

Université de Sherbrooke

Les mécanismes visant à assurer la qualité et la sécurité des soins en CMS sont-ils suffisants ?

Par Me Julie Bélisle, LL.B., LL.M.

Essai soumis à la Faculté de droit en vue de l'obtention du grade de

Maîtrise en droit

© Julie Bélisle 2016

RÉSUMÉ DE L'ESSAI

Par l'adoption des Projets de loi 33 et 34, en 2006 et 2009 respectivement, le gouvernement du Québec a créé de nouvelles organisations privées dispensatrices de soins spécialisés, soient les centres médicaux spécialisés. Il a de ce fait encadré leur pratique, notamment dans l'objectif d'assurer un niveau de qualité et de sécurité satisfaisant des soins qui y sont dispensés. L'auteure analyse les différents mécanismes existants pour assurer la qualité et la sécurité des soins offerts en centres médicaux spécialisés, afin de constater si l'objectif recherché par le législateur est rencontré. Ainsi, elle expose les mécanismes spécifiques prévus dans la *Loi sur les services de santé et services sociaux* applicables aux centres médicaux spécialisés qui jouent un rôle quant au maintien de la qualité et de la sécurité des services, de même que des mécanismes indirects ayant une incidence sur ce plan, tels que la motivation économique et les recours en responsabilité. Ensuite, elle s'attarde aux processus issus de la réglementation professionnelle. Elle arrive à la conclusion que deux mécanismes sont manquants pour rencontrer l'objectif visé par le législateur et propose, à ce titre, des pistes de solution.

In passing Bills 33 and 34, respectively in 2006 and 2009, the Government of Quebec created new private healthcare organizations, the specialized medical centers, tasked with providing specialized medical care. The legislation aimed, among others, to ensure that patients receive high quality and secure health care services in these centers. The author analyzes the various mechanisms regulating the quality and safety of the services delivered in the specialized medical centers to determine if the legislator's objective has been met. Thus, she reviews the specific mechanisms applicable to specialized medical centers as provided by *An Act Respecting Health and Social Services*, as well as indirect mechanisms affecting this issue, such as economic motivations and malpractice claims. Finally, she discusses the processes arising from Quebec professional regulation. The author stresses that two mechanisms are missing, and that without these two key elements, the legislator's objective cannot be met. As such, she concludes by offering solutions to remedy this issue.

TABLE DES MATIÈRES

<u>INTRODUCTION</u>	4
<u>CHAPITRE I. Mécanismes spécifiques applicables aux CMS</u>	13
<u>A) Description des CMS et CMAs</u>	13
<u>B) Mécanismes préventifs</u>	19
i) Agrément obligatoire (art. 333.4 LSSSS)	19
ii) Responsabilité du directeur médical et de l'exploitant quant à la qualité et à la sécurité des services (art. 333.4.1 et 333.5 LSSSS)	27
<u>C) Mécanisme de sanction : le pouvoir du ministre de suspendre, révoquer ou refuser le renouvellement d'un permis (art. 446.1 et suivants de la LSSSS)</u>	31
<u>CHAPITRE II. Mécanismes généraux applicables à tous les organismes privés producteurs de services de santé</u>	37
<u>A) Mécanismes de régulation indirects</u>	37
i) Motivation économique	37
ii) Recours en responsabilité	47
<u>B) Mécanismes issus de la réglementation professionnelle</u>	56
i) Codes de déontologie et documents normatifs	56
ii) Processus disciplinaire	65
<u>CHAPITRE III. Mécanismes à considérer</u>	71
<u>A) Mécanisme de collecte de données : Registre d'incidents et accidents</u>	71
<u>B) Mécanisme de gestion de conflits et de règlement des différends</u>	78
<u>CONCLUSION</u>	84
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	92

INTRODUCTION

Bien que la pratique en milieu extrahospitalier ne soit pas chose récente, c'est depuis le début des années 2000 et suite à la décision *Chaoulli*¹ qu'« on assiste à l'émergence de cliniques et centres de chirurgie privés appartenant à des actionnaires privés, offrant une gamme de plus en plus étendue de services, couverts ou non ou en partie seulement par le régime public ».² C'est face à cette dynamique que la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*³ (ci-après désignée « **Projet de loi 33** ») est adoptée en 2006, laquelle a pour principal but d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé spécialisés et surspécialisés.⁴

En plus d'instaurer un mécanisme de gestion centralisé des listes d'attente,⁵ le Projet de loi 33 crée un nouveau modèle de cliniques privées qui, lorsqu'elles offrent certains services énumérés au *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés en*

¹ *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791. Brièvement, la décision *Chaoulli* remettait en question la validité de prohibition d'assurance privée duplicative pour des services autrement couverts par le régime public de santé.

² Depuis la mise en place du système public dans les années 60, certains soins spécialisés sont offerts par des cabinets privés de médecins participants. MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC, *Vers une pratique extra-hospitalière mieux encadrée. Projet de loi n° 34 : Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale*, Commentaires présentés à la Commission des affaires sociales du Québec, 2009. Notons qu'avant même la décision *Chaoulli*, le gouvernement Charest envisageait déjà une réforme. Principalement, celui-ci voulait élargir la place du privé en santé. En effet, quelques semaines seulement après que la décision soit rendue, le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux au Québec invoquait la décision *Chaoulli* et recommandait l'augmentation du nombre et du rôle des cliniques privées au Québec. Christopher MANFREDI et Antonia MAIONI, « L'arrêt *Chaoulli* et la judiciarisation des politiques de santé », dans François BÉLAND, André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, Amélie QUESNEL-VALLÉE et Lionel ROBERT (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 264, à la page 275. Il n'en demeure pas moins que la décision *Chaoulli* aura contribué à légaliser et possiblement encourager la production de soins par le secteur privé. William LAHEY, « Medicare and the Law : Contours of an Evolving Relationship », dans Jocelyn DOWNIE, Timothy CAULFIELD et Colleen M. FLOOD (dir.), *Canadian Health Law and Policy*, 4^e éd., Markham, LexisNexis Canada Inc., 2011, p. 1, à la page 2. Sur l'historique du développement du secteur privé, voir également Marie-Claude PRÉMONT, « Le droit comme trompe l'œil : l'exemple de la modernisation du droit de la santé », dans Pierre NOREAU et Louise ROLLAND (dir.), *Mélanges d'Andrée Lajoie : le droit, une variable dépendante*, Montréal, Thémis, 2008, p. 691, aux pages 702-705.

³ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 2006, c. 43 (ci-après « **Projet de loi 33** »).

⁴ Voir le préambule dans le **Projet de loi 33**.

⁵ **Projet de loi 33**, art. 7.

CMS,⁶ doivent dorénavant respecter certaines exigences ayant trait à l'organisation des cliniques (i.e. obligation de détenir un permis, d'obtenir l'agrément et de nommer un directeur médical).⁷ Le but des exigences instaurées est d'assurer un encadrement de la qualité et de la sécurité des services médicaux dispensés dans ces nouvelles cliniques.⁸ Ainsi, l'apport de ce projet de loi fut de créer les centres médicaux spécialisés (ci-après désignés « CMS ») et les cliniques médicales associées (ci-après désignées « CMA »). De plus, le Projet de loi 33 vient modifier la *Loi sur l'assurance maladie*⁹ et la *Loi sur l'assurance hospitalisation*¹⁰ afin d'abolir l'interdiction de prohibition d'assurance duplicative pour les traitements mentionnés dans la loi ou le règlement visé.¹¹

Principalement, les interventions pratiquées en CMS sont des chirurgies plus ou moins invasives traditionnellement pratiquées en milieux hospitaliers.¹² Précisant que ces organisations peuvent agir à titre de cabinet privé de médecin, d'hôpital (avec ou sans hébergement) et de centre ambulatoire (lieu où s'effectuent des chirurgies d'un jour), Professeure Prémont qualifie les CMS d' « *hôpital privé à but lucratif* ». ¹³

⁶ *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, (2010) 706 G.O. II, 3715 (ci-après « Règlement sur les traitements »).

⁷ Projet de loi 33, préambule.

⁸ Projet de loi 33. Voir également COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*. ALDO-Québec, Québec, Publications du Québec, 2010, p. 51.

⁹ *Loi sur l'assurance maladie*, L.R.Q., c. A-29. Un total de six articles de la loi ont subi des modifications.

¹⁰ *Loi sur l'assurance hospitalisation*, L.R.Q., c. A-28. Les articles 10 et 11 de la loi ont été modifiés.

¹¹ Projet de loi 33. Sur la notion d'assurance privée duplicative, nous vous référons à Colleen M. FLOOD et Amanda HAUGAN, « Is Canada Odd? A Comparison of European and Canadian Approaches to Choice and Regulation of the Public/Private Divide in Health Care », (2010) 5-3 *Health Economics, Policy and Law* 319; Marie-Claude PRÉMONT, « Les soins de santé *a mari usque ad mare* : Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé », dans Robert Bernier (dir.), *L'espace canadien : mythes et réalités, une perspective québécoise*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2010, p. 139 et Marie-Claude PRÉMONT, « Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour Suprême du Canada fondée sur les droits de la personne », dans F. BÉLAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLÉE et L. ROBERT (dir.), préc., note 2, p. 281.

¹² COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*, Guide d'exercice du Collège des médecins, Québec, Publications du Québec, 2011, p. 5.

¹³ M.-C. PRÉMONT, « Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour Suprême du Canada fondée sur les droits de la personne », préc., note 11.

En 2009 a été adoptée la *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale*¹⁴ (ci-après désignée « **Projet de loi 34** »), laquelle apporte quelques ajustements aux dispositions applicables aux CMS. Notamment, le Projet de loi 34 précise les exigences en matière de composition du conseil d'administration d'un CMS, de même que les responsabilités du conseil d'administration. Il donne également le pouvoir au gouvernement d'élargir la liste des traitements médicaux spécialisés pouvant être dispensés en CMS.¹⁵

L'effet combiné de ces deux projets de loi est donc de mieux encadrer la pratique spécialisée offerte en milieu extrahospitalier. L'assurance d'un certain niveau de qualité des traitements spécialisés dispensés en CMS est l'un des objectifs visés par les Projets de loi 33 et 34.¹⁶ Cette considération relative à la qualité est donc au cœur même de la genèse du traitement législatif des CMS. Ainsi, bien que la technologie permette maintenant ce transfert de l'hôpital vers des cliniques privées, il n'en demeure pas moins que ce sont de nouvelles responsabilités qui sont transférées vers le milieu privé et que les traitements dispensés exposent les patients à certains risques.¹⁷ Il devient donc primordial de s'assurer de la qualité des soins dispensés.¹⁸

Or, de façon générale et non circonscrite au régime sous étude, divers auteurs et intervenants ont déjà exprimé des inquiétudes relativement à la qualité des soins de santé dispensés en cliniques privées. Par exemple, Me Jean-Pierre Ménard a fait des déclarations à ce sujet dans les médias¹⁹ et certains journalistes ont commenté des

¹⁴ *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale*, L.Q. 2009, c. 29 (ci-après « Projet de loi 34 »).

