « De la frontière entre acte thérapeutique et sexuel », Le traitement juridique du sexe, Collection Presses Universitaires de Sceaux, L'Harmattan, 2010, à la p.6;

⁴¹³ *Schloendorff c. Society of New York Hospital*, 211 N.Y. 125 (1914) : "Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body; and a surgeon who performs an operation without his patient's consent commits an assault, for which he is liable in damages" Traduction faite dans l'ouvrage: LAMARCHE, BOSSET, *Les droits de la personne et les enjeux de la médecine moderne*, Les presses de l'Université Laval, Sainte-Foy, 1996, 119 p., à la p. 61;

⁴¹⁴ SPRANZI, Marta, « Autonomie et consentement », Maître de conférences- Université de Versailles, Master d'Éthique médicale, Université de Paris-Descartes, 7 octobre 2009, à la p. 5;

⁴¹⁵ *Ibid.*, à la p. 22;

Dans le domaine des soins de santé, les individus qui se trouvent dans des « conditions idéales »⁴¹⁶, c'est-à-dire ceux qui sont en mesure de consentir de manière libre et éclairée, sont autonomes.

Or, aux yeux du droit disciplinaire, le patient se trouve, en quelque sorte, infantilisé et affaibli, alors qu'en réalité il n'est plus ce qu'il était il y a quelques décennies. Nous remarquons donc qu'il existerait, au sein du droit disciplinaire québécois, un certain paternalisme. Bien qu'un peu de paternalisme soit acceptable dans certaines situations, notamment pour protéger les personnes les plus vulnérables, nous considérons que le droit disciplinaire ne roule peut-être pas à la même vitesse que notre droit commun.

Certains auteurs ont établi une règle selon laquelle plus une personne est loin de son autonomie (influences extérieures, vulnérabilité, inaptitude à consentir), plus un certain paternalisme sera acceptable : « The amount of paternalistic intervention justified or required, is inversely proportional to the amount of the autonomy present »⁴¹⁷.

La pratique et les règles déontologiques ont cependant établi que toute relation sexuelle, consentante ou non-consentante, entre professionnel et client est interdite sous peine de radiation et d'amende, réduisant ainsi tout client à un être incapable de consentir. Cette remise en question du consentement est avant tout reliée au rapport de force qui existe au sein de la relation thérapeutique. Pourtant, ce rapport de force n'est peut-être pas aussi important d'une relation à l'autre. En effet, pouvons-nous conclure qu'un patient qui consulte un podiatre pour un ongle incarné, par exemple, et dont l'état de santé est parfait, se trouve dans une position de vulnérabilité qui l'empêche de consentir de manière libre et éclairée à une relation intime avec son traitant?

⁴¹⁶ *Ibid.*, à la p. 25;

⁴¹⁷ PULLMAN, Dr. Daryl, "the Rule of Justified Paternalism", en ligne: http://clinical-ethics.org/portland/abstracts/abstracts-176-200/Abstract%20No_%20177.pdf;

Dans certaines situations, le professionnel devient même victime d'une relation intime avec son client et doit tout de même en payer le prix puisque c'est lui qui est tenu de respecter le *Code des professions* et son code de déontologie⁴¹⁸.

Voici comment s'exprime M. Bruno Py, sur la question des relations sexuelles entre soignant et soigné :

L'enjeu est celui de la protection de la personne contre elle-même. La loi doit-elle interdire à l'individu de consentir à certains actes impliquant son corps? Le débat fut intense au sujet du projet d'incrimination de la manipulation mentale, terme auquel fut finalement préféré celui d'abus d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique. D'autres initiatives souhaiteraient punir, qui une ambiance sexuelle, qui toute forme de violence psychologique. « *Le risque d'arbitraire est présent dans toute volonté de protection des individus contre eux-mêmes* ». Présumer un patient inapte à consentir aux actes qui touchent à son corps, de quelque nature qu'il soit, contreviendrait à 50 années d'émergence de son autonomie personnelle, alors même que le droit pénal positif punit d'ores et déjà le médecin agresseur sexuel.⁴¹⁹

Dans un autre article, le professeur Py discute du paternalisme dans le cadre d'une relation de soins :

La relation de soin a longtemps été fondée sur une asymétrie de savoir et de pouvoir. Le médecin, savant, était décidant. Le patient, soigné, ignorant, était passif et obéissant. Ce schéma était constitutif d'un modèle paternaliste dans lequel le médecin jouait le rôle du père et le malade celui de l'enfant comme en témoigne la conception du Professeur Louis Portes en 1954. « *Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser* ». Partant d'une posture paternaliste, il était assez logique que la question de la séduction et des éventuels prolongements sexuels soit régie par un régime fortement prohibitionniste. Le père ne saurait « corrompre » l'enfant.⁴²⁰

⁴¹⁸ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Pelletier*, supra note 150;

⁴¹⁹ PY, Bruno, « De la frontière entre acte thérapeutique et sexuel », supra note 412;

⁴²⁰ PY, Bruno, « Le médecin et la séduction », Maître de conférences en droit privé à la Faculté de Droit, Sciences Économiques et Gestion, Nancy-Université, CRDP (EA 1138), à la p. 588;

3.1.2 La vie privée des professionnels

Alors que dans d'autres pays, comme en France, les relations sexuelles entre soignant et soigné sont légitimes si consensuelles, nous remarquons une plus grande implication de la part des ordres professionnels québécois dans la vie de leurs membres et des tiers qui en font partie. Bien que la situation française connaisse de nombreuses failles qui pourraient possiblement mener à des abus de la part des professionnels, le système professionnel québécois attribue aux syndicats des ordres professionnels un énorme pouvoir d'enquête qui leur permet de pénétrer dans la vie privée de leurs membres.

Au Québec, la protection du public doit demeurer au premier plan et a parfois préséance sur certains autres droits, tel que le droit à la vie privée notamment garanti par la *Charte des droits et libertés de la personne*⁴²¹ et le *Code civil du Québec*⁴²².

Le syndic a un pouvoir d'enquête qui s'étend non seulement aux membres de l'ordre professionnel, mais également aux tiers. Lorsqu'une information à l'effet qu'un membre aurait commis une infraction à la loi ou aux règlements est portée à la connaissance du syndic, ce dernier a un « devoir public »⁴²³ d'enquêter.

L'article 122 du *Code des professions* stipule que « [...] le syndic et les syndics adjoints peuvent, à la suite d'une information à l'effet qu'un professionnel a commis une infraction à l'article 116, faire une enquête à ce sujet et exiger qu'on leur fournisse **tout renseignement et tout document relatif à cette enquête** » (notre soulignement).

Une telle formulation implique que le syndic détient un pouvoir d'enquête extrêmement large qui lui permet de pénétrer dans la vie privée des membres, notamment en passant par des tiers. Ainsi, tel que mentionné dans la partie 2 de ce présent mémoire, un syndic peut demander à une compagnie de téléphonie cellulaire de lui fournir le temps d'antenne relié au compte téléphonique d'un membre⁴²⁴. Ce pouvoir d'enquête dont est doté le syndic est d'ailleurs bien expliqué dans l'arrêt *Pharmascience*⁴²⁵. Brièvement

⁴²¹ *Charte des droits et libertés de la personne*, à l'art. 5;

⁴²² *Code civil du Québec*, à l'art. 3;

⁴²³ *Pharmascience inc. c. Binet*, [2006] 2 RCS 513, au par. 59;

⁴²⁴ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Ouellette*, *supra* note 233, aux par. 8 et 9;

⁴²⁵ *Pharmascience inc. c. Binet*, *supra* note 423;

résumé, la Cour suprême a décrété que les articles 114 et 122 du *Code des professions* s'appliquent à tous les entreprises et individus, qu'ils soient ou non membres de l'ordre professionnel visé. Ainsi, les tiers sont soumis aux mêmes obligations que tous les professionnels et ils ont le devoir de collaborer à l'enquête du syndic.

La Cour supérieure a même conclu, dans l'affaire *Gauthier*⁴²⁶, qu'un syndic n'a pas besoin d'être muni d'un mandat de perquisition afin d'obtenir une copie miroir du disque dur d'un professionnel lorsqu'un tel outil est utilisé à la fois à des fins professionnelles et personnelles⁴²⁷.

Il est intéressant de remarquer que les syndics et syndics adjoints ont un pouvoir d'enquête plus large que les policiers. En effet, ils ne sont pas dans l'obligation d'obtenir un mandat de perquisition à chaque fois qu'ils désirent obtenir des documents ou fouiller des lieux, tel que nous le rappellent les auteurs Lebel et Roy :

Signalons d'abord que de nombreuses lois particulières confèrent divers pouvoirs d'inspection administrative : droit d'accès ou d'examen de documents et droit d'en prendre copie, pouvoir d'inspection des registres, d'inspection des lieux, d'inspection d'objet, etc. D'application très fréquente, ces pouvoirs d'inspection peuvent être exercés sans qu'il ne soit besoin de remplir les prescriptions du code en matière de perquisition. En effet, même si la Cour suprême du Canada a qualifié, pour les fins constitutionnelles, l'inspection administrative de « saisie » (au sens de l'article 8 de la Charte canadienne), il ne s'ensuit pas que l'on doive, par exemple, requérir un mandat de perquisition toutes les fois que l'on veut procéder à une telle inspection, et ce même lorsqu'on entretient des soupçons qu'une infraction est commise dans l'endroit où l'on veut procéder à une inspection.⁴²⁸

(Nos soulignements)

Les pouvoirs d'inspection dont sont dotés les syndics ne violent pas l'art. 8 de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Le *Code des professions* est une loi qui vise à protéger le public qui fait appel aux services d'un professionnel. Puisque que les activités des professionnels sont largement réglementées par leurs ordres professionnels respectifs,

⁴²⁶ GAUTHIER C. DESCHÊNES, 2010 QCCS 4760 (CANLII);

⁴²⁷ *Ibid.*, aux par. 50 et suivants;

⁴²⁸ LEBEL, M., ROY, J., « Le Code de procédure pénale », dans *Volume 11- Droit pénal : procédure et preuve*, Collection de droit 2011-2012, École du Barreau, à la p.19;

les attentes raisonnables qu'ils peuvent avoir en matière de vie privée ou à l'égard des lieux où ils pratiquent, se veulent inévitablement réduites⁴²⁹.

3.2 L'inconduite sexuelle ailleurs

3.2.1 En France

En France, « la notion du *consentement* est commune au domaine de l'intégrité corporelle et au domaine de la liberté sexuelle »⁴³⁰. En ce sens, les relations sexuelles entre professionnels de la santé et patients sont uniquement régies par le *Code pénal*⁴³¹ qui se prononce ainsi sur la notion de viol : « [t]out acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol »⁴³².

Les relations sexuelles entre professionnels de la santé et patients ne sont donc pas nécessairement condamnables en France, tant et aussi longtemps qu'il y a consentement libre et éclairé émanant des deux parties. Cette situation est notamment due au silence du *Code de déontologie médicale*⁴³³ qui fait seulement état de diverses obligations connexes telles que le respect de la personne et de sa dignité⁴³⁴, le respect des principes de moralité⁴³⁵, l'abstention de tout acte pouvant déconsidérer la profession⁴³⁶ et l'interdiction d'immixtion sans raison professionnelle dans la vie privée des patients⁴³⁷, sans nécessairement faire de l'inconduite sexuelle un interdit absolu⁴³⁸.

⁴²⁹ *Comité paritaire de l'industrie de la chemise c. Potash; Comité paritaire de l'industrie de la chemise c. Sélection Milton*, 1994 CanLII 92 (CSC), [1994] 2 RCS 406;

⁴³⁰ BRUNO, Py, « De la frontière entre acte thérapeutique et sexuel », *supra* note 412, à la p.1;

⁴³¹ **C. pén.**;

⁴³² **C. pén.**, à l'art. 222-23;

⁴³³ Figurant dans le *Code de la Santé Publique* sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112;

⁴³⁴ *Code de déontologie médicale*, figurant dans le *Code de la Santé Publique* sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112, à l'art. 2;

⁴³⁵ *Ibid.*, à l'art.3;

⁴³⁶ *Ibid.*, à l'art. 31;

⁴³⁷ *Ibid.*, à l'art. 51;

⁴³⁸ Seuls certains documents sans valeur juridique officielle font état d'un interdit. Voir notamment le *Code d'éthique des sexologues cliniciens* qui stipule à l'article I-5 que : « le sexologue clinicien s'abstient de toute forme de relation sexuelle avec ses patients pendant la durée de la thérapie. Si un examen ou un contact physique s'avèrent nécessaires pendant la thérapie, le patient doit en être informé et doit donner son consentement; dans ce cas, l'examen ou le contact physique seront pratiqués par des personnes qui y sont autorisés dans le cadre de leur exercice professionnel ». Le Syndicat National des Sexologues Cliniciens ne constituant pas un « ordre professionnel » reconnu par la réglementation française, cet

Or, certains professionnels et auteurs français, comme le psychiatre Paul Bensusan, adoptent une position qui s'apparente à celle de l'Amérique du Nord lorsqu'il est question de relations sexuelles entre professionnels de la santé et patients : « le consentement du patient, comme celui d'un mineur, n'existe pas. Y compris si la relation thérapeutique a pris fin, puisque le praticien peut être soupçonné d'en avoir artificiellement provoqué le terme pour se trouver libre de toute obligation éthique ou déontologique »⁴³⁹.

En vérité, un médecin sera trouvé coupable d'agression sexuelle sur son patient si l'acte a été posé suite à des menaces, à de la violence, à des manigances ou à des contraintes de la part du professionnel⁴⁴⁰. C'est donc dire qu'une relation sexuelle entre professionnel de la santé et patient n'est pas automatiquement considérée comme étant imposée en France. Le médecin accusé d'avoir posé des gestes à caractère sexuel sur son patient sera jugé par le droit pénal commun, sur la base d'un consentement libre et éclairé de la part du patient.

Le fait qu'un viol soit commis par un professionnel de la santé, comme un médecin par exemple, sera seulement pris en considération au moment d'imposer la sanction, à titre de facteur aggravant :

[A]lors, de sixième part, et en toute hypothèse, que l'arrêt de la chambre de l'instruction ne caractérise pas l'usage par le docteur X... de la violence, la contrainte, la menace ou la surprise, élément constitutif du viol et des agressions sexuelles, qui ne peut se déduire ni de la qualité de personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ni de la qualité de personne particulièrement vulnérable des victimes, qui ne constituent que des circonstances aggravantes desdites infractions ; qu'en déduisant le vice du consentement de la circonstance que le médecin aurait "abusé de

interdit ne constitue qu'une simple ligne directrice qui, une fois violée, peut uniquement faire l'objet d'une simple punition administrative.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a aussi émis une ligne directrice qui stipule que : « une authentique relation amoureuse peut émerger entre un soignant et un soigné : le soigné doit alors être pris en charge par un autre soignant » (Rapport B. Hoerni, C.N.O.M. décembre 2000). Or selon le professeur Py, cette ligne directrice ne constitue qu'un simple « conseil fraternel indicatif » puisqu'il n'existe aucune prohibition textuelle interdisant les rapports sexuels consentants entre professionnels de la santé et patients (PY, Bruno, « De la frontière entre acte thérapeutique et sexuel », *supra* note, à la p.10);

⁴³⁹ BENSUSSAN, Dr. Paul, « Pratique médicale et sexualité : éthique et déontologie », 15th World Congress of Sexology, Sexologies, VOL. XXII, NO. 43, à la p.3, voir aussi : BENSUSSAN, Dr. Paul, « Pratique médicale et sexualité : le risque de la séduction », 26 mars 2001, en ligne : <http://www.e-sante.fr/pratique-medicale-sexualite-risque-seduction/actualite/678>;

⁴⁴⁰ C. pén., à l'art. 222-22;

manifestations pathologiques liées à des situations psychologiques individuelles" justifiant "leur prise en charge médicale", **l'arrêt attaqué a confondu élément constitutif de l'infraction et circonstances aggravantes**⁴⁴¹

(Notre soulignement)

Le *Code pénal* français prévoit d'ailleurs, à l'article 222-24. 3^o⁴⁴², que la vulnérabilité de la victime d'une agression sexuelle constitue un facteur aggravant qui peut être puni par une peine de vingt ans de réclusion criminelle. Cet article requiert également que cette vulnérabilité soit apparente ou connue de l'auteur⁴⁴³. Mais il y a plus, la vulnérabilité dont il est question à cet article fait référence à un état causé par l'âge, la maladie, l'infirmité, la déficience physique ou psychique ou par la grossesse. Il faut donc qu'il y ait un réel facteur causant cette dite vulnérabilité. En d'autres mots, la vulnérabilité ne sera jamais automatiquement présumée, même dans le cadre d'une relation de soins, alors qu'au Québec, le droit disciplinaire traite automatiquement le patient comme un être vulnérable, que ce dernier dispose de toute la capacité nécessaire pour consentir à une relation intime avec son traitant ou non.

Le silence législatif français en matière d'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé n'est pas dû à une simple paresse de la part du législateur, mais bien à un respect de l'autonomie de la personne humaine. En effet, certains diront qu'il est inutile de punir deux fois le médecin fautif qui sera déjà jugé par le droit pénal⁴⁴⁴.

Il semblerait que le droit disciplinaire québécois, à l'opposé du système français, infantilise le patient, sans toutefois détenir l'équipement et les ressources nécessaires pour le protéger lorsqu'il est victime d'inconduite sexuelle. Nous verrons plus loin que les sanctions en la matière ne sont pas réellement dissuasives, frôlant ainsi l'absurde, que les professionnels de la santé ne sont pas nécessairement bien équipés pour gérer les situations d'inconduite sexuelle, que la Loi n'est ni précise ni rigide laissant ainsi trop de marge aux conseils de discipline qui n'ont aucune ligne directrice à suivre, aucun point de repère quand vient le temps d'établir les sanctions.

⁴⁴¹ C. Cas., Crim., 13 octobre 2004, no. 04-84.553;

⁴⁴² C. Pén.;

⁴⁴³ Voir également *Crim. 11 déc. 1996 : pourvoi no. 96-82.303*;

⁴⁴⁴ PY, Bruno, « De la frontière entre acte thérapeutique et sexuel », *supra* note 412, aux pp. 11 et 12;

En d'autres mots, le Québec a décidé de restreindre l'autonomie des patients en matière de relations sexuelles avec leurs professionnels de la santé, sans pour autant établir des lignes directrices ou des dispositions précises sur l'inconduite sexuelle.

Le modèle français n'est certes pas à un modèle à suivre en ce qu'il peut donner naissance à des abus de la part des professionnels de la santé. Le vide disciplinaire en matière d'inconduite sexuelle en France peut également et certainement décourager les victimes de déclencher des poursuites criminelles longues et pénibles, le système judiciaire étant plus complexe que le système disciplinaire. Malgré tout, la France a adopté une attitude générale et agit en conséquence : le consentement du patient innocente le professionnel, point final.

En résumé, il faudrait uniquement que le Québec décide d'agir en fonction de ce qu'il prêche, soit la tolérance zéro, et qu'il assume finalement la position qu'il a décidé d'adopter.

3.2.2 En Ontario

La réglementation des professions relève de la compétence provinciale. En effet, chaque province canadienne a le loisir d'adopter les lois ou règlements que celle-ci désire en matière de droit disciplinaire professionnel⁴⁴⁵. Au Québec, c'est le *Code des professions* qui gère, en première ligne, les inconduites à caractère sexuel. Les ordres professionnels peuvent également insérer dans leurs codes de déontologie respectifs des articles en cette matière. Il n'existe cependant pas d'article dans le *Code des professions* qui fixe une fourchette de sanctions en matière d'inconduite sexuelle. Nous savons que la radiation temporaire est la sanction minimale et qu'elle doit être assortie d'une amende d'au moins mille dollars⁴⁴⁶. Le *Code des professions* n'indique cependant pas clairement quelle est la période de radiation minimale à être purgée par les professionnels ayant posé des gestes à caractère sexuel, ce qui permet aux différents conseils de discipline d'imposer les sanctions que ceux-ci jugent raisonnables.

⁴⁴⁵ La réglementation des professions n'étant pas prévue dans la Constitution de 1867, nous pouvons considérer que c'est un « pouvoir résiduel » qui est automatiquement attribué aux gouvernements centraux (provinciaux). Voir la *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, c 3;

⁴⁴⁶ *Code des professions*, art. 156 al. 2;

En Ontario, l'inconduite sexuelle a fait l'objet de plusieurs dispositions dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*⁴⁴⁷, et plus précisément, à son annexe 2, soit le *Code des professions de la santé*⁴⁴⁸. Ce code fait, selon la Loi⁴⁴⁹, partie intégrante de toute loi gouvernant une profession de la santé.

Ce code définit ce qui constitue « mauvais traitement sexuel » de la manière suivante :

Interprétation

1. (1) Les définitions qui suivent s'appliquent au présent code.

[...]

Mauvais traitements d'ordre sexuel infligés à des patients

(3) La définition qui suit s'applique au présent code.

«mauvais traitements d'ordre sexuel» infligés à un patient par un membre s'entend de ce qui suit, selon le cas :

- a) les rapports sexuels ou autres formes de rapports physiques d'ordre sexuel entre le membre et le patient;
- b) les attouchements d'ordre sexuel du patient par le membre;
- c) les comportements ou les remarques d'ordre sexuel du membre à l'endroit du patient. 1993, chap. 37, art. 4.

Exception

(4) La définition qui suit s'applique au paragraphe (3).

«d'ordre sexuel» Ne s'entend pas de palpations, de comportements ou de remarques de nature clinique qui sont appropriés au service fourni. 1993, chap. 37, art. 4.

Un peu comme notre *Code des professions*, la loi ontarienne condamne toute forme d'inconduite sexuelle, incluant les paroles à connotation sexuelle. Par contre, celle-ci va un peu plus loin, en ce qu'elle impose une radiation minimale automatique de cinq ans⁴⁵⁰ dans le cas des gestes à caractère sexuel suivants :

Faute professionnelle

51. (1) Le sous-comité conclut qu'un membre a commis une faute professionnelle si, selon le cas :

[...]

⁴⁴⁷ *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, c. 18;

⁴⁴⁸ *Ibid.*, annexe 2;

⁴⁴⁹ *Supra* note 447;

⁴⁵⁰ La durée de cinq ans a été établie à l'article 72 alinéa 3a) du *Code des professions de la santé*;

Ordonnances relatives à de mauvais traitements d'ordre sexuel

(5) Si le sous-comité conclut qu'un membre a commis une faute professionnelle en infligeant des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient, outre ce que lui permet de faire le paragraphe (2), le sous-comité :

1. Réprimande le membre.

2. Révoque le certificat d'inscription du membre si les mauvais traitements d'ordre sexuel consistaient en l'un ou l'autre des actes suivants, ou le comprenaient :

i. des rapports sexuels,

ii. un contact génito-génital, génito-anal, bucco-génital ou bucco-anal,

iii. la masturbation du membre par le patient ou en présence de ce dernier,

iv. la masturbation du patient par le membre,

v. l'incitation, par le membre, du patient à se masturber en présence du membre. 1993, chap. 37, par. 14 (3).

Le *Code des professions de la santé* prévoit également que les sous-comités- l'équivalent de nos conseils de discipline- doivent tenir compte de toute déclaration écrite ou orale faisant état des conséquences des mauvais traitements d'ordre sexuel sur le patient avant de rendre une décision⁴⁵¹.

L'Ontario prône la tolérance zéro en matière d'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé⁴⁵².