¹⁵ Avant le Projet de loi 34, ce pouvoir était octroyé au Ministre de la santé et des services sociaux.

¹⁶ FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC, *Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Projet de loi No 34. Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale*, 2009, en ligne : <<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CAS/mandats/Mandat-4635/memoires-deposes.html>> (consulté le 21 avril 2016), p. 6.

¹⁷ Yves ROBERT, *Qualité des services médicaux en CMS : un partenariat qui s'intensifie*, Collège des médecins du Québec, 2012, en ligne : <<http://www.cmq.org/nouvelle/en/qualite-services-medicaux-cms.aspx>> (consulté le 21 avril 2016).

¹⁸ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 12.

¹⁹ Voir par exemple : Anne-Sophie LAFRAMBOISE, Me Jean-Pierre Ménard – « Rien ne garantit la sécurité des patients dans le privé », *canoe.ca*, 4 mars 2011, en ligne : <<http://fr.canoe.ca/infos/societe/archives/2011/03/20110304-184544.html>> (consulté le 6 septembre 2012);

poursuites ou situations rapportées.²⁰ Notamment, l'affaire de la jeune femme Valérie Castonguay décédée des suites d'une septo-rhinoplastie réalisée dans une clinique privée de Montréal a soulevé un grand tollé.²¹

De surcroît, des intervenants du système de santé ont les mêmes interrogations. Dans un texte de 2011, l'auteur Saideh Khadir, urgentologue, écrit: « *De plus, les faits portent à croire que la privatisation, en plus d'augmenter les coûts totaux pour la société, constitue un recul pour la qualité et l'accessibilité des soins pour une partie importante de la population* ». ²² De son côté, quant à la médecine exercée en milieu extrahospitalier, le Collège des médecins écrit que cela semble « *soulever des enjeux importants sur le plan de la qualité de l'exercice professionnel des médecins* ». ²³

Du côté des juristes, nous arrivons au même constat. Le Groupe de travail sur le financement du système de santé (ci-après désigné « **le Groupe** »), dans son rapport de

Paul TOUTANT, « Comment se protéger des erreurs médicales », *LeBelAge.ca*, février 2012, en ligne : <http://www.lebelage.ca/sante_et_mieux_etre/traitement_et_prevention/comment_se_proteger_des_erreurs_medicales.php> (consulté le 6 septembre 2012), p. 3 et Mathieu GOBEIL, « Mort de Valérie Castonguay : la famille réclame plus d'encadrement dans le privé », *La Presse*, 10 février 2010, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201002/10/01-948423-mort-de-valerie-castonguay-la-famille-reclame-plus-dencadrement-dans-le-privé.php>> (consulté le 19 janvier 2013).

²⁰ Voir à titre d'exemple Amélie DAOUST-BOISVERT, « Le privé dans le secteur de la santé – Des solutions pour éviter le mur. Les limites floues de la légalité permettant à l'imagination entrepreneuriale de professionnels de la santé de s'exprimer », *Le Devoir*, 25 février 2012, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/societe/sante/343630/le-privé-dans-le-secteur-de-la-sante-des-solutions-pour-eviter-le-mur>> (consulté le 19 janvier 2012); Pascale BRETON, « Une clinique médicale blâmée après la mort d'un patient », *La Presse*, 22 avril 2009, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/200904/22/01-849174-une-clinique-medicale-blamee-apres-la-mort-dun-patient.php>> (consulté le 19 janvier 2013) et Hugo DUMAS, « Erreur fatale à la clinique », *La Presse*, 10 février 2011, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/hugo-dumas/201102/10/01-4368763-erreur-fatale-a-la-clinique.php>> (consulté le 19 janvier 2013). *Contra* Michel KELLY-GAGNON et Yanick LABRIE, « Système de santé universel et le privé : Prendre exemple sur l'Allemagne », *La Presse*, 28 février 2012, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/opinions/201202/28/01-4500639-systeme-de-sante-universel-et-le-privé-prendre-exemple-sur-lallemagne.php>> (consulté le 19 janvier 2013).

²¹ H. DUMAS, préc., note 20; M. GOBEIL, préc., note 19; PATROUILLE TVA, « Décès dans une clinique privée. Une mort aurait-elle pu être évitée? », *TVA Nouvelles*, 9 février 2010, en ligne : <<http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/faitsdivers/archives/2010/02/20100209-182147.html>> (consulté le 19 janvier 2013).

²² Saideh KHADIR, « Privatisation sournoise du système de santé », (2011) 3-1 *Revue vie économique* 1, en ligne : <<http://www.eve.coop/?a=108>> (consulté le 19 janvier 2012). Toutefois, nous aimerions porter à votre attention que l'auteur n'est pas impartial. Effectivement, celui-ci est membre de l'association Médecins québécois pour le régime public (MQRP).

²³ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 43.

2008, émettait la recommandation de développer l'offre privée de soins de santé.²⁴ Professeure Prémont déplore le fait que dans son analyse, le Groupe n'a pas pris en compte les inquiétudes relatives à la qualité des soins dispensés dans le secteur privé.²⁵ Par ailleurs, le Professeur Lahey opine avec raison qu'avec le développement des cliniques privées à but lucratif et des contrats de sous-traitance, le besoin et la demande de mécanismes d'imputabilité qui s'assurent d'une évaluation extérieure des processus administratifs et cliniques se feront davantage ressentir.²⁶

Il convient alors d'analyser si effectivement, les mesures mises en place par les Projets de loi 33 et 34 sont suffisantes pour rencontrer cet objectif de qualité. Ce besoin d'analyse devient d'autant plus important considérant l'évolution rapide du nombre de CMS²⁷ mis sur pied et, conséquemment, du nombre d'interventions réalisées par ceux-ci.

La liste des interventions pouvant être dispensées en CMS et pour lesquelles il est maintenant possible de détenir une assurance privée a beaucoup augmenté au cours des dernières années. Par ailleurs, cette liste est susceptible de s'allonger encore étant donné que depuis la mise en place du régime en 2006, la liste est passée de trois interventions autorisées à une cinquantaine en un délai de quatre ans.²⁸ La liste est toutefois demeurée intacte depuis les six dernières années.²⁹ De plus, tel que mentionné précédemment, le gouvernement s'est doté du pouvoir d'élargir la liste prévue par simple modification au règlement, sous réserve d'une consultation préalable auprès du Collège des médecins du Québec (ci-après désigné « **CMQ** »).³⁰ À notre avis, l'adoption des Projets de loi 33 et 34, de même que l'augmentation du nombre d'interventions pouvant être pratiquées dans

²⁴ GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ, *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent*, Québec, Publications du Québec, 2008.

²⁵ Marie-Claude PRÉMONT, « Clearing the Path for Private Health Markets in Post-Chaoulli Quebec », (2008) Special Edition *Health Law Journal* 237, p. 255-261.

²⁶ W. LAHEY, préc., note 2, p. 69.

²⁷ Ils étaient 47 au 5 janvier 2016. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Liste des CMS ayant reçu un permis en date du 5 janvier 2016*, 2016, en ligne : <<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/download.php?f=65ab94a80f8d7096cbd8dccb479284ea>> (consulté le 29 mars 2016).

²⁸ Règlement sur les traitements; M.-C. PRÉMONT, « Les soins de santé *a mari usque ad mare* : Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé », préc., note 11.

²⁹ Règlement sur les traitements.

³⁰ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 333.1 (ci-après « LSSSS »).

les CMS et le pouvoir de réglementation du gouvernement à cet égard, traduisent une volonté de permettre une plus grande ouverture au secteur privé dans la prestation de soins au Québec.³¹

De plus, pour les traitements pouvant être dispensés en CMS, la prohibition d'assurance privée duplicative est tombée.³² Dans l'éventualité où l'option est effectivement exploitée par les patients et les compagnies privées d'assurances, on pourrait assister à une explosion du nombre d'interventions pratiquées en CMS. Pour l'instant, ce facteur ne pèse pas de façon considérable dans la balance puisque l'opportunité d'affaires ne semble pas avoir été exploitée par les compagnies d'assurances.³³ Même à long terme, l'auteur Daniel Cohn doute du développement du marché à cet égard.³⁴ Les employeurs étant en grande partie les clients des assureurs privés, Cohn écrit que ceux-ci ne sont pas intéressés à augmenter leurs dépenses en assurances.³⁵

Quant à la souscription à une assurance sur une base individuelle, l'auteur Cohn affirme que le potentiel d'affaires est certainement moins qu'aux États-Unis en raison des différences de revenus considérables.³⁶ Il ajoute que l'option gratuite du régime public demeurant, peu de gens voudront payer pour souscrire à une assurance privée.³⁷ D'ailleurs, avec la garantie des temps d'attente mise en place de façon simultanée,³⁸ il est possible de croire que l'intérêt des patients pour l'assurance privée ne sera pas significatif. Dans le cas où les efforts sont effectivement mis à contribution pour respecter la garantie

³¹ *Loi sur l'assurance maladie*, préc., note 9, art. 15. Voir aussi le Projet de loi 33.

³² *Id.*

³³ Joanne CASTONGUAY, « Évolution comparée des politiques de santé au Québec », dans Mélanie BOURASSA FORCIER et Anne-Marie SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, Markham, LexisNexis Canada Inc., 2014, p. 3, au para. 1-51.

³⁴ Daniel COHN, *Chaoulli Five Years On : All Bark and No Bite?*, 2010, The Canadian Political Science Association Annual Meeting, Montreal, en ligne : <<http://www.cpsa-acsp.ca/papers-2010/Cohn.pdf>> (consulté le 31 mars 2016), p. 14-16. A contrario, les auteurs Flood et Haugan sont d'avis que puisque 66% des canadiens ont déjà une assurance privée, il est possible d'envisager que la décision *Chaoulli* et la libéralisation des lois concernant l'assurance privée entraînent le développement d'un secteur privé parallèle significatif : C. M. FLOOD et A. HAUGAN, préc., note 11, p. 20.

³⁵ D. COHN, préc., note 34, p. 14.

³⁶ *Id.*, p. 15.

³⁷ *Id.*, p. 15-16.

³⁸ Projet de loi 33.

d'accès,³⁹ il pourrait en résulter un manque d'incitatifs pour la population à avoir recours à l'assurance privée. Au contraire, si la garantie d'accès n'est pas réellement implantée ou si le gouvernement n'investit pas dans sa réalisation, la libéralisation de l'assurance privée pourrait avoir un impact plus significatif.⁴⁰ Pour l'instant, ce facteur demeure toutefois purement théorique. Ceci étant dit, la possibilité d'assurance privée est bien réelle et ce facteur est susceptible d'influencer le nombre d'interventions pratiquées en CMS.⁴¹

De surcroît, les CMS de médecins non participants se sont vus confier une compétence exclusive sur les interventions consistant en l'arthroplastie-prothèse de la hanche et du genou et les traitements médicaux spécialisés impliquant un hébergement postopératoire d'une durée de plus de 24 heures. De par la possibilité que soient conclues des ententes entre ces CMS et le Réseau de la santé et des services sociaux (ci-après désigné « **Réseau** »), il y a ouverture à un partenariat entre les médecins non participants et le régime public. Sur cette ouverture, Professeure Prémont écrit que « *ces mesures offrent à ces « hôpitaux privés » de médecins non participants les conditions mêmes de leur croissance* ». ⁴²

Cette possibilité d'affaires pour les CMS de médecins non participants vient donc potentiellement⁴³ donner un rôle accru important à ces cliniques normalement complètement en marge du Réseau. Traditionnellement, il appartenait à la volonté pure et simple du patient d'avoir recours aux cliniques privées et aux médecins non participants. Avec les partenariats de sous-traitance, on vient en quelque sorte encourager le recours aux services privés. À ce titre, notons qu'en date du 5 janvier 2016, parmi les 47 CMS qui avaient reçu un permis, six étaient composées exclusivement de médecins non

³⁹ Sur cet aspect, soulignons que la garantie d'accès n'a pas été intégrée dans la loi. Voir les Projets de loi 33 et 34.

⁴⁰ C. M. FLOOD et A. HAUGAN, préc., note 11, p. 18-19.

⁴¹ *Id.*, p. 20.

⁴² M.-C. PRÉMONT, « Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour Suprême du Canada fondée sur les droits de la personne », préc., note 11, p. 296.

⁴³ Nous disons « potentiellement » puisque cette avenue semble avoir peu été exploitée à venir jusqu'à maintenant.

participants.⁴⁴ Ainsi, la proportion de cliniques de médecins non participants reste minoritaire.

Somme toute, cette contractualisation possible entre les cliniques privées et le Réseau a pour effet d'encourager le développement de l'offre de soins privés en santé.⁴⁵ À ce sujet, Professeure Prémont s'exprime en ces termes : « *Les CMS deviennent le véhicule de sous-traitance des actes chirurgicaux ambulatoires, dont le volume est en croissance. L'attribution de contrats de sous-traitance appuie explicitement le développement d'un réseau parallèle de pratique médicale privée* ». ⁴⁶

Par ailleurs, les patients peuvent être amenés à subir des interventions auprès des CMS sous le couvert du régime public. Effectivement, dans le cas où la CMS est composée exclusivement de médecins participants au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*⁴⁷ et que les soins prodigués sont couverts par le régime d'assurance maladie, les honoraires seront payés par le régime public au même titre que s'ils avaient été prodigués dans un centre hospitalier.⁴⁸

Ainsi, nous constatons que le recours par le régime public aux cliniques privées à but lucratif dispensant des traitements spécialisés est tout à fait possible et bénéficie d'un traitement législatif particulier. D'ailleurs, face aux temps d'attente pour les chirurgies visées par la garantie d'accès qui ne semblent guère s'améliorer de manière satisfaisante,⁴⁹

⁴⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, préc., note 27. En 2012, ils étaient alors huit, sur un total de 46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Liste des CMS ayant reçu un permis en date du 11 juin 2012*, 2012, en ligne : <<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/download.php?f=f7ea9ceba2e0c1bd442bffc3fc4257d6&PHPSESSID=7808e7423104de3af22ee79295ce9b4a>> (site consulté le 1^{er} septembre 2012).

⁴⁵ Margaret MCGREGOR, Marie-Claude PRÉMONT et Jean TURGEON, « Emerging Private Investment Opportunities in Canadian Healthcare : Impact on Governance of Provincial Health Systems », (2009) 18 *PUBLIC*, en ligne : <<http://www.esade.edu/public/modules.php?name=news&idnew=504&idissue=45&newlang=english>> (consulté le 22 mai 2012).

⁴⁶ M.-C. PRÉMONT, « Les soins de santé *a mari usque ad mare* : Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé », préc., note 8, p. 162.

⁴⁷ *Loi sur l'assurance maladie*, préc., note 9, art. 1 par. e).

⁴⁸ LSSSS, art. 349.5.

⁴⁹ Sara CHAMPAGNE, « Chirurgies d'un jour : attendre deux ans plutôt que six mois », 4 août 2012, *La Presse*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/elections-quebec-2012/201208/03/01-4562277-chirurgies-dun-jour-attendre-deux-ans-plutot-que-six-mois.php>> (consulté le 8 août 2012); Nous portons toutefois à votre attention que la situation varie énormément dépendamment des régions. Le ministère de la

il est aisé d'envisager que le recours au secteur privé par le réseau public de santé se fera plus présent.⁵⁰

Avec une possibilité d'assurance privée duplicative, d'ententes entre les CMS de médecins non participants et le réseau public et de voir les soins couverts par le régime public lorsque prodigués en CMS de médecins participants, on peut raisonnablement s'attendre à ce qu'un nombre grandissant d'interventions soient pratiquées au sein de ces cliniques. Ainsi, il devient fort important d'évaluer le régime mis en place afin de soupeser si les risques associés à une telle pratique sont plus importants que lorsque les interventions se déroulent au sein des établissements publics. Conséquemment, nous explorerons la nature et l'efficacité des dispositifs permettant d'assurer un certain niveau de qualité et de sécurité des soins prodigués au sein des CMS. Ainsi, à ce stade-ci, la question à laquelle nous souhaitons répondre est la suivante : « Les mécanismes visant à assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS sont-ils suffisants ? ».

Pour ce faire, au chapitre I, nous analysons d'abord les mécanismes spécifiques aux CMS prévus à la loi pour s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins qui y sont dispensés. Nous débutons par une description des CMS et son homologue, la clinique médicale associée (ci-après désignée « **CMA** »). Ensuite, nous analysons les mécanismes préventifs prévus à la loi, nommément l'agrément obligatoire, ainsi que la responsabilité du directeur médical et de l'exploitant quant à la qualité et à la sécurité des services, puis nous nous penchons sur le mécanisme de sanction prévu à la loi, soit le pouvoir du Ministre de la santé et des services sociaux (ci-après désigné « **Ministre** ») de suspendre, révoquer ou refuser le renouvellement d'un permis.

Santé et des Services sociaux rend disponible en ligne un tableau répertoriant les temps d'attentes pour les diverses chirurgies, en fonction des régions. Voir MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Accès aux chirurgies par agence et pour l'ensemble du Québec*, Gouvernement du Québec, 2016, en ligne : <<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/SommaireAttente.asp>> (consulté le 6 mai 2016).

⁵⁰ D'ailleurs, l'auteur Laverdière exprime son avis à l'effet que la garantie d'accès est peu susceptible d'être viable à long terme considérant la situation des finances publiques : Marco LAVERDIÈRE, « Les suites de l'arrêt *Chaoulli* et les engagements internationaux du Canada en matière de protection des droits fondamentaux », (2007) 38 *R.D.U.S.* 1, p. 43.

Au chapitre II, nous nous intéressons aux mécanismes généraux applicables à tous les organismes privés producteurs et dispensateurs de soins en santé. A cet effet, nous avons identifié les mécanismes de contrôle indirects de la qualité et de la sécurité des soins, qui comprennent la motivation économique et les recours en responsabilité civile. En deuxième, temps nous exposons les dispositifs issus de la réglementation professionnelle, ce qui comprend les codes de déontologie et autres documents normatifs (guides de pratiques, normes, lignes directrices), de même que le processus disciplinaire.

Pour terminer, au chapitre III, nous proposons l'instauration de deux mécanismes à considérer pour améliorer le régime en place : (1) un mécanisme de collecte de données sur la qualité et la sécurité des soins qui passerait par l'implantation d'un registre d'accidents et d'incidents et (2) un mécanisme spécifique de gestion de conflits et de règlement des différends.

CHAPITRE I. Mécanismes spécifiques applicables aux CMS

A) Description des CMS et CMAs

Les CMS sont des cliniques *a priori* privées, mais fortement régies par les dispositions de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*⁵¹ (ci-après désignée « LSSSS »). On qualifie ces cliniques de privées en ce qu'elles sont exploitées par des entités autres que l'administration publique.⁵² Quoiqu'elles échappent à la qualification d'« établissement » et entrent dans l'exception prévue par l'article 95 de la LSSSS au même titre que les cabinets privés de professionnels, les CMS se voient imposer plusieurs exigences et obligations prévues à la LSSSS.⁵³ Afin de bien saisir le *modus operandi* de

⁵¹ LSSSS.

⁵² Les gestionnaires de ces cliniques peuvent être des particuliers, des sociétés en nom collectif ou encore des sociétés par actions. En effet, depuis 2007, il est possible pour les médecins de former une société en nom collectif à responsabilité limitée ou une société par actions : *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*, (2007) 191 G.O. II, 1436, art 1; sur cet aspect, voir également Marie-Claude PRÉMONT, « Le rôle émergent des contrats dans le réseau sociosanitaire québécois », (2008) 4-2 *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* 26, p. 29.

⁵³LSSSS, art. 95 al. 1. Notons qu'un cabinet privé de professionnels ne doit pas obtenir de permis pour opérer (art. 437 et ss de la LSSSS et Marie-Claude PRÉMONT, *Commentaires sur le projet de Règlement sur*

ces cliniques, il convient de passer en revue certaines de leurs obligations et exigences requises par la loi.