Mais il faut d'abord comprendre d'où vient cette politique de tolérance zéro en matière d'inconduite sexuelle bien implantée chez nos voisins ontariens. En 1991, le « College of Physicians and Surgeons of Ontario »⁴⁵³ (ci-après CPSO), mettait sur pied un groupe de travail dont la fonction principale était d'étudier l'impact de l'abus sexuel des médecins sur les patients. Cette commission lancée par le CPSO, donna naissance au *Final Report of the Task Force on Sexual Abuse of Patients*⁴⁵⁴, un rapport faisant état de

⁴⁵¹ *Code des professions de la santé*, art. 51 al. 6;

⁴⁵² *Leering v. College of Chiropractors of Ontario*, 2010 ONCA 87, par. 2, *Mussani v. College of Physicians and Surgeons of Ontario* (2004), 74 O.R. (3) 1, au par. 2, *Rosenberg v. College of Physicians and Surgeons of Ontario*, (2006), 275 D.L.R. (4th) 275, au par. 25; STEINECKE, Richard, "Zero Tolerance", Steinecke Maciura LeBlanc, February 2010, no. 143, online: www.sml-law.com/publications/print-news.asp?DocID=5871

⁴⁵³ Qui se veut l'équivalent du Collège des médecins du Québec;

⁴⁵⁴ COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, "Task Force on the Sexual Abuse of Patients", *supra* note 201;

plusieurs recommandations⁴⁵⁵, dont celle d'insérer une disposition portant sur la tolérance zéro en matière d'inconduite sexuelle commise par les professionnels de la santé⁴⁵⁶. Les principes de la tolérance zéro ont d'ailleurs été mis en place dès la publication dudit rapport⁴⁵⁷. Selon ces principes, toute relation ou rapprochement sexuel avec un patient est interdit pour les professionnels de la santé, que ces derniers soient médecins, techniciens dentaires, hygiénistes, infirmiers⁴⁵⁸ etc.- cette liste n'étant pas exhaustive- le tout sans tenir compte de la nature de la relation professionnelle, de la nature de la profession, ni du consentement du patient. En 1994, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*⁴⁵⁹ fut adoptée, héritant de la tolérance zéro recommandée par *Final Report of the Task Force on Sexual Abuse of Patients*⁴⁶⁰. Ainsi, tel que nous le rappelle l'auteur ontarien Ryan Venables, l'Ontario est devenue la seule province canadienne à avoir « codifié » la tolérance zéro, collant une radiation automatique de cinq ans à tous les professionnels de la santé coupable d'avoir posé les gestes sexuels prévus à l'article :

Moving across the country, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Newfoundland & Labrador all have legislation dealing with professional misconduct of doctors; but none of these provinces specifically mention sexual abuse the way it is listed in Ontario. Since the cases are factually different it is often difficult to ascertain a range of punishment for offences. In addition, there are instances when the accused doctor is facing more than the sexual abuse and misconduct charge. **What appears to be apparent is the lack of zero tolerance legislation in any of these provinces.** Ontario has maintained a strong line in the fight against sexual abuse, however it seems they are alone with respect to zero tolerance.⁴⁶¹

(Notre soulignement)

⁴⁵⁵ Comme par exemple, que le CPSO adopte des lignes directrices selon lesquelles un médecin ne pourrait avoir de contact sexuel avec un ancien patient pour une période de deux ans à compter du dernier service professionnel (recommandation 10 du rapport), et que dans le cas d'une relation psychothérapeutique, tout contact sexuel est à jamais interdit entre un médecin et son ancien patient (recommandation 11 du rapport) ;

⁴⁵⁶ COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, "Task Force on the Sexual Abuse of Patients", *supra* note 201, aux pages 90 et suivantes;

⁴⁵⁷ VENABLES, Ryan, "A Critical Examination of Zero Tolerance Legislation in the Regulated Health Professions Act of Ontario", January 25th 2012, online <http://ryanvenables.ca/2012/02/07/a-critical-examination-of-zero-tolerance-legislation-in-the-regulated-health-professions-act-of-ontario/>;

⁴⁵⁸ L'annexe 1 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* fait état des vingt-quatre professions visées par la loi;

⁴⁵⁹ *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, *supra* note 143;

⁴⁶⁰ COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, "Task Force on the Sexual Abuse of Patients", *supra* note 201;

⁴⁶¹ VENABLES, Ryan, *supra* note 457;

Selon l'auteur, les autres provinces canadiennes, ont traité la question de l'inconduite sexuelle comme toute autre inconduite professionnelle, prévoyant des sanctions variantes pour ce type d'infractions. Par exemple, en Colombie-Britannique, il existe différentes catégories de gestes à caractère sexuel, pour lesquels les professionnels de la santé reçoivent des sanctions pouvant aller de l'amende à la radiation, et c'est ce que nous explique l'auteur Venables dans son article cité plus haut :

In British Columbia, sexual misconduct is viewed as professional misconduct under s. 26 of the *Health Professions Act*. As a result, there are ranges of penalties available to the College of Physicians and Surgeons of British Columbia ("CPSBC"). In the cases of *Hay v College of Physicians and Surgeons of British Columbia*, *Fine v College of Physicians and Surgeons of British Columbia*, and *Theocharous v College of Physicians and Surgeons of British Columbia*, all three were convicted of varying degrees of professional misconduct of a sexual nature. The misconduct ranged from conversations, to hugging and kissing, to sexual touching and pursuit of an intimate relationship. The penalties by the CPSBC ranged from a fine, three-month suspension, to a permanent revocation of the certificate. All of the actions of the aforementioned doctors would be considered sexual abuse in Ontario and according to the *RHPA* and subject to the five-year mandatory revocation

La loi ontarienne n'est donc pas nuancée comme en Colombie-Britannique. Peu importe la nature ou le degré des gestes sexuels posés, peu importe la profondeur du lien thérapeutique, qu'il y ait eu des facteurs atténuants comme une relation consensuelle ou le manque de préméditation, bref peu importe les circonstances propres à chaque affaire, les professionnels de la santé coupables d'inconduite sexuelle se font radier pour une période minimale de cinq ans en Ontario.

Il n'existe aucune exception au principe de tolérance zéro, tel que l'a rappelé l'affaire *Leering*⁴⁶² :

The legislation, like the Task Force recommendations, is clear and unambiguous: when it comes to sexual relationships between a doctor and a patient, there is a black letter, bright line prohibition with a drastic sanction and no exceptions or exemptions. The zero tolerance policy precludes inquiry into any explanation or excuse for the sexual activity. A patient's consent is irrelevant.

(Notre soulignement)

⁴⁶² *Leering v. College of Chiropractors of Ontario*, supra note 452;

En 2010, la Cour d'appel de l'Ontario a également rejeté la défense basée sur le « spousal exemption », c'est-à-dire le droit pour le professionnel de la santé d'avoir des relations sexuelles avec une patiente qui est également sa conjointe ou sa femme⁴⁶³.

Selon la Cour d'appel, l'inconduite sexuelle a lieu dès qu'un professionnel de la santé pose des gestes à caractère sexuel sur son patient, que celui-ci soit son conjoint ou un parfait inconnu. Ce principe repose sur le fait que la Loi ne fait état d'aucune exception à la prohibition générale d'entretenir des relations sexuelles avec ses patients⁴⁶⁴.

Le fait que la relation sexuelle ait débuté avant la relation thérapeutique n'a pas influencé la décision de la Cour d'appel dans cette affaire. En effet, la Cour d'appel est venue confirmer la décision du conseil de discipline en disant qu'il existait une relation de soins entre les deux époux même si ces derniers avaient débuté leurs relations sexuelles avant le début des traitements :

[12] The panel also rejected the respondent's argument that because he was in an intimate relationship with the complainant before she became his patient, this was not a situation where she was vulnerable as a patient, nor was there a power imbalance between them in the circumstances. The panel found that there was a power imbalance and it arose from the co-existence of the sexual and chiropractor/patient relationship. This was born out first by an initial e-mail the respondent sent to the complainant before he accepted her as a patient:

The condition on you coming in as a patient is that you have to follow my advice. If you don't that is ok, but then you will be discharged. I do treat it (*treatment*) separately and try to remain objective. [Exhibit 5 p. 120 April 1, 2005.]

[13] Second, at the end of their sexual and patient relationship, the respondent again misused his position as her chiropractor by sending her account to a collection agency. The panel concluded that the respondent did this not for the money but to cause his former partner emotional harm, and that his actions constituted an abuse of power that "exposes the vulnerability of the patient."

[14] Finally, the panel recognized that it may appear that the strict and significant mandatory penalty that follows from a conviction for professional misconduct by sexual abuse is harsh and arguably unjust in cases where there is a consensual sexual relationship and no exploitation

⁴⁶³ *Ibid.*;

En 2005, la Cour supérieure de l'Ontario avait également fait état de la question en rejetant l'idée d'une exemption entre époux, voir *Dr. R.A.R. c. The College of Physicians and Surgeons of Ontario*, 2005 CanLII 36168, au par. 18;

⁴⁶⁴ STEINECKE, Richard, *supra* note 452;

by the health care professional. However, the panel found that the importance of upholding the zero-tolerance policy outweighs its pitfalls because the legislation is there to address a growing problem of sexual abuse of patients by some health care professionals.

(Notre soulignement)

En d'autres mots, un professionnel de la santé qui décide de soigner sa femme ou sa conjointe peut être radié pour une période de cinq ans tout comme un autre professionnel de la santé qui pose des gestes à caractère sexuel sur une parfaite inconnue. De ce fait, le conjoint devient, bien malgré lui, la victime et ce, parce que la Loi en a décidé ainsi.⁴⁶⁵

La décision *Leering* a provoqué de nombreuses réactions au sein du public ontarien. En effet, plusieurs ont considéré qu'il était inacceptable de ne pas prévoir une exception pour les époux ou les conjoints. D'ailleurs, cette inquiétude s'est rendue aux oreilles de la ministre de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario, Deb Matthews, en 2012. En effet, dans un rapport émanant du Conseil consultatif de réglementation des professionnels de la santé portant sur le traitement du conjoint aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, les membres du conseil faisaient état des différentes problématiques reliées à l'inclusion jurisprudentielle des conjoints dans la définition de « mauvais traitement à caractère sexuel », tel que prévu dans la Loi de 1991⁴⁶⁶.

Selon le Conseil consultatif de réglementation des professionnels de la santé, la politique de tolérance zéro telle que codifiée crée une injustice envers les conjoints qui n'ont pas le loisir de d'opter pour le professionnel de leur choix⁴⁶⁷. Nous sommes d'accord avec cet argument puisqu'il est peu probable, à nos yeux, qu'une personne soit réellement vulnérable lorsqu'elle se fait traiter par son conjoint. Une telle situation peut cependant affecter l'indépendance professionnelle du médecin. Mais il serait insensé

⁴⁶⁵ VENABLES, Ryan, *supra* note 457, à la p.17;

⁴⁶⁶ CONSEIL CONSULTATIF DE RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, « Traitement du conjoint : Conseils à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée concernant des solutions de remplacement pour dispositions sur la révocation obligatoire et le traitement du conjoint par les membres de professions de la santé réglementées aux termes de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées », juin 2012, en ligne :

http://www.hprac.org/fr/reports/resources/TheSpousalPatient_Combined_Final_FR_secured.pdf;

⁴⁶⁷ *Ibid.*;

d'assimiler des relations sexuelles entre professionnel de la santé et conjoint consentants à de l'inconduite sexuelle. En ce sens, nous sommes d'avis que la loi ontarienne est trop rigide et peu nuancée.⁴⁶⁸

D'autres auteurs ont aussi fortement réagi face à cette politique de tolérance zéro. En effet, selon certains, la Loi ne constitue pas le seul outil pouvant contrer les abus à caractère sexuel commis par les professionnels de la santé. Un article publié en avril 2011 faisait état d'un problème que la Loi ne peut résoudre : le manque d'assiduité du CPSO, notamment au niveau du traitement et de la gestion des plaintes pour inconduite sexuelle :

Sanda Rodgers, a University of Ottawa law professor emeritus and an expert in Canadian health law, carried out three studies on the impact of zero-tolerance legislation on health-care providers.

“Despite important legislative changes designed to ensure that sexual abuse is taken seriously ... only 5.53 per cent of cases involving allegations of sexual abuse considered between 1994 and 2005 ever reached the disciplinary stage,” she wrote in her 2007 report, “Zero Tolerance Some of the Time?”

“You have to conclude that the college has failed in its obligation,” she told the *Star*. “The college’s job is to regulate in the public interest and its job is protection of the public. Its job is not protection of its members.”

That, in her opinion, is too often the outcome.

Marilou McPhedran, a lawyer considered the mother of zero tolerance in Ontario, believes the college’s discipline committees “are easily persuaded that a member has mended his ways.”

⁴⁶⁸En réponse au rapport du Conseil consultatif de réglementation des professionnels de la santé qui recommandait finalement l'insertion législative d'une exemption pour les conjoints en matière d'inconduite sexuelle, le CPSO a écrit une lettre à la ministre Deb Matthews, en expliquant pourquoi une telle exception ne devrait pas être insérée. Entre autre, le CPSO soulevait que le choix du conjoint de choisir le professionnel de son choix ne devrait pas avoir un plus grand poids que la sécurité du public en matière d'inconduite sexuelle, que la tolérance zéro ne s'applique pas aux traitements occasionnels que peut procurer un professionnel de la santé à son conjoint et, également, qu'il serait trop compliqué d'insérer une exemption maritale dans la Loi puisqu'il ne revient pas aux conseils de discipline de définir la notion de « conjoint » ou d' « époux »;

Source: COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, “Letter to the Honorable Deb Matthews”, August 14, 2012, online:

http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/positions/Treatment-spouses_moh-Aug12.pdf;

McPhedran thinks the college and other regulatory bodies are allowed too much discretion, and zero tolerance is weakened over time, especially as funding for investigations is limited.⁴⁶⁹

(Notre soulignement)

Il faut donc croire que le problème ne provient pas uniquement des vides législatifs ou du manque de rigidité au niveau des sanctions. Certains sont d'opinion que les ordres professionnels ne protègent pas toujours les victimes lorsque vient le temps de rendre des décisions, mais plutôt les professionnels⁴⁷⁰. Ce phénomène est d'ailleurs bien présent dans le droit disciplinaire québécois. Or, combien de fois répétons-nous que les ordres professionnels ont été constitués dans le but de protéger le public et non les membres?

Le modèle ontarien est intéressant en ce qu'il a prévu une loi spécifique pour les professions de la santé, contrairement à notre *Code des professions* qui s'applique à toutes professions confondues, sans tenir compte des particularités de chacune. Le fait que le *Code des professions de la santé* ontarien soit réputé faire partie de chaque loi sur une profession de la santé constitue également une bonne mesure, en obligeant chaque ordre professionnel à intégrer les dispositions de mauvais traitements sexuels dans sa réglementation.

Or, selon nous l'approche ontarienne est trop rigide à certains endroits, en ce qu'elle ne tient pas compte des faits propres à chaque affaire.

Comme premier exemple, nous pouvons penser à la nature et à l'importance du lien thérapeutique. Ainsi, un technicien dentaire qui n'a presque aucun contact avec le patient sera traité par la Loi de la même manière qu'un psychiatre par exemple. Mais le lien

⁴⁶⁹ STEED, JUDY, "Less than zero tolerance on patient abuse. Has Ontario's stance on physicians who sexually abuse patients had any real impact in the past 17 years?", *The Star, News, Ontario*, April 8th, 2011, online:

http://www.thestar.com/news/insight/2011/04/08/less_than_zero_tolerance_on_patient_abuse.html;

⁴⁷⁰ Ceci constitue notamment l'opinion de l'Honorable Larry O'Connor: *Ontario, Legislative Assembly, Committee Transcripts: Standing Committee on Social Development, Bill 100, Regulated Health Professions Amendment Act, 1993 (Hansard)*, (08 December 1993) at 1550 [Hansard Dec 08], en ligne: http://www.ontla.on.ca/web/committee_proceedings/committee_transcripts_details.do?locale=en&BillID=&ParlCommID=512&Date=1993-12-08&Business=Bill+100%2C+Regulated+Health+Professions+Amendment+Act%2C+1993&DocumentID=18462;

thérapeutique n'est pourtant pas le même. La vulnérabilité et le rapport de force ne seront pas aussi importants dans le cas de la première relation.

Deuxièmement, si un professionnel de la santé traite son conjoint, avec qui il entretient nécessairement une relation sexuelle, il risque de se faire radier pour une période de cinq ans, ce qui nous paraît en soi un peu absurde.

Troisièmement, nous considérons que l'Ontario n'a peut-être pas identifié le cœur du problème qui se situe au niveau des acteurs du système disciplinaire : les ordres professionnels. Légiférer sur la question des inconduites sexuelles est louable et même nécessaire, mais il faut pousser la réflexion plus loin. Il faut s'assurer que les plaintes soient traitées rigoureusement et que les victimes reçoivent le support nécessaire.

La peine plancher de cinq ans de radiation temporaire ne serait pas nécessairement la solution miracle pour le Québec. Imposer une période de radiation minimale de cinq ans pour tous les professionnels de la santé coupables d'inconduite sexuelle pourrait dissuader les professionnels de plaider coupable, de peur de perdre leur droit de pratique pour une période excessivement longue. Une telle sanction plancher pourrait donc possiblement allonger le processus disciplinaire, engendrant ainsi des coûts exorbitants pour les ordres professionnels et des périodes pénibles d'attente pour les victimes.

Il semblerait que l'insertion d'une fourchette de sanctions dans le *Code des professions* pourrait être une solution envisageable pour guider les conseils de discipline québécois en matière d'inconduite sexuelle, tout en leur laissant une certaine discrétion dans l'imposition de la période de radiation.

Dans tous les cas, la leçon à tirer du modèle ontarien est que la faiblesse des peines imposées ne constitue pas l'unique faille en matière d'inconduite sexuelle. Plusieurs autres aspects doivent être ciblés et améliorés pour contrer le problème.

Tout comme le Québec, l'Ontario prend une position stricte en matière d'inconduite sexuelle. Nos voisins semblent cependant plus structurés au niveau de leur législation. La période de radiation temporaire connaît un seuil minimal, soit de cinq ans, et ce peu

importe les gestes posés, tant et aussi longtemps que ceux-ci font partie de la liste de l'article 51(5) paragraphe 2 du *Code des professions de la santé*⁴⁷¹. Cette façon de procéder semble pratique en ce qu'elle guide les conseils de discipline en ce qui a trait à la sanction en leur indiquant une peine minimale à respecter.

Nous savons également qu'il existe une loi en Ontario qui vise exclusivement les professionnels de la santé⁴⁷², qui vient définir de manière précise ce qu'est l'inconduite sexuelle, qui impose un seuil minimal de radiation temporaire pour les professionnels de la santé coupable d'avoir posé des gestes à caractère sexuel sur leur(s) patient(s), bref nous constatons que les conseils de discipline des différents ordres professionnels de l'Ontario disposent d'un outil pour les guider. L'Ontario ne détient peut-être pas la formule miracle qui lui permettra d'éliminer toute forme d'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé, en ce qu'il existe sûrement d'autres lacunes au sein du droit disciplinaire ontarien, mais sa réglementation en la matière devrait servir d'exemple au Québec.

3.3 Les lacunes de notre système en matière d'inconduite sexuelle

3.3.1 Des sanctions loin d'être dissuasives et des décisions parfois paresseuses

Au Québec, nous prônons la tolérance zéro en matière d'inconduite sexuelle. C'est donc dire que toute relation de nature sexuelle est interdite entre professionnels de la santé et patients et ce, peu importe les circonstances ou les excuses soulevées par le professionnel. Le professionnel est toujours fautif, que la relation ait été provoquée par le patient ou non, que le professionnel soit amoureux ou non, qu'il y ait eu consentement de la part du patient ou non. Le professionnel détient une lourde responsabilité : celle de veiller en tout temps à une relation thérapeutique impartiale, dénudée de tout rapport à connotation intime et/ou sexuelle.

⁴⁷¹ *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, supra note 143, annexe 2;

⁴⁷² Voir l'article 1 du de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, et son annexe 1 qui constitue la liste des professions de la santé;

Une politique de tolérance zéro devrait normalement être accompagnée de lourdes sanctions. Or, au Québec, nous considérons que les peines que reçoivent les professionnels de la santé coupables d'avoir posé des gestes à caractère sexuel sur leur(s) patient(s) reflètent mal cette politique de tolérance zéro, et nous ne sommes pas les seuls à penser ainsi. Le 26 septembre 2012, M. Yves Boisvert, journaliste au journal La Presse, critiquait la passivité du Collège des médecins face aux sanctions imposées suite à des infractions à caractère sexuel commises par leurs membres :

Tolérance zéro en matière d'inconduite sexuelle : c'est ce que prêche le Collège des médecins en public. Dans les coulisses, c'est une tout[e] autre histoire. Une histoire d'incroyable complaisance. Dossier après dossier, depuis des années, le syndic du Collège des médecins recommande des sanctions insignifiantes, pourvu que le médecin s'avoue coupable. Le syndic est pourtant censé être le gardien de l'intégrité de la profession. L'ultime protecteur du public. C'est lui qui reçoit les plaintes des patients et qui enquête sur les médecins. C'est lui qui les poursuit devant le «conseil de discipline».

À lire les décisions des dernières années, on voit à l'oeuvre un syndic plutôt mou, qui prend les médecins fautifs en pitié.⁴⁷³

Il est pourtant très difficile de contredire les propos de M. Boisvert. Une lecture des décisions rendues entre le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2013 par les conseils de discipline de quatre ordres professionnels, soit le Collège des médecins, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec⁴⁷⁴, nous a permis de constater qu'il existe effectivement une faiblesse au niveau des sanctions imposées en matière

⁴⁷³ BOISVERT, Yves, « La complaisance coupable du Collège des médecins », La Presse, 26 septembre 2012;

⁴⁷⁴ Nous avons choisi quatre ordres professionnels de grande taille, dont les membres travaillent quotidiennement avec une clientèle vulnérable. Un tableau de notre étude se trouve en annexe I du présent mémoire. Selon le rapport de recherche : « Études exploratoires sur les inconduites sexuelles entre un-e professionnel-le de la santé et un-e client-e au Québec » effectué par Manon Bergeron, Mariève Talbot-Savignac et Martine Hébert, en étroite collaboration avec l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, septembre 2012, à la p.8, tableau 1, l'ordre professionnel de la physiothérapie compte 6542 membres et est considéré comme un grand ordre, l'ordre des psychologues du Québec compte 8469 membres et est considéré comme un grand ordre, le collège des médecins compte 20 888 membres et est considéré comme un très grand ordre et l'ordre des infirmières et infirmiers compte 71 371 membres et est considéré comme un très grand ordre

d'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé, sans parler du manque d'uniformité flagrant dans la manière de déterminer les sanctions d'un ordre à l'autre.

L'affaire *Sadi*⁴⁷⁵ en est un parfait exemple. Ce physiothérapeute s'était avoué coupable d'avoir, dans un premier temps, embrassé une patiente âgée de cinquante ans sur la bouche et de lui avoir exhibé son appareil génital en érection, tout en lui demandant de procéder à une fellation et, dans un deuxième temps, d'avoir exhibé son appareil génital en érection à une patiente âgée de quatre-vingt-cinq ans et d'avoir pratiqué sur cette dernière un toucher vaginal alors que non médicalement requis par son état de santé. La première patiente était en perte d'autonomie et souffrait de dépendance aux drogues, alors que la deuxième était âgée, vulnérable et placée en centre d'accueil. Les recommandations communes soumises par les parties lors de l'audition sur culpabilité et sanction, et entérinées par le conseil de discipline, faisaient état d'une radiation temporaire d'un mois uniquement et d'une amende de 1 000\$ par infraction. Le conseil de discipline avait notamment pris en considération la période de radiation provisoire qu'avait déjà purgée l'intimé et qui s'élevait à trois mois. M. Sadi s'était donc vu imposer une période de radiation totale de quatre mois pour des gestes qui, selon nous, auraient mérité une peine beaucoup plus lourde vu les circonstances aggravantes du dossier et la vulnérabilité des patientes visées par la plainte.

Il est intéressant de noter que la radiation de M. Sadi était dotée d'une limitation d'exercice : M. Sadi ne pouvait traiter des patients de sexe féminin pendant une année complète en l'absence d'une autre personne (autre professionnel de la santé, préposé au bénéficiaires, membre de la famille de la patiente ou d'une autre personne de sexe féminin)⁴⁷⁶. L'ensemble des sanctions imposées au physiothérapeute ne semble cependant l'avoir découragé, puisque quelques mois plus tard il s'est retrouvé devant le conseil de discipline pour défaut de respecter la limitation d'exercice qui lui fut imposée⁴⁷⁷.