Tout d'abord, la loi exige que les CMS soient composés exclusivement de médecins participants ou de médecins non participants.⁵⁴ Suivant la *Loi sur l'assurance maladie*⁵⁵, les médecins ne peuvent avoir une pratique mixte, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent à la fois exercer à titre de médecin participant et de médecin non participant.⁵⁶ On peut donc affirmer que cette prohibition générale de pratique mixte s'est étendue aux CMS dans leur entièreté.⁵⁷

Au même titre que les établissements du Réseau,⁵⁸ les CMS doivent obtenir l'agrément des services par un organisme reconnu.⁵⁹ Par ailleurs, la LSSSS exige que l'exploitant de la clinique soit un médecin membre du CMQ ou, si la clinique est détenue par une personne morale, au minimum 50% des droits de vote doivent être détenus par des médecins membres.⁶⁰ L'exploitant d'un CMS doit nommer un directeur médical, lequel sera choisi parmi les médecins qui y pratiquent. Ce dernier est responsable de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins et de veiller à l'élaboration et à l'application de procédures médicales normalisées pour les traitements dispensés.⁶¹

les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un CMS, 2007, en ligne : <<http://jungle.ca/pipermail/privatization/attachments/20080204/87d54519/attachment-0003.obj>> (consulté le 18 janvier 2013).

⁵⁴ LSSSS, art. 333.3. À noter qu'en 2015, la constitutionnalité de cette prohibition de pratique mixte fut questionnée en Cour supérieure. L'Honorable juge Marie-France Courville a toutefois rejetée la requête visant à l'abolir. La cause a toutefois été inscrite en appel. *Fédération des médecins spécialistes du Québec c. Bolduc*, 2015 QCCS 2680, inscrit en appel, 2015-07-15 (C.A.), 500-09-025442-153.

⁵⁵ *Loi sur l'assurance maladie*, préc., note 9.

⁵⁶ *Id.*, art. 1 par. e). M.-C. PRÉMONT, « Les soins de santé *a mari usque ad mare* : Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé », préc., note 11, p. 157-158.

⁵⁷ M.-C. PRÉMONT, « Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour Suprême du Canada fondée sur les droits de la personne », préc., note 11, p. 293-295.

⁵⁸ LSSSS, art. 107.1.

⁵⁹ *Id.*, art. 333.4.

⁶⁰ *Id.*, art. 333.2 al. 1. Les 50% des droits de vote peuvent également être détenus par une personne morale ou société dont les droits de votes rattachés aux actions ou aux parts sont détenus en totalité par des médecins membres.

⁶¹ *Id.*, art. 333.5. Voir le chapitre I, section B) ii) pour plus de détails.

Pour opérer, les CMS doivent détenir un permis délivré par le Ministre qui précise les traitements médicaux spécialisés qui peuvent y être dispensés.⁶² Afin d'obtenir un tel permis, les CMS doivent se conformer aux diverses exigences susmentionnées et fournir certains engagements supplémentaires.⁶³ Par ailleurs, soulignons à ce titre que le Ministre bénéficie d'un pouvoir d'inspection afin de vérifier si les CMS se conforment bel et bien aux exigences énoncées dans la LSSSS.⁶⁴

Les cliniques ayant obtenu le permis de CMS sont les seules entités privées à pouvoir dispenser la liste de soins prévue au *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*.⁶⁵ Tel que souligné précédemment, cette liste, au départ limitée aux trois types de chirurgies énumérées à la LSSSS, soient l'arthroplastie-prothèse de la hanche ou du genou et l'extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intra-oculaire,⁶⁶ comprend aujourd'hui plus d'une cinquantaine de traitements.⁶⁷ Cette liste comprend entre autres plusieurs chirurgies esthétiques, orthopédiques, des chirurgies des voies respiratoires supérieures, des chirurgies des systèmes vasculaires et lymphatiques, des chirurgies du système digestif, des chirurgies du système nerveux et des biopsies mammaires.⁶⁸

Nous réitérons que la création de ces institutions suscite une interaction grandissante entre les secteurs publics et privés. Effectivement, une autre particularité des CMS tient du fait qu'ils peuvent conclure des ententes avec les établissements publics de santé afin de

⁶² *Id.*, art. 437-438; Règlement sur les traitements, art. 2. Le permis doit être obtenu suivant la procédure prévue à la LSSSS, art. 441.

⁶³ La demande de permis est composée du *Formulaire de demande de permis de centre médical spécialisé*, du document *Engagements* et du document *Renseignements complémentaires à fournir pour l'analyse de la demande de CMS*. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Procédure pour l'obtention d'un permis de CMS*, Gouvernement du Québec, 2016, en ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/index.php?procedure_obtention_permis> (consulté le 8 mai 2016).

⁶⁴ LSSSS, art. 489.

⁶⁵ Règlement sur les traitements, art. 2 et LSSSS, art. 333.1 et 437.

⁶⁶ LSSSS, art. 333.1.

⁶⁷ Règlement sur les traitements. Sur cet aspect, nous vous référons également à M.-C. PRÉMONT, « Les soins de santé *a mari usque ad mare* : Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé », préc., note 11.

⁶⁸ Pour le détail exhaustif des traitements visés, nous vous référons au Règlement sur les traitements.

dispenser des services pour le compte de ceux-ci.⁶⁹ Ces ententes sont conclues lorsque le Réseau n'arrive plus à répondre à la demande de soins et à offrir des délais d'accès raisonnables.⁷⁰ Plus particulièrement, il relève de la responsabilité des Centres intégré de santé et de services sociaux (ci-après désignés « CISSS ») de conclure des ententes avec les partenaires au sein de leur région, ceux-ci étant responsables de la prise en charge de la population située sur leur territoire.⁷¹ Il y a donc une réelle possibilité que ces cliniques privées se retrouvent intégrées au sein même de l'offre de soins du réseau public.⁷² Récemment, le Ministre annonçait d'ailleurs la mise sur pied d'un projet-pilote visant la conclusion d'ententes avec trois CMS, pour des chirurgies d'un jour de patients du Réseau.⁷³

Peu importe leur composition, tant les CMS où exercent des médecins participants que les CMS où exercent des médecins non participants peuvent conclure des ententes avec

⁶⁹ LSSSS, art. 108 et 349.1.

⁷⁰ M.-C. PRÉMONT, « Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour Suprême du Canada fondée sur les droits de la personne », préc., note 11, p. 296; Catherine RÉGIS et Anne-Marie SAVARD, « L'accès aux soins et aux médicaments au Québec; entre l'idéal et la réalité », (2009-2010) 40 *R.D.U.S.* 269, p. 295-296.

⁷¹ LSSSS, art. 108; *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, L.R.Q., c. O-7.2, art. 38, 39 et 46 (ci-après « Projet de loi 10 »). Les CISSS prennent ainsi la relève de ses fonctions qui étaient préalablement dévolues aux Centres de santé et de services sociaux. *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et services sociaux*, L.Q. 2003, c. 21. À ce sujet, voir également COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 19; Raynald PINEAULT, Jean-Frédérique LÉVESQUE, Mylaine BRETON, Marjolaine HAMEL et Danièle ROBERGE, « La première ligne : quel rôle pour les organisations publiques, privées et mixtes? », dans F. BÉLAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLÉE et L. ROBERT (dir.), préc., note 2, p. 427, aux pages 432-433.

⁷² R. PINEAULT, J.-F. LÉVESQUE, M. BRETON, M. HAMEL et D. ROBERGE, préc., note 71, p. 432-433. Voir également les conclusions du Rapport Clair (COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes (Rapport Clair)*, Québec, Publications du Québec, 2000, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>> (consulté le 4 août 2012)) et du Rapport Arpin (GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC, *Rapport du Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec (Rapport Arpin)*, 1999, Québec, Publications du Québec, en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99_653/rapport.pdf> (consulté le 8 août 2012)). Récemment, l'auteur Castonguay écrivait que trois ententes avaient été conclues avec des CMS, sans préciser sous quelle forme. J. CASTONGUAY, préc., note 33, par. 1-50.

⁷³ Tommy CHOUINARD, *Chirurgies : Barrette fait appel au privé*, 23 février 2016, La Presse, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201602/23/01-4953773-chirurgies-barrette-fait-appel-au-privé.php>> (consulté le 29 mars 2016); MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, préc., note 27.

le réseau public.⁷⁴ Toutefois, tel que mentionné antérieurement, l'arthroplastie-prothèse de la hanche et du genou et les traitements médicaux spécialisés impliquant un hébergement postopératoire d'une durée de plus de 24 heures sont réservés à des CMS où pratiquent exclusivement des médecins non participants.⁷⁵ En conséquence, pour ces soins spécifiques, les établissements désirant conclure une entente avec un partenaire pourront le faire qu'avec les CMS où exercent exclusivement des médecins non participants. L'entente devra alors être soumise à l'approbation préalable du Ministre.⁷⁶

Quant aux CMAs, autres organismes issus de la réforme instaurée par les Projets de loi 33 et 34, ce sont des cliniques qui ont conclu une entente avec le Réseau. Plus particulièrement, ces cliniques sont soit des CMS composés exclusivement de médecins participants,⁷⁷ des cabinets privés de professionnels ou des laboratoires visés par la *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres*⁷⁸.⁷⁹ Ces organisations reçoivent la qualification de « CMA » lorsqu'elles ont conclu une entente avec le régime public au sens des articles 349.1 et suivants de la LSSSS. Au même titre que les ententes dont le Réseau peut convenir avec les CMS,⁸⁰ ces ententes peuvent être conclues dans le but d'améliorer l'accessibilité aux soins spécialisés.⁸¹ C'est le CISSS qui propose la conclusion de l'entente au Ministre, lequel analyse la proposition.⁸² Il évalue entre autres si l'entente est susceptible d'améliorer l'accessibilité aux services ou si elle affectera négativement la capacité de production de

⁷⁴ LSSSS, art. 108.

⁷⁵ Règlement sur les traitements, art. 3. Voir également à cet effet M.-C. PRÉMONT, « Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour Suprême du Canada fondée sur les droits de la personne », préc., note 11, p. 296.

⁷⁶ En effet, l'article 108 al. 2 de la LSSSS précise que toute entente avec des médecins non participants doit être soumise à l'autorisation préalable du ministre. Voir également C. RÉGIS et A.-M. SAVARD, préc., note 70, p. 295-296; M.-C. PRÉMONT, « Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour Suprême du Canada fondée sur les droits de la personne », préc., note 11, p. 296.

⁷⁷ À ce titre, rappelons que l'article 333.3 de la LSSSS prévoit l'exigence pour les CMS d'être composés exclusivement de médecins participants ou de médecins non participants.

⁷⁸ *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres*, L.R.Q., c. L-0.2.

⁷⁹ LSSSS, art. 349.1.

⁸⁰ *Id.*, art. 108.

⁸¹ *Id.*, art. 349.1.

⁸² *Id.*, art. 349.1 à 349.3 et Projet de loi 10, art. 38, 39 et 46.

soins du réseau public.⁸³ L'entente tripartite, d'une durée maximale de cinq ans,⁸⁴ est conclue entre le CISSS qui exploite un centre hospitalier, le Ministre et la CMA.⁸⁵ Les services sont alors dispensés aux usagers du CISSS dans les infrastructures de la CMA et avec son matériel et ses professionnels.⁸⁶ En échange, la CMA recevra une rétribution pour chaque traitement spécialisé dispensé.⁸⁷

À ce jour, d'après nos recherches, une seule entente a été conclue à ce titre entre l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et la Clinique Rockland MD.⁸⁸ Récemment, l'auteure Savard écrivait d'ailleurs qu'il « *est difficile de connaître précisément le nombre et la nature de telles ententes d'association [...], mais il semble assez évident et avéré qu'elles demeurent très peu nombreuses* ». ⁸⁹ Au moment de l'Étude de crédits 2015-2016, le Réseau n'avait aucune entente avec des CMAs.⁹⁰

Nous nous arrêterons ici pour ce qui est de la description des CMAs car l'évaluation des mécanismes particuliers aux CMAs ne sera pas traitée dans cet essai. Sommairement, les mécanismes propres aux CMAs rendent les interventions réalisées dans le cadre de ces

⁸³ LSSSS, art. 349.1 et 349.2.

⁸⁴ *Id.*, art. 349.3 al. 3. Le CISSS, de sa propre initiative, ou à la demande du Ministre, peut cependant mettre fin à l'entente avant l'expiration de son terme, voir *Id.*, art. 349.8 et Projet de loi 10, art. 38, 39 et 46.

⁸⁵ LSSSS, art. 349.3 et Projet de loi 10, art. 46.

⁸⁶ LSSSS, art. 349.1 et Projet de loi 10, art. 46. Voir également RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur le Centre de chirurgie et de médecine Rockland inc. Faits saillants et analyse*, 2012, en ligne : <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappenq-rockland-fr.pdf>> (consulté le 21 mai 2012), p. 2.

⁸⁷ LSSSS, art. 349.3; RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, préc., note 86, p. 2.

⁸⁸ En 2008, l'entente pilote se concrétisait entre l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et la Clinique Rockland MD. L'entente a été reconduite jusqu'au 14 septembre 2014 (*Entente de reconduction de l'entente d'association entre un centre médical spécialisé et un établissement relativement à la prestation de services professionnels conclue le 30 juin 2010*, signée par monsieur Jean Bragagnolo, Directeur général intérimaire de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Docteur Fernand Terras, Directeur médical du Centre de chirurgie Rockland MD, 20 juin 2012 – Document obtenu suite à une demande d'accès à l'information auprès de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal). L'entente a par la suite été prolongée jusqu'au 31 mars 2015. Ce sont 6 912 chirurgies qui ont été réalisées dans le cadre de l'entente entre le 1^{er} octobre 2011 et le 31 mars 2014. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'Étude des crédits 2015-2016*, vol. 1., Gouvernement du Québec, 2016, en ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/seance-publique/etude-credits-2015-2016/2015-2016-Reponses-aux-questions-particulières-Opposition-officielle-Volume-1.pdf> (consulté le 31 mars 2016), p. 206 à 208. Sur l'entente, voir également Anne-Marie SAVARD, « Le réseau local de services de santé et de services sociaux et les ententes contractuelles entre partenaires locaux », dans M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD (dir.), préc., note 33, p. 83, aux para. 3-58 à 3-62.

⁸⁹ A.-M. SAVARD, préc., note 88, par. 3-58.

⁹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 88, p. 292.

ententes soumises aux mêmes mécanismes de contrôle de qualité et de sécurité que les soins réalisés au public. C'est pourquoi, à notre avis, une analyse de ces mesures est moins pertinente.⁹¹ Ceci étant dit, de par les enjeux que cela impliquerait pour le Réseau, nous devons admettre qu'advenant le cas où nombre d'ententes seraient conclues à ce titre,⁹² il serait opportun de se pencher de façon plus approfondie sur la question.

B) Mécanismes préventifs

i) Agrément obligatoire (art. 333.4 LSSSS)

Les CMS disposent d'un délai de trois ans à compter de la délivrance du permis pour obtenir l'agrément auprès d'un organisme reconnu par le Ministre.⁹³ L'agrément est « envisagé comme un moyen d'apprécier et d'accroître la place accordée [...] à la qualité des services qu'ils fournissent et aux processus établis pour améliorer lesdits services de façon continue ».⁹⁴

Dans le processus d'agrément des établissements du Réseau, la qualité des services est évaluée selon trois aspects, soient les résultats obtenus en matière de santé et de bien-être des patients, les structures consacrées à l'amélioration de la qualité des services et les processus organisationnels employés pour produire des services de qualité.⁹⁵ L'évaluation des normes et des processus est particularisée à l'organisme évalué, ce qui fait en sorte que ce ne sont pas les standards applicables aux établissements de santé et de services sociaux qui sont appliquées aux CMS, mais ces normes ou processus adaptés aux CMS.⁹⁶

⁹¹ Notamment, le fait que les soins dans ce cadre soient soumis au régime de plaintes des établissements et à la déclaration obligatoire des incidents et accidents : LSSSS, art. 349.3 al. 2 et art. 233.1 al. 1.

⁹² Ceci demeure une possibilité. Voir T. CHOUINARD, préc., note 73.

⁹³ LSSSS, art. 333.4.

⁹⁴ LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Implantation de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, c. 32) (Projet de loi 83). Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*, Québec, Publications du Québec, 2006, p. 5.

⁹⁵ *Id.*, p. 13.

⁹⁶ *Id.*, p. 11. Nous avons accédé aux normes d'Agrément Canada applicables aux CMS. Voir AGRÉMENT CANADA, *Normes. Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes. Pour les visites qui commencent après : 01 janvier 2016*, Agrément Canada, 2015. En ce qui concerne le Conseil québécois d'agrément, celui-ci a également adapté son processus d'agrément aux CMS et aux centres de procréation assistée.

Les organismes d'accréditation présentement reconnus pouvant valablement délivrer un agrément sont au nombre de deux, soient Agrément Canada (ci-après désigné « AC ») et le Conseil québécois d'agrément (ci-après désigné « CQA »).⁹⁷ Dans l'éventualité où le Ministre en reconnaîtrait un autre, les CMS pourraient l'obtenir auprès de celui-ci.⁹⁸

Il semble tout à fait opportun que les normes d'agrément soient particularisées à l'organisme visé. En effet, il est logique que les normes applicables aux CMS ne soient pas les mêmes que celles applicables aux centres hospitaliers. Ces normes sont développées pour ces organismes particuliers, en fonction des services qu'ils offrent, ce qui est sans conteste un avantage de ce mécanisme pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS. Par exemple, CQA a récemment révisé son programme d'agrément destiné aux CMS, notamment en raison de l'évolution de certaines pratiques cliniques.⁹⁹ Pour ce faire, un comité d'experts CMS a d'ailleurs été mis sur pied.¹⁰⁰ Cela permet d'assurer une adéquation des exigences relatives aux CMS, selon les normes de la science médicale actuelle.

En l'espèce, il relève de l'exploitant d'un CMS de s'assurer du suivi des recommandations de l'organisme d'agrément.¹⁰¹ Ce dernier doit transmettre un résumé des

CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÈMENT, *Rapport annuel 2011-2012. Mot de la présidente et de la directrice générale*, Conseil québécois d'agrément, 2012, en ligne : <<http://cqaqualite.ca/fr/document/rapport-annuel-2011-2012>> (consulté le 23 janvier 2012), p. 1. Le Conseil québécois d'agrément vient d'ailleurs de réviser son programme d'agrément destiné aux CMS. CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÈMENT, *Mise à jour du programme d'agrément destiné aux centres médicaux spécialisés (CMS)*, Conseil québécois d'agrément, 2 mars 2016, en ligne : <<http://www.cqaqualite.ca/fr/nouvelles/mise-a-jour-du-programme-d-agrement-destine-aux-cliniques-medicales-specialisees-cms>> (consulté le 30 mars 2016).

⁹⁷ LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide sur le processus d'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-611-01W.pdf>> (consulté le 24 janvier 2013), p. 3.

⁹⁸ LSSSS, art. 333.4. Voir également Roger PAQUET (sous-ministre), *Agrément obligatoire pour tout Centre médical spécialisé (CMS)*, Circulaire, Normes et pratiques de gestion, Tome II, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2008, en ligne : <[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/dfeaec2f73c3d1c68525656b00163b18/bfd8eb6be8a8471a8525742e006bad44/\\$FILE/2008-003.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/dfeaec2f73c3d1c68525656b00163b18/bfd8eb6be8a8471a8525742e006bad44/$FILE/2008-003.pdf)> (consulté le 30 mars 2016), p. 2.

⁹⁹ CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÈMENT, *Mise à jour du programme d'agrément destiné aux centres médicaux spécialisés (CMS)*, préc., note 96.

¹⁰⁰ *Id.*, à la page 1.

¹⁰¹ LSSSS, art. 333.4. Voir également Roger PAQUET (sous-ministre), préc., note 98, p. 2-3.

recommandations et la durée de la validité de l'agrément au Ministre, à l'agence (maintenant le CISSS)¹⁰² située sur le territoire du CMS et aux ordres professionnels dont les membres exercent au sein du CMS.¹⁰³

Tant les dispositions législatives applicables en matière d'agrément des CMS,¹⁰⁴ que la documentation disponible, sont très limitées. Aux fins de notre analyse, nous avons donc dû étudier la documentation concernant l'agrément des établissements de santé et de services sociaux, de même que le document d'AC répertoriant les normes applicables aux CMS.¹⁰⁵ Nous n'avons toutefois pas pu réviser les normes applicables aux CMS en vertu du programme du CQA.¹⁰⁶

L'obligation d'obtenir l'agrément est très similaire à celle imposée aux établissements du Réseau depuis l'adoption du Projet de loi 113 en 2002.¹⁰⁷ Par ces modifications législatives, le législateur est venu reconnaître la dimension de sécurité des soins comme étant un élément essentiel de la qualité des services.¹⁰⁸ De façon analogue, on peut assumer que puisque cette obligation a été intégrée au régime prévu pour les CMS, la notion de sécurité des soins spécialisés dispensés en milieu extrahospitalier a un caractère essentiel pour le législateur.