⁴⁷⁵ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Sadi*, supra note 393;

⁴⁷⁶ *Ibid.*, voir les conclusions au par. 20;

⁴⁷⁷ *Ibid.*;

Chez les médecins, la situation est alarmante. Il existe un bon nombre de décisions dont les sanctions en matière d'inconduite sexuelle paraissent ridicules. En voici quelques exemples.

Dans l'affaire *Barette*⁴⁷⁸, l'on reprochait à l'intimé d'avoir eu des relations sexuelles lors de visites à domicile avec sa patiente qui le consultait pour de la dysthymie, de l'anxiété et une dépression majeure et ce, pour une période d'un an. Le médecin en question était un professionnel de plus de quarante ans d'expérience et cette patiente le consultait depuis environ six ans. Malgré ces circonstances aggravantes, l'intimé a su obtenir une sanction « bonbon », soit une radiation temporaire de trois mois et une amende de 1 000\$, en échange de la signature d'un plaidoyer de culpabilité et recommandations communes.

En 2011, la situation ne semblait pas s'être améliorée. Dans l'affaire *Benjamin*⁴⁷⁹, l'on reprochait à l'intimé d'avoir eu plusieurs relations sexuelles avec une patiente qu'il suivait depuis près d'onze ans, notamment en thérapie de la réalité. Les premières relations sexuelles avaient débuté alors que cette dernière n'avait que dix-neuf ans et se sont étendues sur une longue période, soit au cours de l'année 1984 et de 1997 à 1998. Cette patiente avait vécu des événements terribles au courant de sa vie, notamment en découvrant le corps de sa mère gelée dans la galerie alors qu'elle n'avait que neuf ans. Il est donc clair que cette patiente était hautement vulnérable. Grâce à une bonne collaboration avec le syndic de l'ordre, à l'expression de regrets et suite à la signature d'un engagement de se retirer de la pratique, ce médecin a obtenu une radiation temporaire de trois mois.

L'affaire *Provençal*⁴⁸⁰ fait état d'un médecin qui a eu une relation intime, incluant des relations sexuelles et régulières, avec sa patiente qu'il suivait pour troubles dépressifs et thérapie psychiatrique de soutien pendant environ huit mois, alors que cette patiente

⁴⁷⁸ *Médecins c. Barette*, *supra* note 339;

⁴⁷⁹ *Médecins c. Benjamin* (C.D. Méd., 2011-01-31);

⁴⁸⁰ *Médecins c. Provençal*, *supra* note 335;

était très jeune et vulnérable. Pis encore, lors de leur relation intime, l'intimé et sa patiente ont ensemble consommé de la drogue et de l'alcool alors que cette dernière était sous médication. Le jugement nous apprend également que la patiente a tenté de se mutiler alors qu'elle se trouvait au domicile de l'intimé. Encore une fois, sous le prétexte d'une bonne collaboration et d'une reconnaissance des faits de la part de l'intimé, d'une période de dix ans écoulée depuis la commission de l'infraction et d'un suivi psychiatrique effectué auprès de l'intimé, ce dernier s'est vu imposer une radiation temporaire de trois mois et une amende de 1 000\$.

Récemment, dans l'affaire *Belleau*⁴⁸¹, on reprochait à un médecin de famille d'avoir tenu des propos déplacés auprès d'une patiente, de lui avoir fait des avances, et d'avoir eu des rapports sexuels à deux occasions avec elle, alors qu'elle pleurait le décès de sa mère. Fruit d'une recommandation commune, l'intimé s'est vu imposer une radiation temporaire de trois mois assortie d'une amende de 2000\$.

En août 2012, le conseil de discipline du Collège des médecins a finalement décidé d'imposer une sanction plus sensée au Dr. Gauthier qui avait eu des relations complètes à trois reprises avec sa patiente qu'il suivait à l'occasion d'une thérapie de support. Non seulement le conseil a-t-il rejeté la proposition des parties de radier le professionnel pour une période de neuf mois, mais il a en plus imposé à ce dernier une période de radiation de trois ans et une amende de 1 000\$ en s'exprimant ainsi :

[95] Les parties soutiennent que selon la jurisprudence et en fonction du libellé du chef numéro 5 de la plainte, la sanction aurait dû être une période de radiation de deux mois mais que compte tenu des aveux l'intimé concernant d'autres patientes, il y a plutôt lieu de lui imposer une période de radiation de neuf mois et une amende de 1 000\$, considérant l'ensemble des circonstances mises en preuve.

[96] Or, après une analyse minutieuse des faits mis en preuve ainsi que des principes de droit applicables, le Conseil de discipline est d'avis que cette sanction est si clémente qu'elle est de nature à déconsidérer l'administration de la justice et à miner la confiance du public à l'égard du système de justice disciplinaire.⁴⁸²

⁴⁸¹ *Médecins c. Belleau* (C.D. Méd., 2012-11-23);

⁴⁸² *Médecins c. Gauthier*, *supra* note 287;

Dans cette même décision, le conseil de discipline du Collège des médecins admet que les sanctions imposées dans le passé en matière d'infractions sexuelles ne concordent pas avec le principe de la tolérance zéro :

[84] Tout d'abord, une réalité s'impose d'emblée : les infractions de cette nature sont somme toute peu sévèrement punies, particulièrement lorsqu'une recommandation commune de sanctions a été soumise, et ces sanctions n'ont manifestement pas eu l'effet escompté de protéger le public en dissuadant les professionnels de poser de tels gestes. Une revue de l'ensemble de la jurisprudence du Conseil de discipline du Collège des médecins permet de constater que depuis 1997, une quarantaine de professionnels ont été déclarés coupables d'inconduite sexuelle, dont certains à plus d'une reprise. Pourtant, le message à l'effet que ce type de comportement est extrêmement grave et tout à fait inacceptable a été véhiculé de différentes façons au fil des ans, notamment en amendant le *Code des professions* pour prévoir un seuil de sanction obligatoire ainsi qu'en faisant la promotion de la « tolérance zéro » pour les infractions de cette nature.

Le conseil de discipline a, par la même occasion, condamné le principe de l'autorité des décisions antérieures comportant un plaidoyer de culpabilité et recommandations communes :

[94] Il ne s'agit pas de remettre en cause le fait qu'un poids important doit être accordé aux recommandations communes de sanctions soumises par les parties. Il est clairement souhaitable pour la saine administration de la justice que des discussions interviennent et que dans la mesure du possible, une entente en soit dégagée. Il peut toutefois survenir des cas où les Conseils de discipline sentent le besoin d'effectuer un réajustement, notamment lorsqu'ils constatent une tendance qu'ils estiment non conforme aux principes directeurs ainsi qu'à leur raison d'être, la protection du public. Le Conseil est d'avis que tel est le cas en l'espèce en ce que la proposition soumise s'appuie sur une prémisse erronée, soit que les décisions rendues suite à des recommandations communes font office de précédents à suivre, au même titre que les décisions rendues suite à un processus contesté.

Il existe aussi chez les psychologues des décisions faisant état de sanctions assez faibles en matière d'inconduite sexuelle. Même si ces sanctions sont un peu plus sévères que celles imposées aux médecins et aux physiothérapeutes, en raison de la profondeur du lien thérapeutique en psychothérapie, ces dernières demeurent relativement faibles si l'on pense aux gestes qui ont été posés. En voici quelques exemples.

Dans l'affaire *Bilodeau*⁴⁸³, l'on reprochait à l'intimé d'avoir entretenu une relation amoureuse et sexuelle avec une patiente souffrant d'un choc post-traumatique. La relation thérapeutique avait duré deux ans et demi. La relation sexuelle s'était étendue même après la fin des traitements. Dans ce dossier, l'intimé était incapable de se remettre en question même après de nombreuses ruptures initiées par la patiente ou par lui-même et ne reconnaissait pas les dommages vécus par la patiente qui s'était donnée à cette relation intime contre son gré. Le psychologue Bilodeau s'est vu imposer une radiation temporaire de sept mois et une amende de 1 000\$.

Dans l'affaire *Bruneau*⁴⁸⁴, le psychologue intimé avait posé des gestes à caractère sexuel sur sa patiente pendant près de deux mois. Celui-ci avait environ trente ans d'expérience au moment des faits reprochés. Malgré cela, il s'est vu imposer une période de radiation temporaire de deux mois et une amende de 2 000\$.

Chez les infirmières et infirmiers, les sanctions se veulent un peu plus sévères. Dans l'affaire *Grenier*⁴⁸⁵, l'on reprochait à l'intimée d'avoir eu des relations sexuelles avec son patient pendant environ un an et demi. Cette infirmière, qui entretenait une relation d'aide avec son patient suicidaire et dépressif, avait téléphoné à son ordre professionnel pour voir si une telle relation était acceptable. Malgré la réponse négative de l'ordre, les relations intimes et sexuelles s'étaient poursuivies. Dotée d'environ trente ans d'expérience au moment des événements, l'intimée s'est vue imposer une radiation temporaire de neuf mois et une amende de 600\$⁴⁸⁶.

Pourtant, en 2009, soit un an plus tard, l'ordre des infirmières imposait des amendes beaucoup plus importantes pour des gestes à caractère sexuels. Dans l'affaire *St-Pierre*⁴⁸⁷, l'intimé avait d'abord embrassé le sein de sa patiente lors de soins à domicile tout en la dénudant, ce qui lui avait coûté trois ans de radiation temporaire et une

⁴⁸³ *Psychologues c. Bilodeau*, *supra* note 338;

⁴⁸⁴ *Psychologues c. Bruneau* (C.D. Psy., 2010-12-09);

⁴⁸⁵ *Infirmières et infirmiers c. Grenier* (C.D. Inf., 2008-07-22);

⁴⁸⁶ À cette époque, l'amende minimale était de 600\$;

⁴⁸⁷ *Infirmières et infirmiers c. St-Pierre*, *supra* note 212;

amende de 600\$. Deuxièmement, il avait prononcé des propos abusifs à caractère sexuel, notamment en commentant ses sous-vêtements, pour une radiation temporaire de dix-huit mois et une amende de 600\$. Finalement, toujours lors de soins à domicile, il ne l'avait pas couverte et était resté dans la chambre alors qu'elle remettait ses vêtements, lui coûtant ainsi une radiation temporaire de vingt-quatre mois et une amende de 600\$. Ces sanctions étaient assorties d'une limitation de pratique de deux ans⁴⁸⁸.

L'infirmier Dubois, qui avait posé de simples gestes à caractère sexuel tels que des examens non-requis des hanches, de l'abdomen et des seins de sa patiente, prononcé des paroles à caractère sexuel et avait massé les seins de sa patiente, s'était vu imposer une radiation temporaire de cinq ans et une amende de 1000\$⁴⁸⁹. Il est cependant important de noter que ce dernier avait déjà été trouvé coupable par la cour criminelle, dans le passé, d'avoir agressé sexuellement une patiente psychiatisée et avait démontré une grande indifférence face au processus disciplinaire

Le conseil de discipline de l'ordre des infirmières et infirmiers a donc imposé des sanctions plus sévères en matière d'inconduite sexuelle que les trois autres ordres professionnels sous étude.

Il est intéressant de remarquer qu'il existe un grand manque d'uniformité au niveau des sanctions et ce, au sein même des ordres professionnels. En effet, dans certains cas, des relations sexuelles complètes avec un patient vulnérable seront punies moins sévèrement que de simples attouchements⁴⁹⁰.

La faiblesse des sanctions imposées en matière d'inconduite sexuelle, et notamment lorsqu'il y a plaidoyer de culpabilité et recommandations communes, ne passe pas inaperçue et en choque plusieurs. D'ailleurs, maintes décisions, surtout celles émanant

⁴⁸⁸ Présence d'une infirmière ou infirmier lors de soins à domicile;

⁴⁸⁹ *Infirmières et infirmiers c. Dubois* (C.D. Inf., 2005-03-17);

⁴⁹⁰ Voir tableau des sanctions en annexe 1;

du conseil de discipline du Collège des médecins, soulignent le manque de sévérité dont font preuve les syndics quant il est question de rapprochements sexuels entre professionnels de la santé et patients :

[39] En terminant, le Conseil tient à mentionner qu'en l'absence de la recommandation commune des parties et du sérieux évident consacré à l'élaboration de cette dernière, il n'aurait pas hésité à imposer des sanctions beaucoup plus sévères notamment en raison de la gravité des gestes à caractère sexuel allégués au chef numéro 11 de la plainte.⁴⁹¹

Et dans une décision de 2005 du conseil de discipline du Collège des médecins :

[39] Cependant, il convient de préciser que les membres du Comité, se questionnent quant au manque de sévérité des sanctions qu'ils constatent dans les décisions. En effet, les infractions à caractère sexuel étant considérées graves et de « tolérance zéro » par le Collège des médecins, ils se questionnent quant à l'atteinte du but recherché, en l'occurrence, la protection du public, puisque les sanctions leur apparaissent n'être pas assez sévères ni assez lourdes de conséquences pour les médecins.⁴⁹²

Dans un article du 30 mars 2012, le journaliste Yves Boisvert s'exprimait ainsi en parlant d'un dentiste qui avait demandé à une patiente de lui faire une fellation en échange d'un montant d'argent de quarante dollars et qui s'était vu imposer une radiation temporaire de trois mois et une amende de 1000\$, résultat d'une recommandation commune des parties:

Le conseil reconnaît que la proposition de sanction «aurait pu être plus sévère». Mais, bof, il l'avalise néanmoins.

Il y a valise, dans avalise. Ce conseil en a la poignée.

Trois mois de suspension pour ce que la police appelle maintenant «agression sexuelle», c'est une blague.

C'est surtout une blague quand on prétend pompeusement infliger une peine «exemplaire» pour protéger le public contre un futur récidiviste.

⁴⁹¹ *Médecins c. Pilorgé*, supra note 213;

⁴⁹² *Médecins c. Ferenczi* (C.D. Méd., 2005-11-30);

Malheureusement, ce genre de sanction n'est pas rare. Une revue de la jurisprudence du conseil de discipline du Collège des médecins montre le même genre de schéma.

Le professionnel s'avoue coupable. Il a négocié avec le syndic de l'ordre. Celui-ci, bien content d'éviter une audition, et peut-être un peu compatissant, suggère une sanction légère. Il n'y a aucune voix contradictoire. Le conseil emploie des termes très durs... mais accepte la suggestion. Parfois en déplorant être soumis à sa propre jurisprudence! Mais s'ils ne la changent jamais, ils y seront soumis pour l'éternité...

Quand personne ne plaide pour de vraies sanctions exemplaires, il est vrai que les conseils sont poussés fortement à descendre la pente de la complaisance.

C'est exactement ce qui s'est passé ici. Un syndic complaisant, une décision mièvre qui dit une chose (la sévérité, l'exemple, le risque de récidive) ... et qui fait le contraire.

Il serait temps qu'ils changent de siècle.⁴⁹³

L'analyse des décisions rendues entre 2008 et 2013 par les ordres professionnels visés par ce présent mémoire, nous permet de constater que les conseils de discipline sont souvent en désaccord avec les sanctions recommandées par les parties lorsqu'il est question d'inconduite sexuelle⁴⁹⁴. Selon ces derniers, les sanctions devraient être plus fortes afin de suivre la logique de la tolérance zéro. Malgré tout, les conseils de discipline continuent d'entériner des recommandations communes de quelques mois de radiation pour de l'inconduite sexuelle.

Pourtant, il semblerait que certaines autres infractions déontologiques, notamment d'ordre économique, soient plus sévèrement punies par les conseils de discipline que les infractions d'ordre sexuel.

Dans l'affaire *Bouzaglou*⁴⁹⁵, l'on reprochait, entre autre, à l'intimé d'avoir attesté faussement d'avoir dispensé un nombre élevé de traitements à des clients alors que ces

⁴⁹³ BOISVERT, Yves, « La ridicule sanction d'un dentiste », 30 mars 2012, La Presse, en ligne : <http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/yves-boisvert/201203/30/01-4510804-la-ridicule-sanction-dun-dentiste.php>;

⁴⁹⁴ Voir, par exemple, *Collège des médecins du Québec c Gauthier*, supra note 287, au par. 92, *Ordre des dentistes du Québec c Dadourian* (C.D. Den., 2011-04-05), *Collège des médecins du Québec c Grégoire*, supra note 214, *Collège des médecins du Québec c Benjamin*, supra note 479;

⁴⁹⁵ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Bouzaglou* (C.D. Phy., 2010-12-06);

traitements avaient été dispensés par du personnel non-membre de l'ordre professionnel de la physiothérapie du Québec⁴⁹⁶. Pour une telle infraction, la plaignante avait recommandé au conseil de discipline d'imposer à l'intimé une période de radiation d'un an, alors que l'intimé s'était limité à demander une radiation d'un mois. Finalement, ce dernier s'était vu imposer une radiation temporaire de six mois par chef d'infraction. Or, l'intimé n'avait pas d'antécédent disciplinaire, avait collaboré avec l'enquête de la syndique et avait plaidé coupable à la première occasion⁴⁹⁷. Cette radiation n'était donc pas justifiée par des facteurs aggravants. Le but de notre intervention n'est pas de diminuer la gravité des gestes posés par le physiothérapeute Bouzaglou, bien au contraire, mais plutôt d'en tirer une conclusion : le physiothérapeute Bouzaglou a été puni plus sévèrement que le physiothérapeute Sadi⁴⁹⁸ qui avait posé des gestes à caractère sexuel sur une clientèle hautement vulnérable.

Nos recherches nous ont également permis de constater que certaines décisions en matière d'inconduite sexuelle sont pauvrement documentées ou détaillées. En effet, en droit disciplinaire, il n'est pas rare que certaines décisions faisant l'objet d'un plaidoyer de culpabilité ne soient pas complètes. Souvent, lorsque le professionnel plaide coupable, seuls les faits principaux seront reproduits dans le jugement. Le public ne connaîtra donc pas toutes les circonstances entourant l'affaire.

La récente affaire du *Dr Mihran Dadourian* datée du 5 avril 2011⁴⁹⁹ constitue un exemple parfait de décision bâclée et incomplète. La plainte en question reprochait au professionnel, un dentiste, d'avoir posé sur sa patiente des gestes à caractère sexuel et, plus précisément, d'avoir demandé à sa patiente de lui faire une fellation, ce qu'elle a fini par faire.

⁴⁹⁶ Chefs 1 à 22 de la décision *Bouzaglou*, *supra* note 495;

⁴⁹⁷ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Bouzaglou*, *supra* note 495, au par. 29. Ce paragraphe fait état de tous les facteurs atténuants propres au dossier. À ceux invoqués dans le corps du texte, s'ajoutent les chances de récidives quasi-nulles, le repentir de l'intimé et l'absence de profit monétaire découlant des infractions commises;

⁴⁹⁸ *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Sadi*, *supra* note 393;

⁴⁹⁹ *Ordre des dentistes du Québec c. Dadourian*, *supra* note 494;

Cette décision contient vingt paragraphes, incluant les conclusions du conseil de discipline. Les seuls faits qui y sont exposés découlent d'un témoignage écrit de l'intimé, entièrement reproduit dans la décision. Jamais n'est-il question de la victime, de sa version des faits ou d'autres éléments qui pourraient s'avérer importants. Tout cela parce que l'intimé a avoué sa culpabilité. Pourtant, les médias ont démontré que la victime détient une toute autre version des faits que ceux qui sont reproduits dans la fameuse décision. Alors que le dentiste prétend qu'il y a eu consentement mutuel et que c'était même une « relation d'affaires consentante »⁵⁰⁰, la patiente, horrifiée, répond que c'est du « cannibalisme » et que son soignant aurait introduit son pénis de force dans sa bouche⁵⁰¹.

L'affaire du physiothérapeute *Allen Sadi*⁵⁰² en est également un bon exemple. Ce professionnel était accusé d'avoir posé des gestes abusifs à caractère sexuel sur deux patientes : l'une de cinquante ans en perte d'autonomie (à son domicile), et l'autre de quatre-vingt-cinq ans placée en centre d'hébergement. La décision sur culpabilité et sanction ne fait pas état de tous les détails de l'affaire puisque le physiothérapeute a plaidé coupable. Seule la gravité de ses actes est relevée dans la décision, sans plus. On ne parle pas de ce qu'il a fait exactement, des répercussions sur les patientes en question, des circonstances aggravantes. On le déclare coupable, on reproduit le plaidoyer de culpabilité et on indique que l'infraction est grave. Ce type de décision pourrait paraître acceptable pour des infractions négligeables, comme une faible tenue de dossiers par exemple, mais non pas pour des infractions à caractère sexuel et, à fortiori, pour de l'inconduite sexuelle sur une clientèle hautement vulnérable.

Nous considérons que cette façon de faire ne rencontre pas l'un des grands objectifs du droit disciplinaire, celui de dissuader les professionnels de commettre des infractions semblables. Par ailleurs, ce type de décisions dégage un certain manque de transparence. Comment le public peut-il être raisonnablement rassuré en lisant de tels jugements. Un

⁵⁰⁰ BOISVERT, Yves, « La ridicule sanction d'un dentiste », *supra* note 493;

⁵⁰¹ DESJARDINS, Christiane, « Sexe chez le dentiste : du cannibalisme dit la plaignante », *supra* note 146;

⁵⁰² *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Sadi*, *supra* note 393;

certain travail est donc nécessaire du côté des conseils de discipline afin de rendre les décisions plus conformes à la réalité.

3.3.2 Le manque d'implication des ordres professionnels

Selon le Conseil interprofessionnel du Québec :

Les ordres professionnels ont reçu de l'État le mandat de **réglementer et de surveiller des activités professionnelles qui comportent des risques de préjudice pour le public**. Suivant l'article 23 du *Code des professions* «chaque ordre a pour principale fonction d'assurer la protection du public. À cette fin, il doit notamment contrôler l'exercice de la profession par ses membres.» Les ordres sont les intervenants de première ligne du système professionnel. Le fonctionnement d'un ordre professionnel est présenté plus bas.⁵⁰³

(Notre soulignement)

Les ordres professionnels détiennent donc un large pouvoir discrétionnaire leur permettant de prendre toutes les mesures nécessaires pour veiller à la protection du public. Il est de leur devoir de s'assurer du respect des règles déontologiques par leurs membres. D'ailleurs, le conseil d'administration de chaque ordre professionnel doit adopter un code de déontologie propre à la profession qu'il chapeaute⁵⁰⁴.

Nous sommes conscients que cet article n'oblige pas les ordres professionnels à insérer dans leur code de déontologie respectif une disposition spécifique sur les infractions de nature sexuelle. Nous reviendrons sur ce point plus tard.

Cependant, tel que vu précédemment, le *Code des professions*, par son article 23, impose aux ordres professionnels un devoir de surveillance général, le tout dans une perspective de protection du public.

Afin de bien remplir leur mission, les ordres professionnels peuvent se servir de plusieurs outils, que ces derniers soient législatifs ou documentaires. Ainsi, ayant le devoir d'adopter un code de déontologie, ils peuvent y insérer des dispositions spécifiques relatives à l'inconduite sexuelle. Tel que vu précédemment, quatre ordres

⁵⁰³ Conseil interprofessionnel du Québec, « Le système professionnel », en ligne : <http://www.professions-quebec.org/index.php/r/element/visualiser/id/7#71>;

⁵⁰⁴ *Code des professions*, article 87;

professionnels du domaine de la santé, soit le Collège des médecins du Québec⁵⁰⁵, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec⁵⁰⁶, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec⁵⁰⁷ et l'Ordre des psychologues du Québec⁵⁰⁸, ont adopté une disposition spécifique portant sur les relations intimes entre professionnel et patient(e). Ils ont même, pour la plupart, été plus loin que l'article 59.1 du *Code des professions* en interdisant également les relations intimes, amoureuses et amicales⁵⁰⁹.