Cela dit, étant donné le faible nombre de dispositions prévues à la LSSSS et la quantité limitée de documentation disponible, nous supposons que le processus d'agrément applicable aux CMS a un caractère légèrement arbitraire. Par exemple, la durée de la validité de l'agrément est susceptible de varier. Pour nous, cela représente une défaillance

¹⁰² Projet de loi 10, art. 46.

¹⁰³ Roger PAQUET (sous-ministre), préc., note 98, p. 2.

¹⁰⁴ Il n'y en a qu'une seule : LSSSS, art. 333.4.

¹⁰⁵ AGRÉMENT CANADA, préc., note 96. Sujet à un paiement de 100.00 \$, ces normes sont accessibles via le site Internet d'AC.

¹⁰⁶ L'information n'est malheureusement pas rendue accessible sur le site Internet du CQA. Nous avons aussi contacté le CQA par voie téléphonique, leur demandant accès aux dites normes, mais nous demeurons en attente d'une réponse à cet effet.

¹⁰⁷ LSSSS, art. 107.1. L'article a été ajouté suite à l'adoption de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, L.Q. 2002, c. 71.

¹⁰⁸ LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 94, p. 7.

du système d'agrément implanté quant à son effet sur le contrôle de la qualité et de la sécurité des soins. Effectivement, quant à prévoir cette obligation, n'aurait-il pas été plus simple et efficace de reprendre les dispositions relatives à l'agrément déjà prévues à la LSSSS? Ces nuances laissent entrevoir et présager une souplesse de l'obligation dans son application.

D'ailleurs, dans son mémoire présenté à la Commission des affaires sociales en 2006, le CMQ s'interrogeait sur la nécessité de prévoir un délai de trois ans pour l'obtention de l'agrément.¹⁰⁹ Celui-ci déplorait le fait qu'un établissement public de santé puisse conclure une entente avec un CMS qui ne sera pas agréé durant une période de trois ans.¹¹⁰ Cette interrogation est pertinente dans une mesure où normalement, les partenaires du Réseau doivent eux aussi détenir l'agrément, sans bénéficier d'un délai de répit de trois ans. En effet, l'article 107.1 de la LSSSS qui prévoit l'obligation d'obtenir l'agrément s'applique tant aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), qu'aux centres de réadaptation.¹¹¹

Au moment de l'Étude des crédits 2015-2016, le MSSS écrivait que depuis 2012, trois CMS étaient détenteurs d'un permis de CMS, alors qu'ils n'avaient pas encore obtenu d'agrément.¹¹² Il précisait qu'un CMS doit débiter son processus d'agrément au mois de juin 2015 et que les deux autres CMS ne sont pas en défaut, car ils disposent d'un délai de trois ans suivant la loi pour solliciter l'agrément auprès des organismes d'accréditation.¹¹³ Ainsi, à notre sens, le MSSS applique et interprète l'exigence de l'obtention de l'agrément dans un délai de trois ans avec un certain degré de souplesse. En effet, deux CMS ont obtenu leur permis en 2012 et en 2015, soit trois ans plus tard, il

¹⁰⁹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Mémoire du Collège des médecins du Québec. Projet de loi n°33 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Présenté à la Commission des affaires sociales, 2006, en ligne : <<http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/Files/Memoires/Memoire%20projet%20loi%2033%202006.pdf>> (consulté le 24 janvier 2013), p. 9.*

¹¹⁰ *Id.*

¹¹¹ En effet, ces institutions qui peuvent être privées (art. 97 et 99 de la LSSSS) reçoivent la qualification d'établissement au sens de l'article 79 de la LSSSS. L'article 107.1 de la LSSSS leur est donc applicable.

¹¹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 88, p. 267.

¹¹³ *Id.*

semblerait qu'aucune démarche auprès des organismes d'accréditation n'avait été entamée par ceux-ci.

La LSSSS stipule que l'agrément des établissements de santé et de services sociaux est valable pour une période maximale de cinq ans, qu'il doit être maintenu en tout temps et que les établissements doivent donc le renouveler avant son expiration.¹¹⁴ Quant aux CMS, la LSSSS stipule seulement qu'ils doivent conserver l'agrément en tout temps après son obtention, sans préciser de délai de renouvellement ou de validité.¹¹⁵ Ce faisant, on peut donc se demander pourquoi le Législateur n'a pas précisé, comme il l'a fait pour l'agrément des établissements,¹¹⁶ la durée de validité de l'agrément des CMS?¹¹⁷ Doit-on appliquer les dispositions visant les établissements de santé et de services sociaux? Nous proposons que non. La loi prévoit des dispositions particulières pour les CMS et ne réfère en aucun temps aux dispositions applicables aux établissements de santé et de services sociaux. Il convient donc de se référer uniquement aux dispositions particulières aux CMS.¹¹⁸ De plus, le *Guide sur le processus d'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux* publié par le gouvernement du Québec en novembre 2012 stipule expressément que l'agrément des CMS est exclu de l'application du guide et de la norme légale qui y est décrite.¹¹⁹

Ainsi, quant à la durée de la validité de l'agrément obtenu d'un CMS, nous concluons qu'elle dépendra du choix de l'organisme responsable de délivrer l'agrément (AC ou CQA). À cet effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après désigné « **MSSS** ») écrit que les organismes d'agrément comptent appliquer la même norme que celle applicable aux établissements de santé et de services sociaux, c'est-à-dire de procéder à une révision de l'agrément à tous les trois ans.¹²⁰ La LSSSS a toutefois été

¹¹⁴ LSSSS, art. 107.1al. 2.

¹¹⁵ *Id.*, art. 333.4.

¹¹⁶ *Id.*, art. 107.1.

¹¹⁷ *Id.*, art. 333.4, *a contrario*.

¹¹⁸ Les articles de loi doivent s'interpréter les uns par rapport aux autres. *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16, art. 41.1.

¹¹⁹ LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 97, p. 1 et 12.

¹²⁰ Roger PAQUET (sous-ministre), préc., note 98, p. 2

modifiée en 2015 et prévoit maintenant que l'agrément des établissements du Réseau est valide pour une période maximale de cinq ans.¹²¹ Quoiqu'il en soit, ce raisonnement laisse deviner que les organismes d'accréditation pourraient en décider autrement.¹²² Logiquement, si le temps et/ou les ressources leur manquent, nous supposons que les organismes d'accréditation préféreront concentrer leurs énergies auprès des établissements du Réseau considérant la période de validité maximale de cinq ans prévue à la loi,¹²³ au détriment des CMS.

Les organismes d'agrément sont des organismes compétents et indépendants.¹²⁴ Ce processus exige donc des CMS qu'ils soient évalués par un acteur externe et indépendant qui leur demande de répondre à certains critères reconnus.¹²⁵ L'incitatif financier ne saurait d'ailleurs influencer les organismes d'accréditation dans leur démarche d'agrément car ceux-ci sont sans but lucratif.¹²⁶ Ainsi, les caractères d'indépendance et d'impartialité des organismes d'accréditation nous apparaissent très favorables pour assurer une crédibilité au processus.

En ce qui concerne la démarche d'agrément comme telle, celle-ci n'a pas pour objectif de s'assurer que le CMS atteint certains standards de qualité ou de sécurité, mais plutôt de s'assurer qu'il est engagé dans un processus continu d'amélioration de la qualité.¹²⁷ En effet, tel que le précise les *Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*, « l'obtention d'un agrément signifie que l'établissement a recours aux processus et aux méthodes d'amélioration de la qualité des

¹²¹ LSSSS, art. 107.1.

¹²² D'ailleurs, dans son document intitulé *Normes. Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes. Pour les visites qui commencent après : 01 janvier 2016*, AC ne mentionne pas la durée de validité de l'agrément. AGRÉMENT CANADA, préc., note 96.

¹²³ LSSSS, art. 107.1.

¹²⁴ LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 94, p. 12.

¹²⁵ Voir par exemple AGRÉMENT CANADA, préc., note 96.

¹²⁶ *Id.*, à la page i et CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT, *Rapport d'activités 2014-2015*, Conseil québécois d'agrément, 2016, en ligne : <<https://drive.google.com/file/d/0B0m4I9IMHmzwT19KZGdrQjM1UIE/view?pref=2&pli=1>> (consulté le 1^{er} avril 2016), p. 7. Par contre, les individus demeurent corruptibles.

¹²⁷ LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 94, p. 11-12. Par exemple, dans ses normes, AC demande aux CMS de disposer d'un cadre et d'un plan d'amélioration de la qualité. AGRÉMENT CANADA, préc., note 96, p. 118.

services qui permettent de déceler les problèmes en temps opportun et de mettre en œuvre les actions pour les corriger ». ¹²⁸ De cet objectif, nous pouvons émettre la réflexion que le fait qu'un CMS ne se conforme pas aux normes du processus d'agrément ne veut pas nécessairement dire que la qualité des soins y est mauvaise. De façon similaire, le fait qu'un CMS se conforme aux normes définies dans un programme d'agrément ne signifie pas que les soins offerts soient en tout temps de bonne qualité et sécuritaires. Cela ne fait que confirmer si le CMS est engagé dans un processus d'amélioration de la qualité satisfaisant ou non.

Somme toute, selon certaines études, il appert que le mécanisme d'agrément est un outil efficace pour favoriser le changement des pratiques auprès des acteurs des organisations de santé par l'intégration de programmes d'amélioration continue de la qualité. ¹²⁹ Cet effet serait particulièrement remarqué auprès des organisations de santé nouvellement accréditées ou qui ne sont pas encore accréditées. ¹³⁰ Ainsi, il semblerait que cet effet positif de l'agrément s'étiole avec les années. ¹³¹ Les organisations de santé travailleraient fort au cours des premières années pour se conformer aux exigences des organismes d'accréditation, puis trouveraient le processus moins exigeant et consacraient moins d'effort à celui-ci. ¹³² Ainsi, plus les organismes d'accréditation sont en mesure de se renouveler et se réinventer, plus le mécanisme est susceptible d'être efficace pour constituer un vecteur de changement.

¹²⁸ LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 94, p. 11.

¹²⁹ Marie-Pascal POMEY, Louise LEMIEUX-CHARLES, François CHAMPAGNE, Doug ANGUS, Abdo SHABAH et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, « Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian health care organizations », (2010) 5 *Implementation Science*, 31, 31; David GREENFIELD et Jeffrey BRAITHWAITE, « Health sector accreditation research: A systematic review », (2008) 20 *International Journal for Quality in Health Care* 172, 175 et Martin BEAUMONT, *L'agrément : Un agent moteur de développement des capacités, d'apprentissage collectif et de socialisation. Une étude de cas en profondeur dans un hôpital privé saoudien*, thèse de doctorat, Montréal, Faculté de médecine, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 2008.

¹³⁰ M.-P. POMEY et al., préc., note 129, p. 31. Également, dans une étude australienne systématique, les auteurs concluent que le processus d'agrément encourage le changement auprès des organisations de santé. D. GREENFIELD, et J. BRAITHWAITE, préc., note 129, p. 175.

¹³¹ M.-P. POMEY et al., préc., note 129.

¹³² *Id.*

Une illustration de ce facteur de changement que peut constituer le processus d'agrément auprès des CMS se trouve dans les commentaires du MSSS émis à l'occasion de son *Étude des crédits 2014-2015*.¹³³ Le MSSS écrivait que quatre CMS ne répondaient pas aux normes, mais avaient tout de même obtenu un permis. Il explique :

Les CMS en question sont toujours en opération, puisque les visites de pré-agrément n'étaient pas obligatoires en fonction de la LSSSS. De plus, une mauvaise performance à ces visites ne permettait pas de ne pas délivrer le permis. Toutefois, certains CMS ont été visités à 2 ou 3 reprises et ont apporté des correctifs importants en prévision de l'agrément. Le ministre peut toutefois suspendre, révoquer ou refuser de renouveler un permis de CMS si l'agrément n'est pas obtenu et maintenu. (a. 446.1, 2e alinéa)¹³⁴

[nos soulignés]

Au passage, nous en profitons pour souligner que cet extrait de *l'Étude des crédits 2014-2015*, révèle encore une fois une certaine souplesse dans l'interprétation par le MSSS de l'exigence pour les CMS d'obtenir l'agrément. Il témoigne également d'une certaine défaillance du régime d'agrément des CMS en ce qu'un CMS peut valablement continuer d'opérer même s'il ne répond pas aux normes. En ce sens, l'efficacité du mécanisme pour assurer la qualité et la sécurité des soins n'est pas optimale.

Ce faisant, tel que mentionné précédemment, de par les objectifs poursuivis par le processus d'agrément, quoique ce mécanisme soit efficace pour améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts en CMS, celui-ci n'en constitue pas un pour s'assurer de la qualité des soins comme telle.¹³⁵ Une analyse systématique australienne sur le processus d'agrément révèle d'ailleurs des conclusions divergentes quant à l'existence d'un lien de cause à effet entre les mesures de la qualité des soins et le processus d'agrément.¹³⁶ Cela

¹³³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'Étude des crédits 2014-2015*, vol. 1, Gouvernement du Québec, 2015, en ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/seance-publique/etude-credits2014-2015/2014-2015_Reponses-aux-questions-particulieres-Parti-quebecois-Volume-1.pdf> (consulté le 31 mars 2016), p. 60.

¹³⁴ *Id.*

¹³⁵ Le même raisonnement est expliqué dans LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 94, p. 11.

¹³⁶ D. GREENFIELD et J. BRAITHWAITE, préc., note 129, p. 176 à 178. Voir également Gerd FLODGREN, Marie-Pascale POMEY, Sarah A. TABER et Martin P. Eccles, «Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organization behaviour, healthcare professional

dit, une autre étude australienne réalisée quelques années plus tard révèle une relation positive entre l'agrément et la performance clinique.¹³⁷

En somme, bien que le traitement législatif de l'obligation des CMS d'obtenir l'agrément ne soit pas optimal, nous estimons que ce mécanisme est, dans une certaine mesure, efficace pour assurer un niveau de qualité et de sécurité des soins dispensés en CMS, par l'instauration de programmes continus d'amélioration de la qualité. Terminons en précisant qu'un fort incitatif pour un CMS à obtenir et conserver l'agrément réside dans le fait qu'à défaut de s'y conformer, le ministre peut suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le permis délivré à l'exploitant du CMS.¹³⁸

- ii) Responsabilité du directeur médical et de l'exploitant quant à la qualité et à la sécurité des services (art. 333.4.1 et 333.5 LSSSS)

Un autre mécanisme incorporé dans la loi visant l'assurance de la qualité des soins dispensés en CMS est la responsabilité du directeur médical et de l'exploitant quant à la qualité et à la sécurité des services. En effet, les articles 333.4.1 et 333.5 de la LSSSS prévoient cette responsabilité.

Plus précisément, l'exploitant a la responsabilité de s'assurer que les soins dispensés dans le CMS respectent les standards de qualité et de sécurité généralement reconnus.¹³⁹ De façon générale, l'expression « *standards de qualité et de sécurité généralement reconnus* » signifie que les soins doivent être livrés selon ce qu'aurait fait le « *praticien*

behaviour or patient outcomes», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Numéro 11, art. no CD008992, 2011.

¹³⁷ Jeffrey BRAITHWAITE, David GREENFIELD, Johanna WESTBROOK, Marjorie PAWSEY, Mary WESTBROOK, Robert GIBBERD, Justine NAYLOR, Sally NATHAN, Maureen ROBINSON, Bill RUNCIMAN, Margaret JACKSON, Joanne TRAVAGLIA, Brian JOHNSTON, Desmond YEN, Heather McDONALD, Lena Low, Sally REDMAN, Betty JOHNSON, Angus CORBETT, Darlene HENNESSY, John CLARK, Judie LANCASTER, « Health service accreditation as a predictor of clinical and organizational performance: A blinded, random, stratified study », (2011) 19 *Quality and Safety in Health Care* 14.

¹³⁸ LSSSS, art. 446.1 par. 2.

¹³⁹ *Id.*, art. 333.4.1.

normalement prudent et compétent ». ¹⁴⁰ Ainsi, l'exploitant doit s'assurer que les services médicaux respectent ceux qui seraient dispensés par un médecin normalement prudent et compétent et que les services infirmiers respectent ceux qui seraient dispensés par un infirmier ou une infirmière normalement prudent et compétent. Il en va de même pour tous les types de services offerts par le CMS. Notons toutefois qu'à notre connaissance, dans le contexte spécifique de l'article 333.4.1 de la LSSSS, l'expression n'a jamais fait l'objet d'une interprétation ou de commentaires. Ceci étant dit, nous sommes d'avis qu'elle serait interprétée de façon similaire par la cour.

À notre avis, l'article 333.4.1 de la LSSSS ajoute une responsabilité additionnelle à l'exploitant d'un CMS en le rendant imputable, dans une certaine mesure, des soins dispensés. Autrement, suivant le droit commun, la responsabilité de fournir des soins sécuritaires de qualité revient au médecin qui prodigue les soins. ¹⁴¹ Nous reviendrons plus amplement sur la responsabilité des CMS et des médecins pratiquant en CMS découlant du droit commun dans la au chapitre II, section A)ii) sur les recours en responsabilité. Or, cette nuance est importante car, à notre avis, par l'introduction de cette responsabilité additionnelle de l'exploitant, celui-ci devient investi d'une certaine responsabilité à l'égard de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par les médecins qui y pratiquent.

Certes, il le devient, mais dans une moindre mesure que le médecin. De la manière dont l'article est rédigée, nous supposons qu'il s'agit d'une responsabilité de veiller à ce que le CMS dans son ensemble dispense des soins qui respectent les standards de qualité et de sécurité généralement reconnus. ¹⁴² Ainsi, l'exploitant se doit de mettre en place des processus qui favorisent une pratique de qualité et de sécurité des soins et services offerts. Par exemple, il doit prévoir un nombre suffisant de médecins et de professionnels, s'assurer que son personnel de soutien est qualifié et que l'équipement fourni est adéquat

¹⁴⁰ Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Pauline LESAGE-JARJOURA et Robert P. KOURI, *Éléments de responsabilité civile médicale. Le droit dans le quotidien de la médecine*, 3^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007, p. 45. À titre d'illustration, nous vous référons aux affaires *Cloutier c. Centre Hospitalier de l'Université Laval*, [1990] R.J.Q. 717 (C.A.); *Paquette (succession de) c. Dabbagh*, [2007] R.R.A. 170 (C.S.) et *Ban c. Centre universitaire de santé McGill (CUSM) – Hôpital Royal-Victoria*, [2005] R.R.A. 772 (C.S.).

¹⁴¹ Voir le chapitre II, section A) ii) sur les recours en responsabilité.

¹⁴² LSSSS, art. 333.4.1.

et sécuritaire. L'exploitant n'aurait toutefois pas la responsabilité de s'immiscer concrètement et méticuleusement dans la prestation de soins. Ainsi, par exemple, suivant cette interprétation de l'article 333.4.1 de la LSSSS, la responsabilité de l'exploitant du CMS pourrait être retenue s'il sait ou devait savoir qu'un médecin pratique avec une technique désuète, mais qu'il n'a rien fait pour remédier à la situation et qu'un dommage est survenu à un patient. L'exploitant aurait ainsi fait défaut à son obligation de s'assurer que les soins sont dispensés en conformité avec les standards de qualité et de sécurité généralement reconnus.

Par ailleurs, l'exploitant pouvant être une personne morale,¹⁴³ nous comprenons difficilement comment peut s'articuler dans les faits une telle responsabilité. Un flou subsiste alors à savoir de qui relèvera concrètement cette responsabilité. Heureusement, à notre avis, le directeur médical constitue un apport additionnel davantage susceptible d'assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS.

Le directeur médical est nommé par l'exploitant du CMS et demeure sous son autorité. Le directeur médical doit être choisi parmi les médecins membres du CMQ qui pratiquent au sein de la clinique.¹⁴⁴ Ce dernier a notamment la responsabilité de s'assurer de la qualité et de la sécurité des services médicaux dispensés dans le CMS.¹⁴⁵ De plus, il doit veiller à la mise en place et au respect de procédures médicales normalisées pour toute chirurgie ou tout autre traitement spécialisé dispensé dans le centre.¹⁴⁶

Quant à la première responsabilité, soit celle de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins dispensés, cette mesure rend une personne compétente (i.e. le directeur médical) investie de la tâche de s'assurer de la conformité et de la diligence des soins.¹⁴⁷ Le CMQ écrit que cette mesure est « *susceptible d'assurer le respect des normes les plus élevées quant à la qualité des services médicaux offerts* ». ¹⁴⁸ À notre avis, l'opinion du CMQ est

¹⁴³ À cet effet, nous vous référons au chapitre I, section A) du présent texte.