Sept ordres professionnels du domaine de la santé, soit l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie du Québec, l'Ordre des acupuncteurs du Québec, l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, font référence à l'article 59.1 du *Code des professions*, sans pourtant le reproduire intégralement⁵¹⁰. Cette référence est d'ailleurs insérée dans la section « actes dérogatoires » du code de déontologie de ces ordres, et se lit ainsi : « [o]utre ceux visés par les articles 59 et 59.1 du Code des professions

⁵⁰⁵ *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., C. M-9, r.17, art. 22 : cet article reprend essentiellement les éléments contenus à l'article 59.1 du *Code des professions*;

⁵⁰⁶ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., c I-8, r 9, art. 38 : cet article interdit les liens intimes, d'amitié, sexuels et amoureux pendant la durée de la relation professionnelle, et prend même le soin, à l'alinéa 2, d'expliquer comment évaluer la durée de la relation professionnelle

⁵⁰⁷ *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, R.R.Q., c C-26, r 197, art. 39 : tout comme l'article 38 du Code de déontologie des infirmières et infirmiers, cet article interdit les liens intimes, sexuels et amoureux pendant la durée de la relation professionnelle, et à l'alinéa 2, explique comment évaluer la durée de la relation professionnelle;

⁵⁰⁸ *Code de déontologie des psychologues*, R.R.Q, c C-26, r 212, article 26; cet article est sans doute le plus détaillé de tous les articles insérés dans les codes de déontologie qui traitent de l'inconduite sexuelle. En effet, il interdit les liens d'amitié, amoureux et sexuels, les propos abusifs à caractère sexuel et les gestes abusifs à caractère sexuel. Il explique également comment évaluer la durée relation professionnelle;

⁵⁰⁹ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., c I-8, r 9, l'article 38 interdit les relations amicales, intimes, amoureuses et sexuelles avec les patients, *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, R.R.Q, c C-26, r 197, l'article 39 interdit les relations sexuelles, amoureuses et intimes avec les patients, *Code de déontologie des psychologues*, R.R.Q., c C-26, r 212, l'article 26 interdit les liens amoureux et sexuels;

⁵¹⁰ *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec*, R.R.Q., c C-26, r 243, art. 25, *Code de déontologie des pharmaciens*, R.R.Q., c P-10, r 7, art. 77, *Code de déontologie des technologues en imagerie médicale et en radio-oncologie*, RRQ, c T-5, r 5, art. 40, *Code de déontologie des acupuncteurs*, R.R.Q., c A-5.1, r 3, art. 34, *Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec*, R.R.Q., c C-26, r 184, art. 58, *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, R.R.Q., c C-26, r 167, art. 38, *Code de déontologie des ergothérapeutes*, R.R.Q., c C-26, r 113, art. 4.01.01;

(chapitre C-26) [...] les actes suivants sont déroatoires à la dignité de la profession [...] »⁵¹¹.

En dernier lieu, les autres ordres professionnels du domaine de la santé restent silencieux dans leur code de déontologie relativement aux infractions d'ordre sexuel, en n'y faisant aucune référence à l'article 59.1 du *Code des professions* et en n'y insérant aucune disposition spécifique en traitant.

Nous estimons que l'article 59.1 du Code des professions, article qui s'applique à toutes les professions, est déjà trop général pour que les ordres professionnels du domaine de la santé se contentent seulement d'y faire référence sans en énoncer le contenu. Nous considérons que les ordres professionnels du domaine de la santé devraient, non seulement reprendre le libellé de l'article 59.1 du *Code des professions* et l'insérer dans leur code de déontologie, mais également élargir son champ d'application pour y inclure les relations d'amitié, d'amour et intimes comme l'ont fait les quatre ordres professionnels mentionnés plus haut. Cette façon de faire serait plus efficace puisque les membres d'un ordre professionnel auront plus souvent tendance à consulter leur code de déontologie que le *Code des professions*.

Certains ordres professionnels justifient cette non-inclusion d'un article spécifique sur l'inconduite sexuelle ou d'une simple référence à l'article 59.1 du Code des professions dans leur code de déontologie de la manière suivante :

Les entrevues réalisées auprès des ordres professionnels ont permis de documenter certains motifs pouvant expliquer cette situation. D'abord, certains codes de déontologie étant plus anciens, certains articles plus récents n'y sont pas encore intégrés (certains ordres mentionnent être en attente de modifications à leur code de déontologie pour clarifier certains comportements liés à l'inconduite sexuelle). En deuxième lieu, certains ordres soulignent le fait que l'article 59.1 s'applique déjà à chaque profession par le biais du *Code des professions du Québec* : l'ajout de l'article 59.1 dans leur code de déontologie serait ainsi considéré comme une répétition qui n'est pas nécessaire. Un troisième motif invoqué par des ordres professionnels se rapporte à l'absence de demandes d'enquête liées aux inconduites sexuelles jusqu'à ce jour. Puisque cette problématique n'est pas réellement observée au sein de leurs organisations, ces ordres estiment moins nécessaire d'inclure d'autres

⁵¹¹ Cette formulation est utilisée dans tous les codes de déontologie qui ne font que référer à l'article 59.1, sans pour autant le reproduire intégralement;

articles visant à apporter des précisions au code concernant les inconduites sexuelles.⁵¹²

Avec respect, ces trois explications ne nous semblent pas valides. En effet, en ce qui concerne la première explication, nous considérons qu'il n'est pas difficile de modifier un code de déontologie ne serait-ce que par la simple inclusion d'un article de loi portant sur une infraction aussi grave que l'inconduite sexuelle. La deuxième explication qui considère l'ajout d'un article spécifique sur l'inconduite sexuelle comme une action inutile nous semble boiteuse puisqu'il n'est pas du tout superflu de répéter un article aussi important que l'article 59.1, lorsque l'intégrité physique et psychique des patients est en jeu. Mais encore plus, il faudrait même que les ordres professionnels du domaine de la santé élargissent l'application de l'article 59.1 du Code des professions. Finalement, la troisième explication ne semble pas tenir la route puisque, selon cette dernière, il faudrait attendre qu'un membre pose des gestes à caractère sexuel sur un ou des patients avant d'insérer un article spécifique sur l'inconduite sexuelle dans le code de déontologie. Ne dit-on pas qu'il vaut mieux prévenir que guérir? Nous constatons une certaine paresse du côté des ordres professionnels qui préfèrent ne pas répéter l'article 59.1 du Code des professions dans leur code de déontologie ou y insérer une disposition spécifique portant sur l'inconduite sexuelle. Pourtant, une telle façon d'agir pourrait, ne sait-on jamais, dissuader quelques professionnels de commettre des infractions de nature sexuelle.

Rendre les décisions accessibles sur les sites internet des différents ordres professionnels constitue également un excellent moyen de renseigner le public et les professionnels sur les différents dossiers d'inconduite sexuelle. Or, peu d'ordres professionnels agissent ainsi. Nos recherches nous ont permis de constater que la majorité des sites internet ne disposent pas d'une section détaillée listant les différentes décisions rendues par le conseil de discipline.

⁵¹² BERGERON, Manon, TALBOT-SAVIGNAC, Mariève, et HÉBERT, Martine, « Étude exploratoire sur les inconduites sexuelles entre un-e professionnel-le de la santé et un-e client-e au Québec », *supra* note 164, à la p. 11;

La plupart du temps, la section « décisions du conseil de discipline » renverra le lecteur au site de l'*Institut canadien d'information juridique*⁵¹³ ou invitera toute personne intéressée à communiquer avec l'ordre pour obtenir une copie des décisions souhaitées⁵¹⁴, sans plus. Dans d'autres cas, il n'y aura aucune référence aux décisions sur le site internet de l'ordre professionnel en question⁵¹⁵. Il est vrai que la majorité des décisions disciplinaires sont publiées sur le site de l'Institut canadien d'information juridique⁵¹⁶, mais nous sommes d'avis que cette méthode n'est pas complètement efficace.

Force est de constater que l'Ordre des psychologues du Québec ne publie pas ses décisions sur son site web⁵¹⁷. Comment l'Ordre des psychologues du Québec peut-il se permettre de ne pas publier ses décisions disciplinaires sur son site internet alors que l'inconduite sexuelle fait partie d'une réalité bien présente chez les psychologues, si on se fie notamment au nombre élevé de décisions rendues en la matière entre 2008 et 2013⁵¹⁸.

L'inconduite sexuelle n'est pas une infraction qui devrait être prise à la légère. Nous estimons donc que les ordres professionnels devraient faire preuve d'une certaine initiative en ajoutant à leurs sites internet respectifs une section contenant une liste des

⁵¹³ C'est notamment le cas du site internet de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, en ligne : <http://www.oiiq.org/>, et de l'Ordre des dentistes du Québec (qui invite également toute personne intéressée à communiquer avec l'ordre pour renseignements), en ligne : <http://www.odq.qc.ca> ;

⁵¹⁴ Voir le site internet du Collège des médecins du Québec, en ligne : <http://www.cmq.org/>, et celui de l'Ordre des psychologues du Québec, en ligne : <http://www.ordrepsy.qc.ca/>;

⁵¹⁵ Voir le site internet de l'Ordre des acupuncteurs du Québec, en ligne : <http://www.o-a-q.org/>;

⁵¹⁶ Du domaine de la santé, sont répertoriées les décisions du Collège des médecins, de l'Ordre des acupuncteurs du Québec, de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, de l'Ordre des chiropraticiens du Québec, de l'Ordre des dentistes du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Ordre des optométristes du Québec, de l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des sages-femmes du Québec, l'Ordre des denturologistes du Québec

⁵¹⁷ On indique seulement sur le site qu'il est possible de communiquer avec l'ordre pour obtenir des renseignements:

« Pour savoir si un psychologue ou un psychothérapeute non membre d'un ordre professionnel a déjà fait l'objet d'une décision du conseil de discipline, communiquez avec le secrétariat du conseil de discipline par téléphone au 514 738-1881, poste 222, ou par courriel à info@ordrepsy.qc.ca. » voir <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/protection-du-public/conseil-de-discipline.sn>

⁵¹⁸ Voir le tableau de l'annexe 1, il y a 8 décisions répertoriées entre 2008 et 2013, en comparaison avec 3 décisions chez les infirmières et infirmiers et 4 décisions chez les physiothérapeutes;

décisions disciplinaires classées par sujets. Ce faisant, le public saura que les infractions à caractère sexuel existent et que celles-ci peuvent être punies sévèrement.

Le premier réflexe de toute personne ordinaire qui n'est pas familière avec le domaine de la santé ou du droit disciplinaire et de tout professionnel sera d'aller consulter le site de l'ordre professionnel visé. Rares seront les personnes qui consulteront un moteur de recherche juridique ou, du moins, qui sauront comment l'utiliser efficacement. Les sites internet élaborés par les ordres professionnels devraient constituer le point de repère par excellence de toute personne qui désire obtenir de l'information concernant l'exercice d'une profession en particulier.

Les ordres professionnels peuvent également utiliser leurs pouvoirs pour procurer à leurs membres ou au public en général des outils éducatifs tels que des brochures, des rapports, des séances d'information ou des conférences portant sur l'inconduite sexuelle. Or, très peu d'ordres professionnels dans le domaine de la santé ont pris de telles initiatives.

Par exemple, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ne détient aucune documentation sur le sujet, alors que la physiothérapie est une profession caractérisée par le toucher. L'ordre des psychologues du Québec ne semble pas non plus avoir publié un document informatif sur le sujet.

D'autres ordres professionnels du domaine de la santé ont élaboré des dépliants ou des capsules portant sur les inconduites sexuelles, mais nous estimons que ces derniers sont incomplets. Par exemple, la brochure du Collège des médecins est adressée uniquement aux victimes⁵¹⁹. Or, les membres ont également besoin de prendre conscience de cette réalité et des sanctions auxquelles ils s'exposent en cas de violation de l'article 59.1 du *Code des professions*. L'ordre des acupuncteurs du Québec a aussi pris le soin de

⁵¹⁹ Collège des médecins du Québec, « L'inconduite de nature sexuelle », octobre 2008, en ligne : http://www.cmq.org/fr/public/profil/commun/AProposOrdre/ProcessusDisciplinaire/Enquetes/~/_media/Files/Depliants/Depliant%20inconduite%20sexuelle.ashx?41220;

monter un document sur les rapprochements sexuels entre acupuncteurs et clients qui semble beaucoup plus détaillé⁵²⁰.

Malgré tout, il est difficile pour les membres ou pour le public de consulter ces documents qui ne sont pas en évidence sur les sites internet des ordres concernés. Ces brochures ont été trouvées suite à des recherches sur *Google* ou à des appels aux ordres concernés.

Un tableau réalisé dans le cadre d'un rapport de recherche intitulé « Étude exploratoire sur les inconduites sexuelles entre un-e professionnel-le de la santé et un-e client-e au Québec »⁵²¹, en 2012, et annexé au présent mémoire⁵²², vient confirmer que peu d'ordres professionnels dans le domaine de la santé ont pris l'initiative d'adopter des mesures éducatives concernant l'inconduite sexuelle, tant au niveau de leurs membres que du public. En effet, si nous extrayons quelques exemples du tableau, nous verrons que seulement deux ordres dans le domaine de la santé ont réalisé un dépliant définissant l'inconduite sexuelle et informant les professionnels des limites de la relation professionnelle et des signaux d'alarmes. Deux ordres ont publié un article identifiant les gestes pouvant être considérés comme de l'inconduite sexuelle et les sanctions pouvant y découler.

Pis encore, seulement deux ordres ont pris le soin de définir l'inconduite sexuelle sur leur site internet et d'informer leurs membres et le public de l'interdiction y étant reliée. Seulement un ordre professionnel, par catégorie, a pris le soin de créer un document informatif, une fiche déontologique, un communiqué de presse et un atelier.

Le tableau en question fait aussi référence à d'autres outils éducatifs qui ne portent pas directement sur l'inconduite sexuelle, mais plus sur des notions générales telles que les obligations déontologiques générales, le code de déontologie, la relation professionnelle

⁵²⁰ Ordre des acupuncteurs du Québec, « L'inconduite de nature sexuelle dans le cadre d'une relation professionnelle », en ligne :

http://www.o-a-q.org/import/L_inconduite_de_nature_sexuelle.pdf;

⁵²¹ Manon Bergeron, Mariève Talbot-Savignac et Martine Hébert, « Étude exploratoire sur les inconduites sexuelles entre un-e professionnel-le de la santé et un-e client-e au Québec », en étroite collaboration avec l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, septembre 2012, à la p. 21, tableau 5;

⁵²² Voir annexe 2;

et le code de déontologie. Il est triste de constater, à la lecture de ce tableau, qu'un maximum de quatre ordres professionnels du domaine de la santé ont adopté un guide d'apprentissage sur les limites de la pratique professionnelle, sur les aspects déontologiques, éthiques et juridiques de la profession et sur la relation avec les clients.

La mission première d'un ordre professionnel est de protéger le public. Les codes de déontologie et le *Code des professions* étant limités à des dispositions qui ne définissent pas toujours toutes les notions ou toutes les limites, devraient être complétés par des outils informatifs accessibles à tous et rédigés dans un vocabulaire facile à comprendre par le commun des mortels.

3.3.3 Des modifications législatives nécessaires

L'article 59.1 est un article général qui s'applique à tous les professionnels, que ceux-ci œuvrent dans le domaine de la santé ou non. Le *Code des professions* est la loi de référence en droit disciplinaire et lie quarante-six ordres professionnels et cinquante et une professions. Que vous soyez arpenteur-géomètre, administrateur agréé, agronome, acupuncteur ou médecin, par exemple, cette loi s'applique à vous, sans distinction aucune.

Or, les degrés de dépendance ou de vulnérabilité présents au sein de la relation professionnelle ne sont pas les mêmes d'une profession à l'autre. Comment donc qualifier cet « abus » dont il est question à l'article 59.1? Comment comparer l'abus commis par un médecin et celui commis par un arpenteur-géomètre, par exemple? Il a été de l'intention du législateur de laisser le soin aux ordres professionnels de définir ce qu'est un abus selon la nature de leurs professions respectives⁵²³.

Cet article aborde également une série de termes, sans toutefois les définir ou en déterminer la portée. Qui est « la personne à qui il fournit des services »? Parle-t-on uniquement des clients qui sont bénéficiaires du service actuel ou vise-t-on également

⁵²³ Québec, Assemblée nationale, Journal des débats de la Commission de l'éducation, 34^e législature, 2^e session, (19 mars 1992 au 10 mars 1994), Le lundi 13 décembre 1993 - Vol. 32 N° 59, Étude détaillée du projet de loi n° 140 - Loi modifiant le Code des professions et d'autres lois professionnelles, à la p. C2997;

les anciens clients et les tiers qui doivent prendre des décisions pour autrui? En d'autres mots, qui est le client visé par cet article?

L'abus semble aussi être une notion importante. À partir de quel moment peut-on réellement conclure que le professionnel a abusé de sa relation professionnelle pour poser des gestes à caractère sexuel?

L'article 59.1 est, selon nous, un article « fourre-tout » qui s'applique à toutes les professions, sans tenir compte des différences existant entre celles-ci.

Le rapport de recherche que nous avons cité plus haut⁵²⁴ nous apprend que la notion d'inconduite sexuelle peut être perçue de différentes manières et ce, d'un ordre professionnel à l'autre. À cet effet, nous vous référons à un autre tableau réalisé par ce groupe de recherche qui s'intitule « Conceptions de l'inconduite sexuelle selon chaque ordre professionnel »⁵²⁵ et qui est également annexé au présent mémoire⁵²⁶. Une lecture attentive de ce tableau nous permet de constater que les quinze ordres interrogés ont une conception différente de ce qu'est l'inconduite sexuelle. Par exemple, l'ordre professionnel A⁵²⁷ considère que l'inconduite sexuelle est « des propos, des attitudes, des comportements, des gestes, des avances, des sorties à l'extérieur, des relations intimes », alors que l'ordre professionnel G la définit comme étant « tout geste qui pourrait porter à interprétation de la part du client concernant des attouchements ». Ces résultats nous indiquent clairement qu'une modification législative au *Code des professions* est nécessaire ou, du moins, une clarification législative.

⁵²⁴ BERGERON, Manon, TALBOT-SAVIGNAC, Mariève et HÉBERT, Martine, « Étude exploratoire sur les inconduites sexuelles entre un-e professionnel-le de la santé et un-e client-e au Québec », *supra* note 164;

⁵²⁵ BERGERON, Manon, TALBOT-SAVIGNAC, Mariève et HÉBERT, Martine, « Étude exploratoire sur les inconduites sexuelles entre un-e professionnel-le de la santé et un-e client-e au Québec », *Ibid.*, à la p. 24

Résultats suite à la question suivante : « Selon votre Ordre, quels sont les gestes ou les comportements considérés comme de l'inconduite sexuelle de la part d'un professionnel ? », posés à quinze ordres du domaine de la santé, p.23;

⁵²⁶ Voir annexe 3;

⁵²⁷ Afin de garder l'anonymat des ordres professionnels interrogés sur leur conception de l'inconduite sexuelle, ces derniers ont été identifiés par lettres alphabétiques, voir BERGERON, Manon, TALBOT-SAVIGNAC, Mariève et HÉBERT, Martine, « Étude exploratoire sur les inconduites sexuelles entre un-e professionnel-le de la santé et un-e client-e au Québec », *supra* note 164, à la p.23;

Vu la généralité de l'article 59.1 et le fait que cet article s'applique à toutes les professions, que ces dernières relèvent du domaine de la santé ou non, nous estimons qu'une modification législative de l'article 59.1 serait difficilement envisageable. En effet, il est difficile de donner aux termes contenus à l'article 59.1 une définition statique qui s'appliquerait à toutes les professions.

Notre idée de modification législative consisterait plutôt en l'ajout d'une disposition, dans le *Code des professions*, qui obligerait les ordres professionnels à insérer dans leur code de déontologie un article portant sur l'inconduite sexuelle. Cet article viendrait définir les différentes composantes de l'article 59.1, à la lumière des particularités de la profession visée, tel que l'ont fait les médecins, les infirmières et infirmiers, les physiothérapeutes et les psychologues. De cette manière, les membres auraient à leur disposition une définition de l'inconduite sexuelle qui serait logique et qui tiendrait compte des particularités de leur profession. Une telle façon de procéder contribuerait à l'élimination éventuelle de certaines ambiguïtés découlant de l'imprécision de l'article 59.1 du *Code des professions*.

Mais il y a plus, en ce qui concerne la sanction en droit disciplinaire, le professionnel coupable d'inconduite sexuelle s'expose obligatoirement à une radiation temporaire et à une amende⁵²⁸. Tel que libellé, ce dernier dote inévitablement les conseils de discipline d'un grand pouvoir : celui d'imposer la période de radiation de leur choix. Nos recherches nous ont permis de constater que les décisions en matière d'inconduite sexuelle manquent d'uniformité, en ce que celles-ci ne suivent pas de lignes directrices clairement établies en matière de sanction. Deux professionnels du même ordre professionnel peuvent recevoir des sanctions complètement différentes pour une même infraction à caractère sexuel. Par exemple, chez les psychologues, l'intimé *Lesage*⁵²⁹ a été radié pour une période de six mois parce qu'il avait prononcé des paroles à caractère sexuel et avait eu des comportements de nature sexuelle. L'intimé n'avait pas d'antécédents, ni de facteurs aggravants particuliers. Aucune suggestion commune quant à la sanction n'avait été présentée au conseil de discipline. Pour sa part, l'intimé

⁵²⁸ *Code des professions*, à l'article 156 al. 2;

⁵²⁹ *Psychologues c. Lesage* (C.D. Psy., 2009-07-07);

*Bruneau*⁵³⁰ a été radié pour une période de deux mois parce qu'il avait posé des gestes à caractère sexuel sur sa patiente. Ce dernier n'avait aucun antécédent, aucune suggestion commune quant à la sanction n'avait été présentée au conseil de discipline, mais l'intimé avait plus de trente ans d'expérience, ce que le conseil de discipline avait compté comme un facteur aggravant. Or, parce que l'intimé avait été chercher de l'aide-qui n'était pas une thérapie formelle en tant que telle- le conseil a été plus clément envers lui qu'envers l'intimé Lesage⁵³¹.

Le manque d'uniformité quant aux sanctions imposées d'un ordre à l'autre est flagrant. À cet effet, nous invitons nos lecteurs à prendre connaissance du tableau 1, annexé au présent mémoire⁵³². Si nous nous fions à ce tableau, les sanctions imposées chez les infirmières et infirmiers sont beaucoup plus sévères que celles imposées chez les médecins et les physiothérapeutes, par exemple.

Nous sommes d'avis qu'il serait important d'adopter des « lignes directrices statutaires pour assurer un bon équilibre »⁵³³, tel que l'a déjà recommandé un groupe d'étude ontarien. De telles lignes directrices pourraient être annexées au *Code des professions* et pourraient ainsi guider les conseils de discipline quant à la période de radiation temporaire à imposer.

En Ontario, le minimum de radiation temporaire est fixé à cinq ans, peu importe les circonstances propres à chaque affaire. Nous ne proposons pas de copier ce modèle tel quel, mais nous considérons qu'il est important pour le Législateur d'établir un minimum en matière de radiation temporaire ou, du moins, d'indiquer sur quels critères se baser pour imposer telle ou telle sanction minimale.

⁵³⁰ *Psychologues c. Bruneau* (C.D. Psy., 2010-12-09);

⁵³¹ Il est à noter que ces décisions ont été rendues à un peu plus d'un an intervalle;

⁵³² Voir annexe 1;

⁵³³ CONSEIL CONSULTATIF DE RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ, « Rapport final présenté à la ministre de la santé et des soins de longue durée; Efficacité des modalités adoptées par les ordres professionnels concernant les plaintes et les mesures disciplinaires en cas de faute professionnelle de nature sexuelle », décembre 2000, à la p. 33;

CONCLUSION

En 1994, une nouvelle disposition, l'article 59.1, du *Code des professions* interdisait dorénavant toute relation sexuelle entre professionnel et client. Cet article s'adresse à tous les professionnels visés par le *Code des professions*, peu importe le domaine dans lequel ils œuvrent, et proscrit tout geste ou parole de nature sexuelle dans la relation professionnelle.

Le libellé de l'article 59.1 aborde plusieurs notions telles que la relation professionnelle, la personne à qui l'on fournit des services, l'abus et les gestes sexuels. Rédigée de manière très générale, cette disposition peut être interprétée de manière différente d'un ordre professionnel à l'autre. En ce sens, la relation professionnelle n'a peut-être pas la même importance chez les géologues, par exemple, que chez les psychologues, notamment à cause des particularités propres à chacune de ces deux professions.

Nous avons vu, dans la première partie de ce mémoire, que la relation thérapeutique est une relation fiduciaire basée sur la confiance. En ce sens, il revient toujours au professionnel d'éviter tout contact sexuel avec son patient. La pression repose donc, en entier, sur ses épaules. Nous avons également constaté que la durée de la relation thérapeutique peut dépasser la fin des derniers traitements et ce, parce que l'influence ou le pouvoir qu'un professionnel de la santé peut exercer sur son patient ne disparaît pas nécessairement avec la fin du traitement. Finalement, nos recherches nous ont appris que le professionnel est tenu de respecter ses obligations sur une base quotidienne et ce, peu importe où il se trouve.

Nous avons appris que la majorité des moyens de défense invoqués par les professionnels de la santé coupables d'avoir enfreint l'article 59.1 du *Code des professions* n'est pas retenue. Que le patient ait posé le premier geste ou non n'exonère jamais le professionnel de la santé.

La jurisprudence nous a aussi enseigné que la notion de client peut être élargie à d'autres personnes que le client immédiat, telles que les parents, les tuteurs, les représentants légaux, etc.

Globalement, la première partie de ce mémoire nous a permis de constater qu'un lourd fardeau incombe au professionnel de la santé. Plusieurs aspects de la relation thérapeutique, tels que sa durée, son étendue et la notion du client, sont élargis dans le but de rejoindre les objectifs du droit disciplinaire et de la tolérance zéro, soit la protection du public.

La deuxième partie consistait en un survol du droit disciplinaire dans un contexte d'inconduite sexuelle. Nous avons d'abord décortiqué l'article 59.1 du *Code des professions* afin de définir les notions qui le composent, soit l'abus et les gestes et paroles à caractère sexuel. Nous avons appris que l'abus est automatique lorsqu'un professionnel pose des gestes ou prononce des paroles à caractère sexuel non requis par l'état de santé du patient. Nous parlons donc d'un abus « présumé ». En ce qui concerne les paroles et gestes dont il est question à l'article 59.1, la jurisprudence nous enseigne qu'une panoplie de gestes et paroles, qui pourraient sembler le moins érotiques ou sexuels, sont interdits. Encore une fois, cette catégorie a été élargie pour rencontrer l'objectif de tolérance zéro.

Ensuite, nous avons vu que seulement quatre ordres professionnels du domaine de la santé ont inséré dans leur code de déontologie une disposition précise sur l'inconduite sexuelle afin de guider leurs membres.

Un bref survol du cheminement d'une plainte en vertu de l'article 59.1 nous a permis de comprendre comment le système disciplinaire fonctionnait, notamment lorsqu'il est question d'inconduite sexuelle. Nous avons vu que le syndic dispose d'un pouvoir d'enquête énorme, lui permettant de recueillir toutes les informations qu'il juge importantes. Finalement, la deuxième partie nous a informés que les sanctions applicables en matière d'inconduite sexuelle consistaient, minimalement, en une radiation temporaire et une amende de 1 000\$ et que les conseils de discipline prennent en considération des facteurs aggravants et atténuants, ainsi que des critères objectifs et subjectifs, afin d'imposer au professionnel de la santé coupable d'avoir posé des gestes à caractère sexuel une sanction taillée sur mesure.

La troisième partie était vouée à une critique du système disciplinaire en matière d'inconduite sexuelle. Le Québec prône la tolérance zéro, en ce qu'il interdit toute relation sexuelle entre professionnel de la santé et patient, que celle-ci soit consensuelle ou non, et même si le patient est loin d'être vulnérable. En ce sens, une position politique ferme a été adoptée par la majorité des ordres professionnels du domaine de la santé. Or, nos recherches nous ont permis de constater que cette politique de tolérance zéro n'est pas rigoureusement observée, appliquée et répandue, que ce soit par les ordres professionnels ou par les conseils de discipline.

Le patient, aux yeux du droit disciplinaire, n'est pas un être autonome, à qui revient le loisir de consentir à des relations sexuelles avec son traitant. Au contraire, il est perçu comme étant vulnérable et faible. Nous comprenons que cette infantilisation du patient découle de l'objectif de notre droit disciplinaire, soit la protection du public. Également, nous avons vu qu'au stade de l'enquête, le syndic d'un ordre professionnel peut pénétrer dans la vie privée de ses membres pour recueillir tous les éléments pertinents à son enquête, le tout sans mandat de perquisition. Tout ceci découle d'une soi-disant politique de tolérance zéro, selon laquelle le professionnel n'a pas le droit de trébucher. Très bien, mais encore faut-il que les différents acteurs du système disciplinaire agissent en fonction de cette politique.

Une brève étude comparative entre le droit québécois, le droit français et le droit ontarien, nous a permis de constater que l'inconduite sexuelle peut être traitée très différemment, d'un système disciplinaire à l'autre, même si l'Ontario et la France n'ont habituellement pas une mentalité juridique diamétralement opposée à celle du Québec. En France, les relations sexuelles entre professionnel de la santé et patient ne sont pas expressément prohibées, si consensuelles. Ce n'est que le droit pénal français qui régit ce type de situations, laissant ainsi aux patients et traitants la liberté de succomber à leurs pulsions sexuelles. La vulnérabilité des patients n'est donc jamais présumée en France.

Nos voisins ontariens se situent à l'autre extrême, en radiant automatiquement, pour une période de cinq ans, le professionnel de la santé qui a des rapports sexuels ou qui pose

des gestes à caractère sexuel sur son patient, le tout sans tenir compte des circonstances particulières à l'affaire.

Or, le Québec ne peut, en aucun cas, copier les modèles français et ontarien, le premier se voulant beaucoup trop laxiste et favorable aux abus et le deuxième, extrêmement rigide et insuffisamment nuancé.

L'absence de réglementation disciplinaire en France peut donner naissance à toutes sortes d'abus. En effet, plusieurs victimes d'inconduite sexuelle pourraient être découragées de porter plainte au criminel, puisque le système judiciaire est souvent long et laborieux. Également, il pourrait être difficile d'établir la preuve d'absence de consentement, tel que requis par le *Code pénal* français. En ce sens, il nous semble capital d'interdire les relations sexuelles entre professionnels de la santé et patients, tel que le prévoit déjà notre *Code des professions*.

En Ontario, le fait d'imposer aux ordres professionnels de la santé certaines dispositions portant sur l'inconduite sexuelle nous semble très intéressant et pourrait être appliqué au Québec. Vu les différences entre les différentes professions, et leurs particularités, il serait peut être adéquat de prévoir un code distinct pour les professionnels du domaine de la santé ou, du moins, d'obliger les ordres professionnels à adopter des dispositions précises portant sur l'inconduite sexuelle dans leurs code de déontologie respectif. Une telle façon de faire permettrait à chaque profession de définir des notions qui se veulent plus générales à l'article 59.1 du *Code des professions* et qui peuvent être interprétées différemment d'un ordre professionnel à un autre.

Quant à la possibilité d'inclure une radiation temporaire « plancher » dans le *Code des professions*, nous sommes d'avis qu'une telle mesure ne serait pas nécessairement efficace au Québec pour contrer le phénomène de l'inconduite sexuelle. Dans les faits, cette solution pourrait créer des injustices, surtout si chaque situation doit être évaluée *in concreto*. Par exemple, un denturologiste qui n'a presque aucun contact avec sa cliente et qui dérape à une seule occasion devrait-il automatiquement être radié pour une période minimale d'un an? Le modèle ontarien nous semble ainsi beaucoup trop statique, en ce qu'il ne fait pas la distinction entre réel prédateur et simple pécheur, allant même

jusqu'à condamner un professionnel de la santé qui traite son conjoint. Une échelle de sanctions, comme en Colombie-Britannique serait une bonne idée afin de guider les conseils de discipline.

L'article 59.1 du *Code des professions* est un bon point de départ pour tenter de contrer le problème de l'inconduite sexuelle, mais ne peut, à lui seul, le faire disparaître ou, du moins, l'atténuer. Les différents acteurs du système disciplinaire- ceux qui prônent la tolérance zéro- doivent également s'impliquer dans tout le processus pour que la situation s'améliore.

Premièrement, les conseils de discipline devraient utiliser leur pouvoir discrétionnaire au niveau de l'imposition de la sanction avec beaucoup plus de sévérité, en tenant compte de notre époque et de la réprobation sociale face à l'inconduite sexuelle. Nous avons vu que plusieurs décideurs ont souligné, dans leurs décisions même, le manque de sévérité des sanctions imposées en matière d'inconduite sexuelle, mais continuent tout de même d'entériner des suggestions communes de radiation temporaire de quelques mois pour des gestes allant directement à l'encontre de l'honneur et de la dignité de la profession. Comment veut-on dissuader les membres d'une profession à poser des gestes à caractère sexuel si la sanction à écoper est habituellement de trois à six mois, période nettement insuffisante pour réfléchir? Certains ordres professionnels commencent doucement à s'activer en affirmant qu'une radiation temporaire de quelques mois correspond à des vacances et que, finalement, « les sanctions devraient plutôt se calculer en termes d'années. »⁵³⁴.

La négociation des sanctions, lorsqu'il y a perspective de plaider de culpabilité, doit être également prise au sérieux par les syndicats. Ces derniers doivent rester rigides s'ils veulent honorer la politique de tolérance zéro. Régler un dossier d'inconduite sexuelle en échange de quelques petits mois de radiation n'est pas acceptable.

Il existe un écart assez remarquable au niveau de la sanction disciplinaire entre l'Ontario et le Québec lorsqu'il est question d'inconduite sexuelle. Le fait que les

⁵³⁴ ARCHAMBAULT, Héroïse, « Collège des médecins/ Inconduite sexuelle : il faut serrer la vis », Journal de Montréal, publié le mardi 12 février 2013;

ontariens, nos voisins directs, imposent automatiquement une radiation minimale de cinq ans pour les gestes à caractère sexuel les plus graves devrait au moins nous convaincre que nos sanctions en la matière sont beaucoup trop faibles. Il faudrait donc qu'il y ait une évolution au niveau de la mentalité des conseils de discipline pour que les sanctions soient plus dissuasives. Ceux-ci ne devraient pas avoir peur d'aller au-delà de ce qui a déjà été imposé dans le passé, le droit disciplinaire permettant justement de fixer des sanctions sur mesure. C'est d'ailleurs ce qu'est venu confirmer le Tribunal des professions dans l'affaire *Lapointe*⁵³⁵ :

La tendance actuelle des comités de discipline d'imposer des sanctions plus sévères pour des infractions auxquelles, dans le passé, correspondaient des peines plus clémentes, ne doit pas nécessairement amener le Tribunal à intervenir, car il incombe toujours en effet aux comités de discipline d'assurer la protection du public et de tenter de dissuader les membres de la professions (sic) de commettre le même genre d'infractions. Et le Tribunal ne doit pas ignorer ce phénomène « qui doit le guider dans l'évolution d'une jurisprudence adaptée » à notre époque. »

[...]

Le Comité de discipline, dont deux pairs font partie, n'a pas mal apprécié la conduite de l'appelant en rendant la sanction dont appel. Il a, à la lumière de l'évolution des mœurs dans la société contemporaine évalué la sanction la plus appropriée pour lui donner entre autre un caractère d'exemplarité et de dissuasion vis-à-vis des autres professionnels de la santé d'aujourd'hui, et ce dans le but de protéger le public d'aujourd'hui contre une telle conduite de la part des psychiatres traitants.⁵³⁶

(Notre soulignement)

Un récent article du Collège des médecins est finalement venu remettre les pendules à l'heure concernant la faiblesse des sanctions en matière d'inconduite sexuelle :

Le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec réaffirme sa position face aux inconduites sexuelles et aux fautes médicales graves commises par des médecins : tolérance zéro!

[...]

Il est impératif de modifier et de moderniser le système disciplinaire. Le système professionnel québécois doit être juste, crédible et aligné avec les valeurs de la société. C'est l'unique façon de conserver la confiance du public et des professionnels, et surtout, de remplir notre mandat de protection du public.

⁵³⁵ *Lapointe c. Médecins*, 1996, *supra* note 316;

⁵³⁶ *Lapointe c. Médecins*, *Ibid.*, aux pp. 9 et 10;

En clair, le Collège réaffirme sa volonté de voir les délais réduits et **les sanctions proportionnelles à la gravité des fautes reconnues.**

Une mise à jour de la loi s'impose!⁵³⁷

(Notre soulignement)

Nous sommes également d'avis que les décisions disciplinaires devraient être rédigées avec plus de précision, surtout quant aux faits, afin de renseigner les membres de la profession, ainsi que le public en général, sur ce qui est prohibé en matière d'inconduite sexuelle. Nous avons vu que beaucoup de décisions sont rédigées de manière succincte et, plus particulièrement, lorsque le professionnel décide de plaider coupable et que les parties présentent des recommandations communes au conseil de discipline. Nous croyons fermement que des jugements détaillés renforceraient la confiance du public envers les divers ordres professionnels du domaine de la santé. Contrairement à la décision rendue dans le dossier *Dadourian*⁵³⁸, dont il a été question plus tôt, il serait important de lire les versions des victimes dans les jugements en matière d'inconduite sexuelle, question de sensibiliser le public, d'encourager les autres victimes à porter plainte et de dissuader les autres membres de la profession de poser les mêmes gestes.

Deuxièmement, vient la question de l'accessibilité et la visibilité des décisions disciplinaires sur le site internet des ordres professionnels. Nos recherches nous ont permis de constater que la majorité des ordres professionnels ne publient pas leurs décisions sur leur site internet, mais plutôt sur des moteurs de recherche juridique. Nous sommes d'avis que ces décisions ne devraient pas seulement être disponibles sur le site internet des ordres professionnels mais, qu'en plus, celles-ci devraient être facilement repérables par les membres et par le public. Une telle façon de faire assurerait une plus grande transparence, tel qu'affirmé dans un rapport ontarien portant sur la question de l'inconduite sexuelle :

Le CCRPS estime que c'est par la transparence que l'on assure la responsabilité, soit lorsque les décisions sont connues de toutes les personnes qui risquent de s'intéresser à ces décisions. Cette transparence s'avère tout particulièrement importante lorsque les plaintes ne font pas l'objet d'une audience publique. On décourage des abus sexuels en

⁵³⁷ BERNARD, Dr. Charles, « Une mise à jour de la loi s'impose! », *supra* note 28;

⁵³⁸ *Ordre des dentistes du Québec c Dadourian*, *supra* note 494;

adoptant un système transparent; en effet, les membres des ordres professionnels seront informés à l'avance que leurs fautes professionnelles seront communiquées au public.⁵³⁹

Deuxièmement, les ordres professionnels du domaine de la santé devraient définitivement faire bon usage de leur pouvoir réglementaire en insérant dans leur code de déontologie respectif une ou des dispositions précises sur l'inconduite sexuelle, dispositions qui viendraient définir les différentes notions de l'article 59.1 du *Code des professions*, selon la réalité de chaque profession.

Troisièmement, les ordres professionnels devraient investir temps et argent dans la sensibilisation et l'éducation de leurs membres, mais aussi du public en général. Des études révèlent que plusieurs victimes d'inconduite sexuelle pensent porter plainte contre leur traitant mais ne le font pas pour multiples raisons, telles que la peur de ne pas être crues, l'humiliation, la peur des représailles et des conséquences et le sentiment d'avoir été complice⁵⁴⁰. Afin d'encourager les victimes à porter plainte, et surtout de les informer que les relations sexuelles sont interdites au sein de la relation thérapeutique⁵⁴¹, les ordres professionnels devraient adopter toutes sortes de mesures éducatives accessibles au public et à l'ensemble de la profession, telles que des brochures élaborées sur l'inconduite sexuelle, des formations à leurs membres, des articles dans leurs journaux internes, des directives claires, etc. Nous avons vu, plus tôt, que ce ne sont pas tous les ordres professionnels qui disposent d'outils éducatifs portant sur l'inconduite sexuelle. Il nous semble également que, bien que certains ordres professionnels aient publié des articles ou des brochures sur le sujet, ces derniers ne sont pas assez clairement annoncés, en ce qu'il faut faire des recherches approfondies sur des moteurs de recherche pour les trouver.

⁵³⁹ CONSEIL CONSULTATIF DE RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, « Rapport final présenté à la ministre de la santé et des soins de longue durée; Efficacité des modalités adoptées par les ordres professionnels concernant les plaintes et les mesures disciplinaires en cas de faute professionnelle de nature sexuelle », *supra* note 466, à la p. 31;

⁵⁴⁰ Eichenberg, Becker-Fisher et Fischer (2010), voir aussi Statistiques Canada (2009);

⁵⁴¹ Puisque l'inconduite sexuelle n'est pas toujours considérée comme une agression sexuelle au sens du Code criminel, notamment parce que le consentement du patient ne permet pas au professionnel de poser des gestes à caractère sexuel sur celui-ci, ce ne sont pas toutes les victimes qui savent qu'il est interdit d'avoir des relations sexuelles avec leur traitant;

Non seulement est-il important de faire de la sensibilisation, mais encore faut-il se vouer à la prévention. En effet, il faudrait que les futurs professionnels soient au courant des dangers reliés à l'inconduite sexuelle, notamment en recevant une formation universitaire sur le sujet, les préparant à l'avance à la réalité de leur pratique⁵⁴². Nous ne parlons pas nécessairement d'un cours intitulé « l'inconduite sexuelle », mais au moins d'un module de cours complet portant uniquement sur le sujet. Ce cours devrait, entre autres, aborder les sujets suivants : les limites de la relation thérapeutique, la législation en matière d'inconduite sexuelle, les obligations professionnelles, la jurisprudence pertinente en matière d'inconduite sexuelle et des études de cas. En ce sens, un simple cours de déontologie professionnelle ne suffirait pas pour prévenir les abus à caractère sexuel. Une prévention, par le biais de l'éducation, contribuerait grandement à réduire les coûts reliés au processus disciplinaire et constituerait donc une solution à plus long terme⁵⁴³.

Un programme d'aide aux victimes, dans chaque ordre professionnel, pourrait également inciter les victimes à porter plainte, tout en sachant qu'elles seront entourées et écoutées. Ceci pourrait être fait par le biais de programmes d'éducation et de sensibilisation du public. Une telle façon de faire favoriserait les relations avec les patients, tout en les informant de leurs droits et des recours qui s'offrent à eux en cas d'inconduite sexuelle de la part de leur traitant.

Quatrièmement, et tel que mentionné précédemment, les ordres professionnels du domaine de la santé devraient définitivement adopter des dispositions précises sur l'inconduite sexuelle dans leur code de déontologie respectif. Pour ce faire, une modification législative au niveau du *Code des professions* devrait être envisagée afin de forcer les ordres professionnels à définir ce qui n'est pas défini à l'article 59.1. Une telle solution permettrait, encore une fois, de réduire les coûts reliés aux instances

⁵⁴² Cette solution avait déjà été envisagée dans les années 80, à ce sujet voir : LECOMPTE, C. et GENDREAU P., « Sexualité, intimité et relation d'aide », (1984) 25 *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* 43, à la p. 49 » et MORNEAULT, Brigitte, *supra* note 8, à la p. 182;

⁵⁴³ CONSEIL CONSULTATIF DE RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, « Rapport final présenté à la ministre de la santé et des soins de longue durée; Efficacité des modalités adoptées par les ordres professionnels concernant les plaintes et les mesures disciplinaires en cas de faute professionnelle de nature sexuelle », *supra* note 466, à la p. 26;

disciplinaires, surtout lorsque le témoignage d'un expert est nécessaire pour établir certaines notions telles que la durée de la relation thérapeutique, la qualité de patient/client, l'étendue de la relation thérapeutique, etc.⁵⁴⁴

Un certain ajout législatif au niveau de la sanction pourrait aussi constituer une solution intéressante. Nous proposons donc, par exemple, l'insertion d'une annexe au *Code des professions* qui guiderait les conseils de discipline quant aux sanctions à imposer en matière d'inconduite sexuelle, le tout dans le but de favoriser une certaine homogénéité au niveau des périodes de radiation imposées. Nous ne parlons pas nécessairement d'une période minimale dite plancher, mais au moins d'une liste de facteurs qui devraient jouer en la faveur d'une sanction plus sévère ou, à l'inverse, d'une sanction plus clémente. Nous sommes conscients des difficultés qui pourraient découler d'une telle solution, en ce qu'il est difficile d'appliquer des critères préétablis à des situations qui se veulent particulières.

Une autre modification législative possible pourrait être l'insertion d'une annexe au *Code des professions*, qui serait un peu comme le *Code des professions de la santé* de l'Ontario, c'est-à-dire, une suite du *Code des professions* mais uniquement adressée aux professionnels du domaine de la santé. Cette nouvelle section pourrait prévoir plusieurs dispositions sur l'inconduite sexuelle, dont l'obligation pour les ordres professionnels d'adopter des dispositions spécifiques sur le sujet dans leur code de déontologie, une définition plus poussée de l'inconduite sexuelle etc. Nous pourrions même penser à l'inclusion, dans cette nouvelle section, d'articles contraignant les ordres professionnels à offrir des programmes afin de favoriser les relations avec le public, programme devant inclure des mesures sur l'inconduite sexuelle⁵⁴⁵, le tout dans un but de prévention, tel que mentionné plus tôt. Un autre article pourrait également obliger les professionnels à

⁵⁴⁴ MORNEAULT, Brigitte, *supra* note 8, à la p. 180;

⁵⁴⁵ Une telle disposition existe en Ontario dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, LO 1991, c. 18, annexe 2, à l'article 84;

dénoncer tout collègue qui aurait posé des gestes à caractère sexuels sur un ou des patients⁵⁴⁶.

Peu importe le moyen choisi, il est primordial de faire bouger les choses. Un *statu quo* n'est pas envisageable puisque, selon les médias et la jurisprudence, le phénomène de l'inconduite sexuelle n'est pas en train de diminuer, bien au contraire. S'il est difficile de modifier les lois, il n'est pas difficile pour les ordres professionnels d'adopter une nouvelle mentalité qui irait de pair avec la politique de la tolérance zéro. Notre système disciplinaire ne cesse de réparer les pots cassés des ordres professionnels qui devraient concentrer leurs efforts sur des mesures de sensibilisation et de prévention. De nouvelles solutions basées sur l'éducation des membres et de la société constituent à nos yeux une économie de temps et d'argent pour notre système disciplinaire.

Nous sommes d'avis qu'une double diligence est actuellement nécessaire de la part des ordres professionnels, surtout avec l'essor des médias sociaux qui se veulent un lieu d'échange public, facilitant la transgression des limites professionnelles dans certains cas⁵⁴⁷. En d'autres mots, il est beaucoup plus facile, aujourd'hui, avec tous les moyens technologiques mis à notre disposition, d'entrer en contact avec des patients en dehors des heures de bureau. La ligne entre relation professionnelle et personnelle peut donc devenir très fine. Il revient, selon nous, aux ordres professionnels d'agir et de doubler leurs efforts pour contrer, non seulement une réalité bien établie depuis longtemps, mais également une future décadence. La tolérance zéro est loin d'être atteinte en matière d'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé; il est maintenant temps de le réaliser et d'agir.

⁵⁴⁶ Une telle disposition existe en Ontario dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, LO 1991, c. 18, annexe 2, à l'article 85.2;

⁵⁴⁷ Une enquête de l'Association médicale canadienne est venue démontrer que 51% des médecins canadiens utilisent *Facebook* et le consultent au moins une fois par semaine. Cette étude a aussi soulevé un problème au niveau des limites de la relation professionnelle, en indiquant que certains médecins avaient de la difficulté à faire une distinction entre communications personnelles et privées et communications professionnelles, à ce sujet voir : ASSOCIATION CANADIENNE MÉDICALE, « Résumé d'un sondage des membres du Forum électronique- Les médecins et les médias sociaux », en ligne : [http://www.cma.ca/representationamc/medecins-medias-sociaux](http://www.cma.ca/representationamc/medecins-medias-sociaux;);

ANNEXE 1

SANCTIONS EN MATIÈRE D'INCONDUITE SEXUELLE (59.1 du C.P.)

Étude comparative faite chez les : infirmières et infirmiers, les médecins, les physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique et les psychologues
(Décisions rendues entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2012)

Par Leslie Azer, 2013

*Légende : RT : Radiation temporaire

LT : Limitation temporaire

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

<p><i>Infirmières et infirmiers c. Grenier (C.D. Inf., 2008-07-22)</i></p>	<p>Chef 1 : avoir eu des relations sexuelles avec son patient pendant environ 1 an et demi</p> <p>L'infirmière entretenait une relation d'aide avec son patient qui était suicidaire et dépressif. Elle a téléphoné à l'ordre pour voir si c'était acceptable. Elle a continué d'avoir des relations sexuelles même après d'avoir téléphoné à l'ordre</p>	<p>Non</p>	<p>Elle a 50 ans/~30 ans d'expérience</p>	<p>Non</p>		<p>Expérience de l'intimée en santé mentale</p> <p>Elle a continué d'avoir des relations sexuelles même après s'être renseignée auprès de l'ordre</p>	<p>Chef 1 : RT de 9 mois et amende de 600\$</p>

<i>Infirmières et infirmiers c. St-Pierre, (C.D. Inf., 2008-09-22)</i>	<p>Chef 1 : lors de soins à domicile a embrassé sein de la patiente en la dénudant</p> <p>Chef 2 : propos abusifs à caractère sexuel lors de soins à domicile, notamment en commentant sous-vêtements de la patiente</p> <p>Chef 3 : lors de soins à domicile, n'a pas couvert la patiente et est resté dans la chambre lorsqu'elle remettait ses vêtements pour l'observer</p>	Non	~ 35 ans de pratique	Non	-	Inconscience de l'intimé face à ses gestes, aucune mesure entreprise pour que les faits ne se reproduisent plus,	<p>Chef 1 : RT de 3 ans et amende de 600\$</p> <p>Chef 2 : RT de 18 mois et amende de 600\$</p> <p>Chef 3 : RT de 24 mois et amende de 600\$</p> <p>Assorties d'une LT de pratique de 2 ans (présence infirmière ou infirmier lors de soins à domicile)</p>
<i>Infirmières et infirmiers c. Dubois, (C.D. Inf., 2009-02-06)</i>	Chef 2 : a procédé à un examen non-requis des hanches et de l'abdomen	Non	N/A	Oui	N/A	L'intimé a déjà été trouvé coupable dans le passé par la Cour criminelle d'avoir	Chef 2 : RT de 5 ans et une amende de 1000\$

	<p>Chef 3 : a procédé, malgré les réticences de la patiente à un examen de ses seins en baissant lui-même les bretelles de son soutien-gorge et en lui pinçant les mamelons</p> <p>Chef 4 : a tenu des propos abusifs à caractère sexuel</p> <p>Chef 7 : a massé les seins de la patiente</p> <p>Chef 8 : a procédé à un examen inapproprié de l'abdomen de la patiente</p> <p>Chef 9 : a procédé à un enseignement de l'extraction du lait maternel à sa patiente sans que l'objet d'une telle intervention ne soit établi</p> <p>Chef 10 : lors d'une visite à domicile a regardé sa patiente</p>					<p>agressée sexuellement une patiente psychiatisée, les gestes ont été posés sur une clientèle vulnérable, l'absence de tout le processus disciplinaire</p>	<p>Chef 3 : RT de 5 ans et une amende de 1000\$</p> <p>Chef 4 : RT de 4 mois et une amende de 1000\$</p> <p>Chef 7 : RT de 5 ans et une amende de 1000\$</p> <p>Chef 8 : RT de 5 ans et une amende de 1000\$</p> <p>Chef 9 : RT de 5 ans et une amende de 1000\$</p>
--	---	--	--	--	--	--	---

	de manière insistante, lui a pris les mains et a posé une main sur sa cuisse gauche						
--	---	--	--	--	--	--	--

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Intitulé de la cause	Faits	Recommandations Communes	Âge/Expérience de l'intimée(e)	Récidive	Facteurs atténuants	Facteurs aggravants	Sanctions
<i>Psychologues c. Lesage</i> (C.D. Psy. 2009-07-07),	Chef 2 : propos à caractère sexuel et comportements sexuels	Non	N/A	Non	N/A	N/A	Chef 2 : RT de 6 mois et amende de 1000\$
<i>Psychologues c. Lesage</i> (C.D. Psy 2009-07-07)	Chef 2 : a entretenu une relation amoureuse et sexuelle pendant plus de 10 mois même lors que l'intimé était sous enquête du syndic, qu'il reconnaissait d'autres dérapages sur le même sujet et alors qu'il déclarait au syndic avoir changé d'attitude Chef 4 : a entretenu une relation sexuelle avec une patiente 1 mois après la fin des traitements alors que cette dernière était la sœur d'un autre de ses patients	Non	N/A	Oui	N/A	Certaine constance dans la déviance professionnelle de l'intimé Intimé a persisté dans ses comportements alors qu'il savait qu'il était sous enquête et qu'il avait admis ses dérapages Danger pour le public	Chef 2 : Radiation permanente et amende de 1000\$ Chef 4 : Radiation permanente

	qu'il suivait en psychothérapie. Cette patiente avait été suivie par l'intimé pendant 1 an et demi						
<i>Psychologues c. Bilodeau</i> (C.D. Psy., 2009-09-28)	<p>Chef 1 : A entretenu une relation amoureuse et sexuelle avec une patiente. La relation thérapeutique a duré environ 2 ans. Les relations sexuelles et amoureuses se sont poursuivies même après la fin de la relation thérapeutique, pour un total d'environ 2 ans et demi.</p> <p>Cette patiente souffrait d'un choc post-traumatique</p>	Non	N/A	Non	Plaide coupable à la première occasion, bonne collaboration avec le syndic	<p>Incapacité de l'intimé de se remettre en question à l'occasion des nombreuses ruptures initiées par la patiente ou par lui-même</p> <p>Intimé, lors de l'audition, n'a pas reconnu les dommages vécus par la patiente</p> <p>Relation avec une patiente souffrant d'un choc post-traumatique important contre son gré</p>	<p>Chef 1 : RT de 7 mois et une amende de 1000\$ et recommandation au CA de l'Ordre d'obliger l'intimé à se soumettre à une supervision d'une durée de 12 mois</p>
<i>Psychologues c. Bellemare</i> (C.D. Psy, 2010-06-29)	Chef 3 : a donné des massages durant des sessions thérapeutiques à sa cliente et a posé sur	Non	N/A	Non	N/A	<p>Patiente abusée très vulnérable avec passé de violence conjugale et</p>	<p>Chef 3 : RT de 2 ans, une amende de 200\$ et une limitation permanente de</p>

	elle des gestes abusifs à caractère sexuel					<p>d'inceste</p> <p>L'intimé ne démontre aucun regret N'est pas allé chercher de l'aide ni se faire traiter</p> <p>Relation amoureuse a débuté lors de la relation thérapeutique</p> <p>L'intimé ne se soucie pas des sentiments de sa patiente en affirmant qu'il n'avait pas de sentiments amoureux envers cette patiente</p>	son droit d'exercer la psychothérapie auprès d'une clientèle féminine
<i>Psychologues c. Ouaknine</i> (C.D. Psy., 2010-09-30), plainte no. 33-09-00386	Chef 2 : a eu des relations sexuelles avec sa patiente lors des rencontres de psychothérapie et a facturé sa patiente pour des séances où il avait eu des relations sexuelles avec elle, le tout	Non	N/A	Oui	N/A	L'intimé a également eu des relations sexuelles avec la fille de la patiente qui était également sa patiente, à la même période (voir dossier no.	Chef 2 : Radiation permanente, amende de 2000\$

	pendant environ 1 an					33-09-00376). La patiente visée par le chef 2 consultait l'intimé pour une souffrance existentielle L'intimé est un récidiviste Il n'a pas témoigné ni à l'audition sur culpabilité ni à l'audition sur sanction	
<i>Psychologues c. Ouaknine</i> (C.D. Psy., 2010-09-30), plainte no. 33-09-00376	Chef 1 : a eu des relations sexuelles avec sa patiente à quelques reprises sur une période de 1 an. A suivi cette patiente pendant 3 ans. Les relations sexuelles n'étaient pas protégées	Non	N/A	Oui	N/A	Voir les facteurs aggravants du dossier 33-09-00386, mais en plus : La patiente était une jeune femme vulnérable qui le consultait pour avoir été agressée sexuellement dans le passé Les relations sexuelles étaient non protégées	Chef 1 : Révocation du permis et amende de 3000\$

<i>Psychologues c. Bruneau (C.D., Psy., 2010-12-09)</i>	Chef 1 : a posé des gestes à caractère sexuel sur sa patiente pendant environ 2 mois	Non	30 ans d'expérience	Non	L'intimé est allé chercher de l'aide même si ce n'est pas une thérapie formelle et n'a pas d'antécédent	L'intimé a plus de 30 ans d'expérience il aurait du agir avec plus de prudence	Chef 1 : RT de 2 mois et une amende de 2000\$
<i>Psychologues c. Boivin (C.D. Psy., 2011-07-05)</i>	Chef 1 : a eu des relations sexuelles avec sa patiente immédiatement après la fin du suivi psychothérapeutique	Non	Âgée de 46 ans	Non	Plaide coupable à la première occasion Les gestes se sont produits à une seule occasion et ont été initiés par la patiente	Au moment où l'intimée avait des relations sexuelles avec cette patiente, elle continuait de suivre l'ex-conjointe de la patiente visée au chef 1 qui la consultait pour leur récente rupture	Chef 1 : RT de 1 mois, amende de 1000\$ et recommandation au CA de l'Ordre d'obliger l'intimée à se soumettre à une supervision et à suivre et réussir un cours de déontologie

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC

<p><i>Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Pelletier, (C.D. Phy., 2008-06-17)</i></p>	<p>Chef 3 : a, sans motif scientifique pertinent, fait des palpations au-dessus et au-dessous du mamelon du sein gauche de sa patiente</p>	<p>Oui</p>	<p>~20 ans d'expérience</p>	<p>Non</p>	<p>L'intimé n'a aucun passé disciplinaire</p> <p>Il plaide coupable à la première occasion</p> <p>Il est repentant</p> <p>Les chances de récidive sont quasi-nulles</p>	<p>Patiente jeune et vulnérable</p>	<p>Chef 3 : RT de 2 semaines et amende de 600\$</p>
<p><i>Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Sadi (C.D. Phy., 2008-11-12)</i></p>	<p>Chef 1 : a embrassé sa patiente âgée de 50 ans sur la bouche et lui a exhibé son appareil génital en érection tout en lui demandant de procéder à une fellation</p> <p>Chef 2 : a exhibé son appareil génital en érection à sa</p>	<p>Oui</p>	<p>N/A</p>	<p>Non</p>	<p>N/A</p>	<p>Patiente visée au chef 1 était en perte d'autonomie et souffrait de dépendance aux drogues</p> <p>Patiente visée au chef 2 était vulnérable et placée en centre d'accueil</p>	<p>Chef 1 : RT de 1 mois et amende de 1000\$</p> <p>Chef 2 : RT de 1 mois et amende de 1000\$</p> <p>*Le conseil de discipline avait pris en considération sa période de radiation</p>

	<p>patiente âgée de 85 ans et a pratiqué un toucher vaginal sur cette dernière alors que non médicalement requis</p>						<p>provisoire de 3 mois</p> <p>Limitation d'exercice avec clientèle féminine sans la présence d'une autre personne pour une période d'une année</p> <p>Recommandation au CA de l'Ordre d'obliger l'intimé de suivre un cours</p>
<p><i>Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Hébert (C.D. Phy., 2009-06-05)</i></p>	<p>Chef 1 : a embrassé sa patiente à la fin d'un traitement de physiothérapie et a eu des relations sexuelles à son domicile avec cette patiente</p>	<p>Oui (N'a pas été entériné par le conseil de discipline)</p>	<p>Âgé ~40 ans</p>	<p>Non</p>	<p>N/A</p>	<p>Jeune étudiante âgée de 20 ans</p> <p>L'intimé a réduit son tarif de traitements pour continuer la thérapie</p> <p>Intimé n'est pas repentant</p> <p>Intimé a compliqué l'enquête de la syndique</p>	<p>Chef 1 : RT de 4 mois et une amende de 1000\$</p>

<p><i>Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Caron (C.D. Phy., 2012-05-28)</i></p>	<p>Chef 1 : a procédé à un message de l'abdomen de sa patiente alors que non médicalement requis et lui a murmuré des propos abusifs à caractère sexuel</p>	<p>Oui</p>	<p>Âgé de 52 ans/ ~30 ans d'expérience</p>	<p>Non</p>	<p>L'intimé a exprimé des regrets sincères</p> <p>Chances de récurrence quasi-nulles</p>	<p>N/A</p>	<p>Chef 1 : RT de 1 mois et amende de 1000\$</p>
---	--	------------	--	------------	--	------------	---

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Titre de la cause	Faits	Demande de l'Intimé Composé	Age / Expérience de l'Intimé (s)	Régions	Facteurs atténuants	Facteurs aggravants	Sanctions
<p><i>Médecins c. Kronstrom</i> (C.D. Méd., 2008-01-25)</p>	<p>Chef 1 : a eu des relations sexuelles complètes avec sa patiente qui le consultait depuis 2 ans pour troubles d'adaptation, anxiété et humeur dépressive. Les relations sexuelles ont débuté 2 jours après la fin des traitements</p> <p>À noter que le premier baiser avait eu lieu alors qu'il y avait relation thérapeutique et que c'est cet événement qui a poussé l'intimé à mettre fin à la relation thérapeutique pour débiter une relation intime</p>	<p>Oui</p>	<p>~33 ans d'expérience</p>	<p>Non</p>	<p>L'intimé n'a pas tenté de dissuader la patiente de porter plainte</p> <p>Aucun antécédent disciplinaire</p> <p>L'intimé a exprimé des regrets</p> <p>L'intimé a bien collaboré avec l'enquête du syndic</p>	<p>Patiente vulnérable et fragile</p>	<p>Chef 1 : RT de 2 mois et demi et amende de 600\$</p>

<p><i>Médecins c. Barette</i> (C.D. Méd., 2008-02-18)</p>	<p>Chef 1 : a eu des relations sexuelles lors de visites à domicile avec sa patiente qui le consultait pour dysthymie, anxiété et dépression majeure, le tout sur une période de 1 an.</p> <p>A été sa patiente pendant 6 ans</p>	<p>Non</p>	<p>Âgé de 65 ans/~ 40 ans d'expérience</p>	<p>Non</p>	<p>L'intimé a bien collaboré tout au long de l'enquête</p> <p>Le risque de récidive est extrêmement faible selon le rapport d'expert</p>	<p>Grande expérience de l'intimé qui aurait dû être conscient de l'ampleur de ses gestes</p>	<p>Chef 1 : RT de 3 mois et amende de 1000\$</p>
<p><i>Médecins c. Grégoire</i> (C.D. Méd., 2009-01-28)</p>	<p>Chef 1 : a proposé un massage à sa patiente qui était hospitalisée pour dépression majeure et a eu une relation sexuelle complète avec elle sur une table d'examen de l'hôpital</p> <p>Chef 2 : a proposé un massage et a eu une relation sexuelle complète avec sa patiente alors que celle-ci le</p>	<p>Oui</p>	<p>N/A</p>	<p>L'intimé a déjà été reconnu coupable pour des gestes similaires dans un autre dossier (24-04-00597). Mais puis que les infractions visées par la présente plainte remontent à la même période que celles du dossier 24-04-00597, le conseil de discipline a pris en considération</p>	<p>L'intimé a rassuré le conseil de discipline sur ses risques de récidives</p> <p>Puisque l'intimé a été reconnu coupable en 2005 et que les gestes faisant partie de la présente plainte sont liés à ceux de la décision rendue en 2005, le conseil a accepté les</p>	<p>L'intimé a un passé d'infractions à caractère sexuel</p>	<p>Chef 1 : RT de 2 mois et une amende de 1000\$</p> <p>Chef 2 : RT de 2 mois et une amende de 1000\$</p> <p>Chef 3 : RT de 2 mois et une amende de 1000\$</p> <p>Chef 5 : RT de 2 mois et une amende de</p>

	<p>consultait après son congé de l'hôpital</p> <p>Chef 3 : a invité sa patiente chez lui et a eu une relation sexuelle complète avec elle</p> <p>Chef 5 : a posé des gestes abusifs à caractère sexuel sur sa patiente qu'il traitait pour une dépression majeure, notamment en lui mettant , à une occasion, son pénis dans sa bouche et, à l'autre occasion, en ayant une relation sexuelle complète non protégée avec elle dans la salle d'examen</p>			<p>qu'il y avait antécédent</p>	<p>recommandations communes des parties à l'effet de donner une radiation temporaire plus clémente. En 2005, l'intimé avait été radié temporairement pour 2 ans et s'était vu imposer une limitation permanente d'exercer ses activités professionnelles en présence d'une infirmière lors de toute consultation ou traitement avec clientèle féminine.</p> <p>Prise en main sérieuse de la part de l'intimé</p> <p>L'intimé a respecté ses engagements</p> <p>Absence de récidive depuis les évènements</p>	<p>1000\$</p> <p>Réitération de la limite d'exercice permanente imposée dans le dossier 24-04-00597</p>
--	--	--	--	---------------------------------	--	---

<p><i>Médecins c. Pilorgé</i> (C.D. Méd., 2009-10-08)</p>	<p>Chef 11 : a tenu des propos abusifs à caractère sexuel en demandant à sa patiente de baisser sa culotte et en lui demandant si elle désirait être touchée, notamment s'il pouvait lui chatouiller le clitoris et a posé des gestes à caractère sexuel envers cette même patiente en lui touchant à plusieurs reprises les jambes et même un sein</p>	<p>Oui</p>	<p>Âgé de 68 ans/ ~35 ans de pratique</p>	<p>Non</p>	<p>Risque de récurrence est très faible</p>	<p>L'intimé aurait dû agir avec plus de prudence vu son expérience</p> <p>La patiente avait exprimé un refus clair de baisser sa culotte et de se faire toucher</p>	<p>Chef 11 : RT de 4 mois et amende de 1000\$</p>
<p><i>Médecins c. Bissonnette</i> (C.D. Méd., 2010-02-22)</p>	<p>Chef 1 : a posé des gestes abusifs à caractère sexuel sur une patiente en marge d'une intervention chirurgicale pour augmentation mammaire alors que celle-ci était</p>	<p>Non</p>	<p>Âgé de 53 ans</p>	<p>Oui 2 antécédents disciplinaires pour des gestes semblables, notamment d'avoir des relations sexuelles avec une patiente alors que cette dernière</p>	<p>N/A</p>	<p>Antécédents disciplinaires</p> <p>L'intimé n'a pas rassuré le conseil de discipline quant à ses risques de récurrence</p>	<p>Chef 1 : Radiation permanente et une amende de 2000\$</p> <p>Chef 2 : Radiation permanente et une amende de 2000\$</p>

	<p>sous sédatifs, en introduisant ses doigts dans son vagin</p> <p>Chef 2 : a posé des gestes abusifs à caractère sexuel sur une autre patiente en marge d'une intervention chirurgicale pour remplacement de prothèses mammaires alors que celle-ci était sous sédatifs, en s'adonnant à des attouchements sur la vulve au niveau de la vulve</p>			<p>était couchée inconsciente sur la table d'opération (déclaré coupable en 1993, radiation temporaire de 2 ans et amende de 6000\$ et limitation permanente de son droit de pratique afin qu'il ne puisse pratiquer la chirurgie en milieu hospitalier seulement lorsque le patient ou la patiente est sous sédation et déclaré coupable en 2006, radiation temporaire de 10 ans et amende de 2000\$</p>		<p>L'intimé n'a pas respecté ses engagements et limitations antérieurs</p> <p>L'intimé n'a pas su saisir ses chances de modifier sa pratique dans le passé</p> <p>Les gestes posés sont très graves et sont une atteinte directe à la dignité et l'honneur de la profession</p> <p>Les patientes visées par la plainte étaient vulnérables et impuissantes puisqu'elles étaient sous médication sédatrice</p> <p>Aucune compassion de la part de l'intimé face à</p>	
--	--	--	--	---	--	--	--

						ces patientes	
<p><i>Médecins c. Benjamin</i> (C.D. Méd., 2011-01-31)</p>	<p>Chef 1 : A eu plusieurs relations sexuelles avec une patiente qu'il a suivi pendant près de 11 ans, notamment en thérapie de la réalité. Les premières relations sexuelles avec cette patiente ont débuté alors que cette dernière avait seulement 19 ans et se sont étendus sur une longue période (au cours de l'année 1984, de 1997 à 1998). Cette patiente avait vécu des événements terribles dans sa vie, notamment elle a découvert sa mère gelée dans la galerie alors qu'elle n'était âgée que de 9 ans</p>	Oui	<p>Âgé ~74 ans/~43 ans de pratique en pédopsychiatrie</p>	Non	<p>Regrets</p> <p>L'intimé a signé un engagement de se retirer de la pratique et de démissionner de son ordre</p> <p>Bonne collaboration avec le syndic</p>	<p>La patiente était jeune et extrêmement vulnérable</p>	<p>Chef 1 : RT de 3 mois et pas d'amende parce que la plainte a été amendée et l'article 59.1 a été retiré</p>

<p><i>Médecins c. Rabinovitch</i> (C.D. Méd., 2011-02-08)</p>	<p>Chef 1 : a filmé sa patiente à des fins de gratification personnelle voire sexuelle et aucunement médicales, à son insu, lors des consultations physiques, alors qu'elle était partiellement dévêtue</p> <p>Chef 2 : a filmé sa patiente à des fins de gratification personnelle voire sexuelle et aucunement médicales, à son insu, lors des consultations physiques</p> <p>Chef 3 : a filmé entre 10 et 15 patientes à des fins de gratification personnelle voire sexuelle et aucunement médicales, à son</p>	<p>Oui</p>	<p>Âgé de 56 ans</p>	<p>Non</p>	<p>Aucun antécédent disciplinaire, bonne collaboration avec la syndique et a pris des moyens pour protéger le public et modifier son comportement (engagement de deux ans pris par l'intimé pour consulter un psychiatre qui va transmettre les rapports sur sa santé mentale au Collège des médecins)</p>	<p>A filmé des patientes qui se dévêtaient en toute confiance et qui étaient vulnérables</p>	<p>Chef 1 : RT de 4 mois et amende de 1000\$</p> <p>Chef 2 : RT de 4 mois et amende de 1000\$</p> <p>Chef 3 : RT de 4 mois et amende de 1000\$</p>
---	---	------------	----------------------	------------	--	--	--

	insu, lors des consultations physiques						
<i>Médecins c. Lalonde</i> (C.D. Méd., 2011-02-24)	Chef 1 : a développé une intimité physique et sexuelle avec sa patiente sur une période d'environ 6 mois à l'hôpital, chez lui, chez elle	Oui	Âgé de 59 ans/ a ~ 33 ans d'expérience	Non	Il a consulté le service d'aide aux médecins, il a rencontré une psychologue, il demande à tous ses patients de rencontrer son infirmière dès qu'ils sortent d'un examen L'intimé n'a pas d'antécédent disciplinaire L'intimé s'est auto radié pour une période de 1 mois	L'intimé était un médecin d'expérience, qui a profité de a sa patiente qui vivait des problèmes de santé importants en plus d'être en deuil du décès récent de sa mère pour obtenir des faveurs sexuelles	Chef 1 : RT de 2 mois et une amende de 2500\$
<i>Médecins c. Jobin</i> (C.D., Méd., 2011-05-09)	Chef 1 : a posé des gestes à caractère sexuel sur sa patiente qui le consultait depuis plusieurs années pour troubles psychologiques et	Oui	Âgé de 77 ans	Non	Intimé a reconnu ses torts à la première occasion Il a bien collaboré à l'enquête du	Patiente très vulnérable Très grande différence d'âge entre l'intimé et la patiente (30 ans)	Chef 1 : RT de 3 mois et amende de 1000\$

	grands problèmes de santé, en 2008, 2009 et 2010, incluant des conversations téléphoniques érotiques				syndic Il ne détient aucun antécédent disciplinaire Il a cessé d'exercer sa profession le 31 août 2010, ses chances de récurrence presque nulles	Gestes reprochés se sont échelonnés sur une longue période, ce n'était donc pas un geste isolé	
<i>Médecins c. Phan</i> (C.D. Méd., 2011-08-11)	Chef 1 : a tenu des propos et/ou a posé des questions inappropriées et abusives sur la vie sexuelle de sa patiente de 18 ans qui le consultait pour un problème de migraines	Oui	Âgé de 46 ans	Non	Aucun antécédent disciplinaire L'intimé regrette les événements Risques de récurrence presque nuls selon une expertise psychiatrique	Patiente très jeune (18 ans) et vulnérable L'intimé était un spécialiste (neurologue), il y avait donc situation d'autorité évidente	Chef 1 : RT de 2 mois et amende de 2000\$
<i>Médecins c. Provençal</i> (C.D. Méd., 2011-10-26)	Chef 1 : a eu une relation intime incluant des relations sexuelles complètes et	Oui	~20 ans d'expérience au moment des événements	Non	Pas d'antécédent judiciaire Bonne	Patiente était extrêmement vulnérable en raison de son jeune âge et de	Chef 1 : RT de 3 mois et amende de 1000\$

	<p>régulières avec sa patiente qu'il suivait pour troubles dépressifs et thérapie psychiatrique de soutien pendant 8 mois</p>				<p>collaboration avec le syndic</p> <p>Reconnaissance par l'intimé de la gravité de ses gestes et sa volonté d'en assumer les conséquences</p> <p>L'intimé s'est fait suivre par un psychiatre suite aux événements</p> <p>Période de 10 ans écoulée depuis les événements</p>	<p>sa condition de santé</p> <p>Patiente était suivie par l'intimé en psychothérapie pendant 40 sessions</p> <p>Durant la relation intime, l'intimé et la patiente ont consommé ensemble de la drogue et de l'alcool alors que l'intimé savait que sa patiente était sous médication</p> <p>La patiente avait tenté de se mutiler alors qu'elle était au domicile de l'intimé</p>	
<p><i>Médecins c. Bitchoka</i> (C.D. Méd., 2012-06-05)</p>	<p>Chef 1 : a eu tenu des propos et a posé des gestes à caractère sexuel sur sa patiente qui</p>	<p>Oui</p>	<p>~26 ans d'expérience au moment des événements</p>	<p>Non</p>	<p>Aucun antécédent disciplinaire</p> <p>Intimé a admis</p>	<p>Conséquences subies par la patiente en raison de sa rupture avec</p>	<p>Chef 1 : RT de 2 mois et amende de 3000\$</p>

	le consultait pendant 2 mois				avoir commis une grave erreur de jugement Intimé a exprimé des regrets Bonne collaboration avec la syndic L'intimé s'est engagé à suivre un atelier sur la relation médecin-patient	l'intimé Gravité des gestes	
<i>Médecins c. Gauthier</i> (C.D. Méd., 2012-08-14)	Chef 5 : A eu des relations complètes au cabinet du médecin à trois reprises avec sa patiente qu'il suivait à l'occasion d'une thérapie de support L'intimé était son médecin de famille depuis plus de 10 ans	Oui Par contre, n'a pas été entériné par le conseil de discipline	~30 ans de pratique	L'intimé a admis avoir outrepassé les limites de la relation thérapeutique avec d'autres patientes visées ou non par une enquête du plaignant et, ce, entre le 1 ^{ier} janvier 1985 et le 30 juin 2007 Même si ces gestes ne	Engagement formel pris par l'intimé auprès du syndic de se soumettre à une évaluation de sa condition psychologique et d'effectuer tout suivi qui serait déterminé par le médecin ayant procédé à son évaluation	L'intimé aurait développé sa relation intime de façon calculée et progressive L'intimé aurait demandé à sa patiente de poser nue et lui a montré des photos d'une autre patiente qui aurait accepté de le faire	Chef 5 : RT de 3 ans et amende de 1000\$

				<p>constituent pas des antécédents formels, ils ont été pris en considération à titre de « répétition des gestes répréhensibles »</p>		<p>Le conseil de discipline a pris en considération les aveux faits par l'intimé concernant les gestes qu'il a posés sur d'autres patientes entre 1985 et 2007</p> <p>L'intimé n'a pas reconnu sa culpabilité à la première occasion. Bien au contraire, il a d'abord nié à plusieurs reprises avoir quoique ce soit à se reprocher avant de s'avouer coupable</p> <p>Patiente était très vulnérable</p>	
--	--	--	--	---	--	--	--

ANNEXE 2

Tableau 5

Portrait général des pratiques éducatives liées aux inconduites sexuelles (IS) de 2005 à 2010

Outils / moyens	Objectifs visés par les pratiques	Nb OP*
Dépliant et guide AQPV	› Informer et prévenir les IS dans le cadre d'une relation professionnelle	2
Dépliant réalisé par l'Ordre	› Définir l'IS et préciser les enjeux et les conséquences de l'IS › Informer les professionnels des limites de la relation professionnelle et des signaux d'alarme	2
Article (publication de l'Ordre)	› Identifier les gestes pouvant être considérés comme de l'IS › Explication des sanctions liées à ce manquement › Informer les professionnels du respect, de l'honneur et de la dignité dans la profession › Informer sur l'évaluation des IS chez les professionnels de la santé	2
Spécifiques		
Site Internet de l'Ordre	› Définir l'IS (onglet sur l'éthique professionnelle) › Informer les professionnels et le public de l'interdiction des IS	2
Document informatif	› Informer et prévenir les IS dans le cadre d'une relation professionnelle	1
Fiche déontologique	› Information quant aux rôles du professionnel et sur le conflit d'intérêts	1
Communiqué de presse	› Rappeler qu'aucune forme d'intimité sexuelle n'est tolérée	1
Atelier	› Atelier sur des aspects professionnels : favoriser l'établissement de la « bonne distance » › Reconnaître les limites de l'intimité	1
Guide d'apprentissage	› Informer sur les limites de la pratique professionnelle › Renseigner sur les aspects déontologiques, éthiques et juridiques › Conseils et renseignements pour gérer la relation avec le client	4
Formation	› Informer les membres sur le code de déontologie et les infractions qui s'y rattachent › Faciliter la compréhension du code de déontologie par les professionnels	3
Non spécifiques		
Service téléphonique	› Répondre aux préoccupations déontologiques du public et des professionnels : conseils et renseignements	2
Document informatif	› Informer les futurs professionnels des obligations déontologiques	2
Bulletin d'information	› Répondre à de multiples questions sur la déontologie en général	1
Conférence	› Présenter le code de déontologie. › Résumer les principaux articles, dont ceux liés à la nature de la relation professionnelle › Faire comprendre les obligations déontologiques et leurs applications	1
Un total de 13 moyens/outils éducatifs répertoriés		9

* Nombre d'ordres professionnels ayant utilisé l'outil/moyen éducatif. Un ordre peut se retrouver dans plusieurs catégories.

*Source: BERGERON, Manon, TALBOT-SAVIGNAC, Mariève, et HÉBERT, Martine, « Étude exploratoire sur les inconduites sexuelles entre un-e professionnel-le de la santé et un-e client-e au Québec », en étroite collaboration avec l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, septembre 2012, à la p. 21.

ANNEXE 3

Tableau 6

Conceptions de l'inconduite sexuelle selon chaque ordre professionnel

Code	Gestes, comportements et/ou paroles considérés comme de l'IS
A	<ul style="list-style-type: none"> • Des propos, des attitudes, des comportements, des gestes, des avances, des sorties à l'extérieur, des relations intimes
B	<ul style="list-style-type: none"> • Gestes sexuels : attouchements / gestes qui prêtent à confusion et qui sont faits volontairement, sans le consentement de la personne • Conduites verbales : harcèlement, paroles inappropriées • Relations intimes avec un client même si ce dernier est consentant
C	<ul style="list-style-type: none"> • Paroles et gestes inappropriés; des touchers dans des régions qui ne sont pas requis dans le traitement • Relations amoureuses • Relations sexuelles; complètes ou non • S'immiscer dans la vie privée des clients
D	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes relations inappropriées nature affectives jusqu'à sexuelle / les paroles abusives et gestes abusifs à caractère sexuel • Relation amoureuse ou sexuelle; même après la relation professionnelle, car le professionnel est encore en position d'autorité
E	<ul style="list-style-type: none"> • Les réflexions de l'Ordre n'ont pas porté sur cette problématique à ce jour
F	<ul style="list-style-type: none"> • Tout comportement à caractère sexuel; verbalement ou physiquement
G	<ul style="list-style-type: none"> • Tout geste qui pourrait porter à interprétation de la part du client concernant des attouchements
H	<ul style="list-style-type: none"> • Se réfère à l'article 59.1 du Code des professions • Comportement de séduction • Rester dans le bureau lorsque le client se dévêt pour le traitement
I	<ul style="list-style-type: none"> • Se réfère à l'article 59.1 du Code des professions • Tout langage avec une connotation sexuelle • Attouchements, jusqu'à un acte sexuel
J	<ul style="list-style-type: none"> • Relations d'abus sexuel • Relations d'amitié, intimes, amoureuses et sexuelles
K	<ul style="list-style-type: none"> • Gestes non requis dans le cadre d'un traitement • Embrasser un client • Relation intime et/ou sexuelle consensuelle ou non
L	<ul style="list-style-type: none"> • Relation amoureuse à l'extérieur de la relation professionnelle • Agression sexuelle, viol
M	<ul style="list-style-type: none"> • Gestes non requis dans le cadre d'un traitement; attouchements au niveau des parties génitales • Paroles inappropriées : farces à connotation sexuelle • Relations d'amitié, intimes, amoureuses et sexuelles
N	<ul style="list-style-type: none"> • Les réflexions de l'Ordre n'ont pas porté sur cette problématique à ce jour
O	<ul style="list-style-type: none"> • Propos inappropriés; information sur la vie sexuelle du professionnel; compliments • Gestes à connotation sexuelle; toucher le client dans un contexte érotique et sexuel • Comportement de séduction • Intimité; relation amoureuse

*Source: BERGERON, Manon, TALBOT-SAVIGNAC, Mariève, et HÉBERT, Martine, « Étude exploratoire sur les inconduites sexuelles entre un-e professionnel-le de la santé et un-e client-e au Québec », en étroite collaboration avec l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, septembre 2012, à la p. 24.

BIBLIOGRAPHIE

Législation et réglementation citées

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12;

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

Code de déontologie des acupuncteurs, R.R.Q., c A-5.1, r 3;

Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires, R.R.Q. 1981, c. C-26, r. 111 (n'est plus en vigueur aujourd'hui);

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q. 1981, c. I-8, r.4 (n'est plus en vigueur aujourd'hui);

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q., c. I-8, r. 9;

Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec, R.R.Q., c C-26, r 167;

Code de déontologie des ergothérapeutes, R.R.Q., c C-26, r 113;

Code de déontologie des médecins, R.R.Q. 1981, c. M-9, r.4 (n'est plus en vigueur aujourd'hui);

Code de déontologie des médecins, R.R.Q., c M-9, r. 17;

Code de déontologie des médecins vétérinaires, R.R.Q., c M-8, r 4;

Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec, R.R.Q., c C-26, r 243;

Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, R.R.Q., c C-26, r 184;

Code de déontologie des pharmaciens, R.R.Q., c P-10, r 7;

Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique, R.R.Q., c. C-26, r. 197;

Code de déontologie des psychologues, R.R.Q. 1981, c. C-26, r.148.1 (n'est plus en vigueur aujourd'hui);

Code de déontologie des psychologues du Québec, R.R.Q., c C-26, r 212;

Code de déontologie des technologues en imagerie médicale et en radio-oncologie, R.R.Q, c T-5, r 5;

Code de la santé publique (France);

Code des professions, L.R.Q., c. C-26;

Code pénal (C. pén.) (France);

Loi constitutionnelle de 1867, 30 & 31 Victoria, c 3;

Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U), 1982, c 11;

Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées, L.O. 1991, c. 18;

Loi sur les services de santé et les services sociaux, LRQ, c S-4.2;

Jurisprudence citée

Acupuncteurs c. Zhou (C.D. Acup., 2012-05-17);

Barreau du Québec c. Finney, [2004] 2 R.C.S. 17;

Bécharde c. Roy, [1974] C.S. 13;

Béliveau c. Barreau du Québec, [1992] R.J.Q. 1822 (C.A.);

Blanchette c. Psychologues, [1996] D.D.O.P. 325 (T.P.);

Biron c. Coallier et al., [1998] D.D.O.P. 233 (T.P.);

Blouin c. Optométristes (Ordre professionnel des), [1996] D.D.O.P. 294 (T.P.);

Brunet c. Notaires, (T.P., 2002-12-03, (jugement rectifié le 2003-01-07));

Cadrin c. Psychologues, [1997] D.D.O.P. 354 (T.P.);

Cantin c. Fortin, ès qualités (infirmiers), (T.P., 2001-01-18), 2001 QCTP 006;

Cass. Crim., 13 octobre 2004, no. 04-84.553 (France);

Cass. Crim., 11 déc. 1996, no. 96-82.303 (France);

Chambre de l'assurance de dommages c. Angelone (C.D.C.H.A.D., 2005-05-17);

Chambre de l'assurance de dommages c. Légaré (C.D.C.H.A.D., 2011-02-21);

Chambre de l'assurance de dommages c Richer (C.D.C.H.A.D., 2012-08-01);

Chambre de l'assurance de dommages c Therriault (C.D.C.H.A.D., 2012-04-011);

Chartrand c. Aubry, T.P. Laval, no. 540-07-000023-994, 16 février 2001;

Chénier c. Pouliot, T.P. Montréal, no. 500-07-000140-974, 27 mai 1998, REJB 1998-08862 (C.S.);

Cloutier c. Comptables en management accrédités (Ordre professionnel des), [2004] D.D.O.P. 296 (T.P.);

Collège des médecins du Québec c Benjamin (C.D. Méd., 2011-01-31);

Collège des médecins du Québec c. Bissonnette (C.D. Méd., 2010-02-22);

Collège des médecins du Québec c Bérubé (C.D. Méd., 2004-08-10);

Collège des médecins du Québec c Bissonnette (C.D. Méd., 2006-09-14);

Collège des médecins c. Bissonnette (C.D. Méd., 2010-02-22);

Collège des médecins du Québec c. Côté (C.D. Méd., 2001-04-04);

Collège des médecins c. Feldman (C.D. Méd., 2008-04-23);

Collège des médecins du Québec c Gauthier (C.D. Méd., 2012-08-14);

Collège des médecins du Québec c Genest (C.D. Méd., 2005-05-20);

Collège des médecins du Québec c Hamel (C.D. Méd., 2002-04-29);

Collège des médecins du Québec c Hoffman (C.D. Méd., 2012-12-17);

Collège des médecins du Québec c Jobin (C.D. Méd., 2011-05-09);

Collège des médecins c. Langevin (C.D. Méd., 2007-12-06);

Collège des médecins du Québec c. Rochette (C.D. Méd., 2000-07-19);

Collège des médecins du Québec c. Roy (C.D. Méd., 2006-01-11);

Comité exécutif de l'Ordre des ingénieurs du Québec c. Roy (C.A., 2011-09-20), [2011] R.J.Q. 1700;

Comité-Infirmières et Infirmiers-6, (1984) D.D.C.P. 219;

Comité-Infirmières et Infirmiers Auxiliaires-1, (1985) D.D.C.P. 91;

Comité-Médecins-5 (1985) D.D.C.P. 129;

Comité-Médecins-5, (1981) D.D.C.P. 209;

Comité-Médecins-7, (1976) D.D.C.P. 41;

Comité-Médecins-8, (1981) D.D.C.P. 446;

Comité paritaire de l'industrie de la chemise c. Potash; Comité paritaire de l'industrie de la chemise c. Sélection Milton, [1994] 2 RCS 406;

Comité-psychologues-1, [1983] D.D.C.P. 357;

Comité-psychologues-1, [1993] D.D.C.P. 357 à 378;

Comité-psychologues-3, [1979] D.D.C.P. 576 à 584;

Conseillers et conseillères d'orientation (Ordre professionnel des) c. Lussier (C.D.C.C.O.Q., 2011-02-23);

Corriveau c. Ordre professionnel des avocats, [1998] D.D.O.P. 216 (T.P.);

Côté c. Desormeaux, [1990] R.J.Q. 2476 (C.A.);

Deblois c. Bérubé (C.D. Méd., 2004-08-10);

Dentistes (Ordre professionnel des) c. Dupont, [2005] D.D.O.P. 279 (T.P.);

Denturologistes (Ordre professionnel des) c. Picard, [2008] D.D.O.P. 231;

Desmeules c. Infirmiers et infirmières, [2002] D.D.O.P. 251;

Dion c. Cross (C.D. Phy., 2003-10-14);

Do c. Ordre professionnel des dentistes, [1997] D.D.O.P. 255 (T.P.);

Dre Marguerite Dupré c. Dre Guylaine Lanctôt, (C.D. Méd., 1997-10-16);

Duchesne c. Dufresne (C.D. Méd., 2008-08-28);

Duperron c. Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des), [2007] D.D.O.P. 258;

Dupuis c. Dubois (C.D. Psy, 2007-05-24);

Duquette c. Bissonnette (C.Q., 2007-10-26);

Dunn c. Katz (T.P., 2005-03-04), 2005 QCTP 14;

Dupuis c. Ouaknine (C.D. Psy., 2010-09-30);

Duval c. Tribunal des professions, [2010] R.J.Q. 587, 2010 QCCS 339;

Ferenczy c. Adler (Médecins), D.D.E. 2001-49 (T.P.), 2001 QCTP 39 (CanLII);

Fortin c. Nguyen (C.D. Méd., 2007-10-16);

Frison c. Comité de discipline de l'Ordre des chiropraticiens du Québec, [1989] R.D.J. 495 (C.A.);

Gagnon c. Comptables agréés (Ordre professionnel des), (T.P., 2009-06-01), 2009 QCTP 48;

Gauthier c. Deschênes (C.S., 2010-10-05), 2010 QCCS 4760;

Genest c. Médecins (Ordre professionnel des), T.P. Montréal, no. 500-07-000322-010, 21 avril 2001;

Gilbert. c. Infirmières et infirmiers [1993] D.D.O.P. 233;

Grassby c. Avocats (T.P., 2005-01-18), [2005] D.D.O.P. 271;

Hébert c. Bisson (C.Q., 2007-02-13), 2007 QCCQ 748;

Hirt and College of Physicians & Surgeons of British Columbia, (1987) 34 D.L.R. 331 (B.C.C.A.);

Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Dubois (C.D. Inf., 2005-03-17);

Infirmières et infirmiers c. Mario Duperron, 2006 D.D.O.P. 84;

Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Desmeules (C.D. Inf., 2001-05-30);

Infirmières et infirmiers c. Grenier (C.D. Inf., 2008-07-22);

Infirmières et infirmiers c. Grenon (C.D. Inf., 1999-11-05);

Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. St-Pierre, (C.D. Inf., 2008-09-22), [2010] D.D.O.P. 90;

Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault, [2001] R.J.Q. 832 (C.A.);

Infirmières et infirmiers c. Grenon (C.D. Inf. 1999-11-05);

Jovanovic c. Médecins (Ordre professionnel des), [2005] D.D.O.P. 342;

Kane c. Cons. d'administration de l'U.C.B., [1980] 1 R.C.S. 1105;

Lalonde c. Chassé, (T.P., 2013-04-22 (jugement rectifié le 2013-05-17)), 2013 QCTP 36;

Lambert c. Infirmières (Ordre professionnel), (T.P., 1997-12-10), [1998] D.D.O.P. 263;

Lambert c. Agronomes (Ordre professionnel des), (T.P., 2012-03-27), 2012 QCTP 39;

Langlois c. Dentistes (Ordre professionnel des), (T.P., 2012-04-17), 2012 QCTP 52;

Lapointe c. Hôpital Le Gardeur, (C.A., 1989-09-25), [1989] R.R.A. 934;

Lapointe c. Médecins, (T.P., 1996-12-18), [1997] D.D.O.P. 317;

Laporte c. Médecins (Ordre professionnel des), [1997] D.D.O.P. 271 (T.P.);

Laprise c. Optométristes, (T.P., 2003-12-16 (jugement rectifié le 2004-01-21)), [2004] D.D.O.P. 377;

Laurin c. Notaires (Ordre professionnel des), [1997] D.D.O.P. 342;

Leering v. College of Chiropractors of Ontario, 2010 ONCA 87;

Legros c. Krause, C.D. Méd., 24-93-00320, 17 novembre 1994 (culpabilité) et 21 décembre 1994 (sanction);

Leon v. Ohio Board of Psychology, [1992], 63 Ohio St. 3d 683, 590 N.E. 2d 739;

Mailloux c. Médecins, D.D.E. 2003D-24 (T.P.);

Mailloux c. Médecins (Ordre professionnel des), (T.P., 2009-07-10), [2009] D.D.O.P. 268;

Marcoux c. Bouchard, [2001] 2 R.C.S. 726;

Mathieu c. Dentistes (Ordre professionnel des), T.P. Montréal, no. 500-07-000392-039, 16 mars 2004;

Matteau c. Boudreau (psychologues), (T.P., 2000-03-30), [2000] D.D.O.P. 331;

Médecins c. Barette (C.D. Méd., 2008-02-18);

Médecins c. Belleau (C.D. Méd., 2012-11-23);

Médecins c. Benjamin (C.D. Méd., 2011-01-31);

Médecins c. Bérubé (C.D. Méd., 2004-08-10);

Médecins c. Bitchoka (C.D. Méd., 2012-06-05);

Médecins (Corp. Professionnelle Des) c. Dr René Desautels, [1993] D.D.C.P. 117 à 119;

Médecins c. Ferenczi (C.D. Méd., 2005-11-30);

Médecins c. Gauthier (C.D. Méd., 2012-08-14);

Médecins c. Grégoire (C.D. Méd., 2009-01-28);

Médecins (Ordre professionnel des) c. Grégoire (C.D. Méd., 2009-01-28);

Médecins (Ordre professionnel des) c. Jobin (C.D. Méd., 2011-05-09);

Médecins c. Kronstrom (C.D. Méd., 2008-01-25);

Médecins c. Lalonde (C.D. Méd., 2011-02-24);

Médecins (Corp. Professionnelle des) c. Michaud, [1992] D.D.C.P. 123;

Médecins (Collège des) c. Nguyen (C.D. Méd. 2007-10-16);

Médecins c. Phan (C.D. Méd., 2011-08-11);

Médecins (Ordre professionnel des) c. Pilorgé (C.D. Méd., 2009-10-08);

Médecins c. Provençal (C.D. Méd., 2011-10-26);

Médecins (Ordre professionnel des) c. Rabinovitch (C.D. Méd., 2011-02-08);

Médecins (Corporation professionnelle des) c. Smith, D.D.E. no. 94D-37;

Médecins (Ordre des) c. Stébenne (C.D. Méd., 2005-09-29);

Médecins (Ordre professionnel des) c. Vanter (C.D. Méd., 2006-11-24);

Michalakopoulos c. Avocats, [2004] D.D.O.P. 271 (T.P.);

Mussani v. College Physicians and Surgeons of Ont. (2004), 74 O.R. (3) 1;

Norberg c. Wynrib, [1992] 2 R.C.S. 226;

Normandin c. Orthophonistes et audiologistes, (T.P., 2002-03-13), 2002 QCTP 020;

Notaires (Ordre professionnel des) c. Bernier, (T.P., 2009-12-10), [2010] D.D.O.P. 332;

Notaires (Ordre professionnel des) c. Brunet, [1995] D.D.O.P. 117;

Opticiens d'ordonnances-4 [1987] D.D.C.P. 197;

Ordre des acupuncteurs du Québec c Zhou (C.D. Acup., 2013-04-16);

Ordre des arpenteurs-géomètres du Québec c Dubé (C.D. Arp., 2012-03-21);

Ordre des dentistes du Québec c. Bitton (C.D. Den., 2012-02-27);

Ordre des dentistes du Québec c Dadourian (C.D. Den., 2011-04-05);

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec c. Côté (C.D. Inf., 2008-07-22);

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec c. Dubois (C.D. Inf., 2009-02-06);

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec c. Grenier (C.D. Inf., 2008-07-22);

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec c Prince (C.D. Inf., 2012-05-03);

Ordre des optométristes du Québec c Brisson (C.D. Opto., 2012-02-09);

Ordre des optométristes du Québec c Laprise (C.D. Opto., 2002-05-16), [2003] D.D.O.P. 277;

Ordre des psychologues du Québec c Bolduc (C.D. Psy., 2007-07-17);

Ordre des psychologues du Québec c Gendron (C.D. Psy., 2003-06-11);

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Avsar (C.D. Phy., 2012-12-14);

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Bellahcene (C.D. Phy., 2005-11-22);

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Bouzaglou (C.D. Phy., 2010-12-06);

Ordre professionnel de la physiothérapie c. Caron (C.D. Phy., 2012-05-28);

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Hébri (C.D. Phy., 2009-06-05);

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Le Quilliec (C.D. Phy., 2013-01-09);

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c Le May (C.D. Phy., 2013-01-09);

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Ngombo (C.D. Phy., 2006-11-24);

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Ouellette (C.D. Phy., 2011-06-03);

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Pelletier (C.D. Phy., 2008-06-17);

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Sadi (C.D. Phys., 2008-11-12);

Paquette c. Comité de discipline de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, [1985] C.S. 425, EYB 1985-145656;

Paquette c. Québec (Corporation professionnelle des médecins) (C.A., 1995-02-10), [1995] R.D.J. 301;

Paquin c. Comtois (C.D. Méd., 2011-04-14);

Parizeau –c- Sylvestre et al. Es qual., (T.P., 2001-05-15), [2001] D.D.O.P. 256;

Paul Revere, cie d'assurance-vie c. Chaîné (C.Q., 2000-04-27), [2000] R.J.Q. 1937;

Pellerin c. Avocats (Ordre professionnel des), (T.P., 2009-10-20), [2010] D.D.O.P. 217;

Pharmascience inc. c. Binet, 2006 CSC 48 (CanLII), [2006] 2 RCS 513;

Pigeon c. Daigneault (C.A., 2003-04-15), [2003] R.J.Q. 1090;

Psychologues (Ordre professionnel des) c. Bellemare (C.D. Psy., 2010-06-29);

Psychologues c. Bilodeau (C.D. Psy. 2009-09-28);

Psychologues (Ordre des) c. Boivin (C.D. Psy., 2003-06-05);

Psychologues c. Bruneau (C.D., Psy., 2010-12-09);

Psychologues (Ordre professionnel des) c. Fernandez De Sierra, D.D.E. 2006D-25 (T.P.);

Psychologues (Corp. Professionnelle des) c. D'Souza, [1993] D.D.C.P. 276 à 283;

Psychologues (Ordre des) c. Gendron (C.D. Psy., 2003-06-11);

Psychologues (Corp. Professionnelle des) c. Lepage, [1989] D.D.C.P. 231 (C.D.);

Psychologues c. Lesage (C.D. Psy. 2009-07-07);

Psychologues (Ordre des) c. Lipman (C.D. Psy., 2006-04-05);

Psychologues (Ordre professionnel des) c. Pelletier (C.D. Psy., 2004-11-29);

Psychologues (Ordre professionnel des) c. Sirois (C.D. Psy., 1994-06-09);

Ptack c. Comité de discipline de l'Ordre des dentistes du Québec (C.A. 1992-07-06), [1993] R.L. 305;

R.A.R v. The College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2005 CanLII 36168;

Reine c. Maheu (C.A., 1997-02-06), (1997) R.J.Q. 410;

Rosenberg v. College of Physicians and Surgeons of Ontario, (2006), 275 D.L.R. (4th) 275;

Rousseau c. Ingénieurs (Ordre professionnel des), (T.P., 2005-06-10), 2005 QCTP 41;

Roy c. Médecins, (T.P., 1998-12-22), 1998 QCTP 1735;

Roy c. Médecins (Ordre professionnel des), [1996] D.D.O.P. 229 (T.P.);

R. c. Gardiner, [1982] 2 R.C.S. 368, 414;

R. c. Proulx, (2000) 1 R.C.S.61;

Schloendorff c. Society of New York Hospital, 211 N.Y. 125 (1914);

Sirois c. Psychologues (Ordre professionnel des), [1996] D.D.O.P., 319 à 323;

Sturza c. Ingénieurs (Ordre professionnel des), [2005] D.D.O.P. 297 (T.P.);

Tremblay c. Arpenteurs-géomètres (Ordre professionnel des), [2001] D.D.O.P. 245 (T.P.);

Tremblay c. Comptables agréés (Ordre professionnel des), [1996] D.D.O.P. 179;

Tremblay c. Dionne (C.A., 2006-11-06), [2006] R.J.Q. 2614;

Tribunal- Avocats-9 [1977] D.D.C.P. 345;

Verdi-Douglas c. R. (C.A., 2002-01-17 (jugement rectifié le 2002-01-18)), J.E. 2002-249 (C.A.);

Vernacchia c. Médecins (Ordre professionnel des), [1995] D.D.O.P. 265 (T.P.);

Wells c. Notaires (Corp. professionnelle des), [1993] D.D.C.P. 240;

X. c. Mellen, [1957] B.R. 389, 408;

Zuk c. Mihaly (1989) RRA 737 et 738;

Doctrine citée

Actualité :

ARCHAMBAULT, Héloïse, « Il faut serrer la vis : Les inconduites sexuelles doivent être davantage punies, selon le Collège », 12 février 2013, Journal de Montréal, en ligne : <http://www.journaldemontreal.com/2013/02/12/il-faut-serrer-la-vis>;

BERNARD, Dr. Charles, « Une mise à jour de la loi s'impose! », Blogue du Collège des médecins du Québec, 6 février 2013, en ligne : <http://blog.cmq.org/2013/02/06/une-mise-a-jour-de-la-loi-simpose/>;

BOISVERT, Yves, « La complaisance coupable du Collège des médecins », La Presse, 26 septembre 2012;

BOISVERT, Yves, « La ridicule sanction d'un dentiste », 30 mars 2012, La Presse, en ligne : <http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/yves-boisvert/201203/30/01-4510804-la-ridicule-sanction-dun-dentiste.php>;

DESJARDINS, Christine, « Sexe au cabinet : « relation d'affaires » soutient le dentiste », 28 mars 2012, en ligne : <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/justice-et-faits-divers/201203/28/01-4510083-sexe-au-cabinet-une-relation-daffaires-soutient-le-dentiste.php> ;

DESJARDINS, Christine, « Sexe chez le dentiste : du cannibalisme dit la plaignante », 29 mars 2012, en ligne :

<http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/justice-et-faits-divers/201203/29/01-4510435-sexe-chez-le-dentiste-du-cannibalisme-dit-la-plaignante.php> ;

KELLING, Georges L., and WILSON, James Q, “Broken Windows, The police and neighborhood safety”, The Atlantic, March 1982, online:

<http://www.theatlantic.com/magazine/archive/1982/03/broken-windows/304465/>

LECOMTE, Jacques, « Tolérance zéro? », octobre 2002, mensuel no. 131, Sciences Humaines, en ligne : http://www.scienceshumaines.com/tolerance-zero-jacques-lecomte_fr_2690.html

MALBOEUF, Marie-Claude, « Inconduites sexuelles des psys : 14 % des victimes tentent de se suicider », La Presse, 6 mars 2013, en ligne :

<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201303/06/01-4628197-inconduites-sexuelles-de-psys-14-des-victimes-tentent-de-se-suicider.php>;

NGUYEN, Michaël, « Relations avec des patientes, un acupuncteur radié », 3 octobre 2011, TVA Nouvelles, en ligne :

<http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/regional/archives/2011/10/20111003-071404.html>;

PELCHAT, Pierre, « Fautes graves : le Collège des médecins prône la sévérité », 25 janvier 2013, Le Soleil;

STEED, Judy, “Less than zero tolerance on patient abuse. Has Ontario's stance on physicians who sexually abuse patients had any real impact in the past 17 years?”, The Star, News, Ontario, April 8th, 2011, online:

http://www.thestar.com/news/insight/2011/04/08/less_than_zero_tolerance_on_patient_abuse.html;

Articles et travaux de recherche

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, « Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct », online : www.apa.org/ethics/code2002.html;

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, « La relation patient-médecin et l’abus sexuel des patients », Sommaire de politique de l’AMC, 1994, CAN MED ASSOC J 1994; 150 (11);

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, « Résumé d'un sondage des membres du Forum électronique- Les médecins et les médias sociaux », en ligne : <http://www.cma.ca/representationamc/medecins-medias-sociaux>;

BARREAU DU QUÉBEC, « La procédure disciplinaire du Barreau du Québec », dans Collection de droit 2012-2013, Volume 1, Éthique, déontologie et pratique professionnelle, Titre I, Les règles déontologiques;

BEAUCHESNE, A-K. et BOISCLAIR, I., « Les conséquences de l'intimité sexuelle dans un contexte thérapeutique chez la victime », Les Cahiers de PV, avril 2007;

BEAUPRÉ, Me Mylène, « L'obligation de porter secours : ses sources, son étendue et ses effets particuliers dans le cadre de la médecine d'urgence. », (date inexistante sur le document);

BENSUSSAN, Dr. Paul, « Pratique médicale et sexualité : éthique et déontologie », 15th World Congress of Sexology, Sexologies, VOL. XXII, NO. 43;

BENSUSSAN, Dr. Paul, « Pratique médicale et sexualité : le risque de la séduction », 26 mars 2001, en ligne : <http://www.e-sante.fr/pratique-medicale-sexualite-risque-seduction/actualite/678>;

BERGERON, Manon, TALBOT-SAVIGNAC, Mariève et HÉBERT, Martine, « Étude exploratoire sur les conduites sexuelles entre un-e professionnel-le de la santé et un-e client-e au Québec », en étroite collaboration avec l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, septembre 2012;

BERNARD, Pierre, « La sanction en droit disciplinaire : quelques réflexions », Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire 2004, Barreau du Québec, 2004;

BESTAWROS, Alain, « La responsabilité civile des résidents en médecine et de leurs commettants », (2004) 64 R. du B. 1;

BOURGEAULT, G., « L'émergence d'une éthique nouvelle », dans *Entre droit et technique : enjeux normatifs et sociaux*, R. Côté et G. Rocher, dir., Montréal, Thémis, 1999;

BOURKE, Leslie L. and BOURKE, James T.B., « Des amis au nombre de ses patients en pratique rurale », Le médecin de famille canadien, Volume 44, Juin 1998;

BRILLON, Dre. Monique, « L'alliance thérapeutique, un défi constant pour le thérapeute », Psychologie Québec, Dossier, Volume 28, numéro 02, mars 2011;

BROSSARD, Louise, « Les rapprochements entre un professionnel de la santé et ou une cliente, un interdit, une agression sexuelle, un crime », guide d'information, Association québécoise Plaidoyer-Victimes, 2009;

CLARK, Me Nathalie, « La relation de confiance entre le médecin et son patient en droit civil québécois : impact de la réforme des services de santé et services sociaux », essai dans le cadre de la maîtrise en droit et politiques de la santé, Université de Sherbrooke, 1998;

COLLÈGE DES MÉDECINS, « Intimité sexuelle entre un médecin et un patient ou une patiente », 24 janvier 2005;

COLLÈGE DES MÉDECINS, « Inconduite de nature sexuelle dans la relation médecin-patient », dépliant, octobre 2008;

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « La médecine d'expertise », Guide d'exercice, septembre 2006;

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, Task Force on the Sexual Abuse of Patients, *The Final Report of the Task Force on Sexual Abuse of Patients* (Toronto:, 1991) [1991 Report];

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, "Letter to the Honorable Deb Matthews", August 14, 2012, online:

http://www.cpsso.on.ca/uploadedFiles/policies/positions/Treatment-spouses_moh-Aug12.pdf

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF NOVA-SCOTIA, "Sexual Misconduct in the Physician-Patient Relationship", online :<http://www.cpsns.ns.ca/Portals/0/Guidelines-policies/sexual-misconduct-physician-patient-relationship.pdf>;

CONSEIL CONSULTATIF DE RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ, « Rapport final présenté à la ministre de la santé et des soins de longue durée; Efficacité des modalités adoptées par les ordres professionnels concernant les plaintes et les mesures disciplinaires en cas de faute professionnelle de nature sexuelle », décembre 2000;

CONSEIL CONSULTATIF DE RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, « Traitement du conjoint : Conseils à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée concernant des solutions de remplacement pour dispositions sur la révocation obligatoire et le traitement du conjoint par les membres de professions de la santé réglementées aux termes de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées », juin 2012, en ligne :

http://www.hprac.org/fr/reports/resources/TheSpousalPatient_Combined_Final_FR_secured.pdf;

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Abus sexuel des malades par certains médecins – Réflexion », Éditorial, novembre 1991;

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Conduite d'ordre sexuel du médecin », août-septembre 1980;

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Interdit », Éditorial, novembre 1992;

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « L'inconduite de nature sexuelle dans la relation médecin-patient », Service des communications de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, décembre 1993;

DE NIVERVILLE, Me Patrick, « Les relations sexuelles entre thérapeute et cliente : liaison fatale », 1994, Congrès annuel du Barreau du Québec, Service de la formation permanente, Barreau du Québec;

DOWNS, Eric et VASSILIKOS, Magdalini, « La preuve en droit disciplinaire », dans *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire 2009*, Barreau du Québec, 2009;

FEDERATION OF STATE MEDICAL BOARDS, "Addressing sexual boundaries: guidelines for state medical boards", Dallas (TX): FSMB; 2006, online: http://www.fsmb.org/pdf/GRPOL_Sexual%20Boundaries.pdf. Retrieved January 23, 2007;

GERVAIS, Francis, « Le lien avec l'exercice de la profession : une notion fluide », *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire 2008*, Volume 290;

GARTRELL, N.K., MILLIKEN, N., GOODSON III, W.H., THIEMANN S. et BERNARD, L., « Physician-Patient Sexual Contact, Prevalence and Problems », 1995, *Breach of Trust, Sexual Exploitation by Health Care Professionals and Clergy*, California, USA;

GIROUX, Michel T., « Contrat thérapeutique et bienveillance exceptionnelle », *La protection des personnes vulnérables (2010)*, Service de la formation continue du barreau du Québec, 2010;

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Les agressions sexuelles : STOP, des actions réalistes et réalisables », Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, 1995, en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-807/95-802.pdf>

GUTHMANN, Debra, "One Client: Many Provider Roles-Dual Relationships in Counseling Settings", Northwest Outreach Center, NWSRD 2001 Concurrent Session Proceedings, California School for the Deaf, Fremont;

HANNOT, Patrick, « Éviter les risques. La gestion du transfert dans la relation d'aide », en ligne : <http://p56h.unblog.fr/2009/12/19/eviter-les-risques-la-gestion-du-transfert-dans-la-relation-daide/>;

KOURI, Robert, « L'arrêt Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault et le contrat hospitalier occulté : aventurisme ou évolution? », (2004) 35 R.D.U.S. 307;

LAMONTAGNE, Yves et BOUCHARD, Jacques, « Exploitation des patientes, tolérance zéro », Santé mentale au Québec, vol. 22, n°2, 1997, p. 306 à 311, en ligne : <http://www.erudit.org/revue/SMQ/1997/v22/n2/032430ar.pdf>;

LASSONDE, Julie, « Les rapprochements sexuels entre professionnels de la santé et clients », Rapport de recherche, 2009, Association québécoise Plaidoyer-Victimes;

LEBEL, M., ROY, J., « Le Code de procédure pénale », dans *Volume 11- Droit pénal : procédure et preuve*, Collection de droit 2011-2012, École du Barreau;

LECOMPTE, C. et GENDREAU P., « Sexualité, intimité et relation d'aide », (1984) 25 *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* 43;

MCLEOD, Jane D. and SHANAHAN, Michael J., 1993. "Poverty, Parenting, and Children's Mental Health.", *American Sociological Review*, 58:351-366;

MÉNARD, Jean-Pierre, *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens* (2011), « L'obligation de suivre du chirurgien, dans *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens* (2011) », Barreau du Québec;

MORNEAULT, Brigitte, « L'inconduite sexuelle des professionnels de la santé et le droit disciplinaire québécois », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, Volume 19, numéro 1, 1988;

ORDRE DES ACUPUNCTEURS DU QUÉBEC, « L'inconduite de nature sexuelle dans le cadre d'une relation professionnelle »; en ligne : http://www.o-a-q.org/import/L_inconduite_de_nature_sexuelle.pdf;

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC, « La relation professionnelle, une dynamique particulière », *Le Journal*, mai/juin 2000, vol.7, no. 5, en ligne : <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/la-relation-professionnelle-une-dynamique-particuliere>;

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, « Éléments de clarification en ce qui a trait à l'inconduite sexuelle », *Fiche déontologique*, mai 2002, volume 3, numéro 2;

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, fiche déontologique, « Le client », septembre 2004, volume 5, numéro 4;

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, « Le conflit de rôles et le conflit d'intérêts (partie 2) », fiche déontologique, volume 6, no. 2, mai 2005;

PHILIPS-NOOTENS, Suzanne, « La personne en fin de vie : le regard du droit civil du Québec », Revue de droit de l'Université de Sherbrooke, Volume 40, en ligne : http://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_40/Noootens.pdf

POPE, Kenneth S., “Dual Relationships, Multiple Relationships, & Boundary Decisions”, online: <http://kspope.com/dual/index.php>;

POPE, Kenneth S., « Sex Between Therapists and Clients », online: <http://kspope.com/sexiss/sexencyc.php>;

PULLMAN, Dr. Daryl, “the Rule of Justified Paternalism”, en ligne: [http://clinical-ethics.org/portland/abstracts/abstracts-176-200/Abstract%20No %20177.pdf](http://clinical-ethics.org/portland/abstracts/abstracts-176-200/Abstract%20No%20177.pdf);

PUYSÉGUR, Armand, Marie-Jacques, « Mémoires pour servir à l'établissement du magnétisme animal », (1786). Présentation de G. Lapassade et P. Pédelahore (1986), p.XXI;

PY, Bruno, Maître de conférences Nancy-Université, « De la frontière entre acte thérapeutique et sexuel », Le traitement juridique du sexe, Collection Presses Universitaires de Sceaux, L'Harmattan, 2010;

PY, Bruno, « Le médecin et la séduction », Maître de conférences en droit privé à la Faculté de Droit, Sciences Économiques et Gestion, Nancy-Université, CRDP (EA 1138);

RUEDIN, Patrick, ZINDEL, Philip, « Rapports sexuels entre médecin et patient », online : http://www.snm.ch/prive/snmnews/38_juin2003/38_snmnews_rapports.pdf;

SPRANZI, Marta, « Autonomie et consentement », Maître de conférences- Université de Versailles, Master d'Éthique médicale, Université de Paris-Descartes, 7 octobre 2009;

STEINECKE, Richard, “Zero Tolerance”, Steinecke Maciura LeBlanc, February 2010, no. 143, online: www.sml-law.com/publications/print-news.asp?DocID=5871;

THE COLLEGE OF PHYSIOLOGISTS OF ONTARIO, “Professional Boundaries in Health-Care Relationships”, The Bulletin, Volume 25, no.1, July 1998;

VENABLES, Ryan, “A Critical Examination of Zero Tolerance Legislation in the Regulated Health Professions Act of Ontario”, January 25th 2012, en ligne: <http://ryanvenables.ca/2012/02/07/a-critical-examination-of-zero-tolerance-legislation-in-the-regulated-health-professions-act-of-ontario/>;

ZIELKE, Robert A., lawyer, and al., « Secrets In the Exam Room : Sexual Misconduct by Doctors », Trial News, Washington State Trial Lawyers, Vol. 36, No. 5, at 18-January 2001, online: <http://www.zielkelaw.com/profile/articles-publications/secrets-in-the-exam-room.asp>;

Dictionnaires et autres outils de référence

DUPUIS Hector et LÉGARÉ Romain, *Le dictionnaire des synonymes et des antonymes*, Montréal, Éditions Fides, 1975;

The American Heritage Dictionary of the English Language, 4e éd., Boston, Houghton Mifflin, 2000;

Grand dictionnaire encyclopédique médical, vol. 1, 1986, Paris;

Le Petit Larousse Illustré, Paris, 2001;

Documents gouvernementaux

Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Social Development, “Bill 100, Regulated Health Professions Amendment Act, 1993” (23 November 1993);

Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Social Development, “Bill 100, Regulated Health Professions Amendment Act, 1993” in (Hansard), (08 December 1993);

Québec, Assemblée nationale, Journal des débats de la Commission de l'éducation, 34e législature, 3e session, (17 mars 1994 au 17 juin 1994), Étude détaillée du projet de loi n° 140, Loi modifiant le Code des professions et d'autres lois professionnelles, vol. 33 no. 8, 15 juin 1994;

Québec, Assemblée nationale, Journal des débats de la Commission de l'éducation, 34e législature, 2e session, (19 mars 1992 au 10 mars 1994), Étude détaillée du projet de loi n° 140 - Loi modifiant le Code des professions et d'autres lois professionnelles, vol. 32 no. 59, lundi 13 décembre 1993;

Ouvrages

BAUDOUIN, Jean-Louis, *La responsabilité civile*, 4e éd., Revue internationale de droit comparé, vol. 47, no. 1, janvier-mars 1995;

- BEBIN, Xavier, *Pourquoi punir?: l'approche utilitariste de la sanction pénale*, Logiques politiques, L'Harmattan, 2006;
- BOURDIN, Dominique, *La psychanalyse de Freud à aujourd'hui : histoire, concepts, pratique*, Québec, Éditions Boréal, 2007;
- ENGUÉLÉGUÉLÉ, Stéphane, *Justice, politique pénale et tolérance zéro*, Paris, L'Harmattan, 2010;
- FRÉNETTE, Lyse, *Ces femmes qui ont consulté des manipulateurs*, les Éditions du Fada, 2008;
- HOUDE, Nathalie et DRAPEAU, Martine, *Sexualité et Éthique dans les professions du toucher*, Montréal, Modulo, 2012;
- LAMARCHE, BOSSET, *Les droits de la personne et les enjeux de la médecine moderne*, Les presses de l'Université Laval, Sainte-Foy, 1996, 119;
- LAPIERRE, Hélène et VALIQUETTE, Marie, *J'ai fait l'amour avec mon thérapeute, témoignages sur l'intimité sexuelle en thérapie*, Éditions Saint-Martin, Québec, 2005;
- M.A. RODWIN, *Medicine, Money and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*, New York, Oxford University Press, 1993;
- PENFOLD, Susan, *Sexual abuse by health professionals; A Personal Search for Meaning and Healing*, University of Toronto Press, 7 avril 1988, 224 pages;
- PHILIPS-NOOTENS Suzanne, LESAGE-JARJOURA Pauline, KOURI, Robert, « Les relations juridiques médecin-patient », dans *Éléments de responsabilité civile médicale-Le droit dans le quotidien de la médecine*, 3^e édition, 2007;
- POPE, Kenneth S., BOUHOUTSOS, Jacqueline S., *Sexual Intimacy Between Therapists and Patients*, Praeger, 1986;
- ROCHÉ, Sébastien, *Tolérance zéro? Incivilités et insécurité*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2002;
- TANCELIN Maurice, *Des obligations en droit mixte du Québec*, 2009, Montréal, Wilson & Lafleur Ltée, 7^e édition, 2009;
- VILLENEUVE, Jean-Guy, DUBÉ, Nathalie et HOBDDAY, Tina, *Précis de droit professionnel*, Les Éditions Yvon Blais Inc., 2007, Cowansville, Québec;