¹⁴⁴ LSSSS, art. 333.5.

¹⁴⁵ *Id.*, art. 333.5 par. 2.

¹⁴⁶ *Id.*, art. 333.5 par. 3.

¹⁴⁷ LSSSS, art. 333.5.

¹⁴⁸ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 109, p. 9.

trop optimiste. Certes, la fonction de directeur médical est souhaitable et cette responsabilité est intéressante, au même titre que celle de l'exploitant, mais nous ne croyons pas qu'elle ait pour effet « *d'assurer le respect des normes les plus élevées* ». ¹⁴⁹

D'abord, nous trouvons que le texte législatif ne maximise pas l'effet escompté pour s'assurer d'une indépendance et d'une impartialité du directeur médical face à l'exploitant. En effet, la loi omet de préciser que le directeur médical ne puisse être l'exploitant.¹⁵⁰ Advenant que l'exploitant et le directeur médical soient une même personne, des considérations autres que la qualité et la sécurité des soins pourraient prédominer comme la rentabilité économique ou l'efficacité du CMS.¹⁵¹ Ainsi, le directeur médical s'acquitterait de manière inappropriée de sa responsabilité.

Deuxièmement, le directeur médical est nommé par l'exploitant et comme la loi ne prévoit pas de terme pour sa nomination, nous doutons de la réelle indépendance de celui-ci vis-à-vis de l'exploitant. Si celui-ci désire conserver sa nomination de directeur médical et même sa pratique au sein du CMS, il pourrait avoir un intérêt, de façon général, à être en accord avec l'exploitant?¹⁵² Pour cette raison, nous émettons l'opinion que ce mécanisme est bel et bien susceptible d'être efficace pour assurer un niveau de qualité des soins, quoi qu'il ne soit pas optimal. La loi aurait dû préciser un terme de nomination du directeur médical, de même que stipuler que l'exploitant et le directeur médical ne peuvent être la même personne.

¹⁴⁹ *Id.*

¹⁵⁰ L'article 333.5 de la LSSSS mentionne seulement que le directeur médical est choisi parmi les médecins pratiquant au sein de la CMS.

¹⁵¹ À cet effet, nous vous référons au chapitre II, section A) i) sur la motivation économique.

¹⁵² Cet argument ressemble à celui invoqué pour critiquer le processus de plainte du commissaire local aux plaintes du Réseau depuis ses transformations suite aux fusions des établissements en raison de l'adoption du Projet de loi 10. Le processus de plaintes est prévu aux articles 29 et suivants de la LSSSS. Voir par exemple Jessica NADEAU, « Le nouveau processus de plaintes dénoncé. La réforme contrevient à la loi, selon des avis juridiques », *Le Devoir*, 16 septembre 2015, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/societe/sante/450207/hopitaux-le-nouveau-processus-de-plaintes-denonce>> (consulté le 5 mai 2016); Jessica NADEAU, « Québec bafoue sa propre loi. Le ministère de la Santé songe à modifier la loi, plutôt que de revoir une pratique qualifiée d'illégale par le Protecteur du citoyen », *Le Devoir*, 25 février 2016, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/societe/sante/463901/processus-de-plaintes-dans-les-hopitaux-quebec-bafoue-sa-propre-loi>> (consulté le 5 mai 2016) et Jessica NADEAU, « Le Conseil pour la protection des malades croit pouvoir faire mieux », *Le Devoir*, 17 septembre 2015, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/societe/sante/450296/commissaires-aux-plaintes-le-conseil-pour-la-protection-des-malades-croit-pouvoir-faire-mieux>> (consulté le 5 mai 2016).

En ce qui concerne la deuxième responsabilité du directeur médical, soit l'obligation de voir à la mise en place de procédures normalisées, la disposition rend expressément un médecin du CMS responsable de la mise en place de standards de pratique au sein même de la clinique.¹⁵³ Cette mesure contribue à s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins dispensés en ce qu'elle oblige le CMS à se doter de protocoles de soins, tout comme il est pratique courante de le faire dans le Réseau.¹⁵⁴ Pour que ce moyen produise l'effet désiré, les procédures normalisées doivent être bien implantées et connues de tous les employés et professionnels de la clinique.

C) Mécanisme de sanction : le pouvoir du ministre de suspendre, révoquer ou refuser le renouvellement d'un permis (art. 446.1 et suivants de la LSSSS)

Le législateur a prévu à la loi une disposition qui permet de sanctionner les CMS qui ne remplissent pas leurs obligations.¹⁵⁵ Pour diverses raisons, le Ministre peut suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le permis d'un CMS.¹⁵⁶ Initialement, le permis délivré à un CMS est valide pour une période de cinq ans.¹⁵⁷ Quoique cette disposition ne serve pas uniquement à s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins dispensés en CMS, celle-ci représente une certaine utilité à cet égard.

Tout d'abord, suivant les dispositions de la LSSSS, le Ministre peut suspendre ou révoquer le permis d'un CMS entre autres lorsque de l'avis du conseil d'administration d'un ordre professionnel, les services professionnels dispensés par les membres de cet ordre n'offrent pas un niveau de qualité ou de sécurité satisfaisant.¹⁵⁸ D'ailleurs, l'article

¹⁵³ LSSSS, art. 333.5 par. 3.

¹⁵⁴ À titre d'illustration, nous vous référons à la liste des protocoles de l'urgence pédiatrique du CHU Sainte-Justine : CHU SAINTE-JUSTINE, *PROTOCOLES. FOPR – Feuille d'ordonnances pré-rédigée*, en ligne : <<http://www.urgencehsj.ca/modules/pages/index.php?id=306&langue=fr>> (consulté le 25 janvier 2013). Voir également CHU SAINTE-JUSTINE, *Divers protocoles RME*, en ligne : <http://www.chu-sainte-justine.org/Pro/page.aspx?id_page=10004252> (consulté le 25 janvier 2013).

¹⁵⁵ LSSSS, art. 446.1.

¹⁵⁶ *Id.*

¹⁵⁷ *Id.*, art. 442 al. 2. Il peut être renouvelé pour la même période.

¹⁵⁸ *Id.*, art. 446.1, par. 3. Dans tous les cas où le Ministre décide de suspendre, révoquer ou refuser le renouvellement du permis d'un CMS, un avis écrit doit être donné au titulaire du permis visé. L'avis peut également être transmis aux médecins exerçant dans le CMS (LSSSS, art. 449 al. 3). L'avis doit mentionner

333.8 de la LSSSS prévoit que le Ministre peut demander au conseil d'administration d'un ordre professionnel de lui donner un avis sur la qualité et la sécurité des services professionnels dispensés par son ou ses membres dans un CMS donné. Il revient donc aux ordres professionnels de déterminer si le CMS peut assurer des services de santé adéquats.¹⁵⁹ Pour ce faire, l'article 16 de la *Loi médicale*¹⁶⁰ permet au conseil d'administration du CMQ d'effectuer des enquêtes au sujet de la qualité et de la sécurité des traitements médicaux spécialisés effectués dans les CMS et de former un comité d'enquête à cette fin.

D'abord, ce mécanisme peut être utile dans la mesure où cet avis sur la qualité et la sécurité des services est transmis au CMS ou au(x) professionnel(s) visé(s). Certes, l'avis sera éventuellement communiqué au professionnel visé si une plainte disciplinaire est déposée ou si des recommandations lui sont faites,¹⁶¹ mais l'idéal est qu'il le soit systématiquement, peu importe l'issue de l'enquête et/ou la nature de l'avis donné au Ministre. Cela donnerait aux CMS et aux professionnels concernés l'opportunité d'avoir un avis externe et d'améliorer la qualité de leurs services. De surcroît, les ordres professionnels ayant pour mandat la protection du public,¹⁶² cette option se situe au cœur même de leur raison d'être.¹⁶³

D'ailleurs, au lieu de suspendre, révoquer ou refuser de renouveler un permis, le Ministre peut choisir d'ordonner au CMS d'apporter les correctifs nécessaires dans un délai

l'interdiction de rémunération prévue à l'article 22.0.0.0.1 al. 1 de la *Loi sur l'assurance maladie*, préc., note 9. Un délai de dix jours doit être donné au titulaire afin que celui-ci puisse présenter ses observations (LSSSS, art. 449 al. 1 et *Loi sur la justice administrative*, L.R.Q., c. J-3, art. 5). Lorsqu'une décision a été prise, le titulaire d'un permis dispose d'un délai de 60 jours depuis la notification de la décision pour contester la mesure prise par le Ministre (LSSSS, art. 450). La clientèle de la clinique doit toutefois être aussitôt informée de la suspension, la révocation ou le non-renouvellement du permis (LSSSS, art. 449 al. 3).

¹⁵⁹ LSSSS, art. 446.1 par. 3.

¹⁶⁰ *Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9.

¹⁶¹ Marco LAVERDIÈRE, « L'exercice d'une profession de la santé et le droit professionnel », dans M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD (dir.), préc., note 33, p. 287, à la page 304.

¹⁶² C. prof., art. 23 al. 1. Sur cet aspect, nous vous référons également au chapitre III du présent texte.

¹⁶³ Pour plus de détails, nous vous référons au chapitre II, sections B) i) et ii) sur les codes de déontologie et documents normatifs et le processus disciplinaire.

déterminé.¹⁶⁴ De façon similaire, si le Ministre a un motif raisonnable de croire que le titulaire d'un permis enfreint des dispositions de la LSSSS ou de ses règlements, celui-ci peut accepter un engagement volontaire de la part du titulaire à respecter les dispositions.¹⁶⁵ De façon générale, nous comprenons qu'il peut donc y avoir une flexibilité dans l'application des mesures de sanction. Elles peuvent servir à corriger une situation problématique, plutôt qu'à empêcher un CMS de faire ses activités. Ainsi, plus que de simples mesures de sanction, tout dépendant de l'utilisation qui en est faite, ces mesures peuvent constituer des mesures visant l'amélioration des services.

Somme toute, cet outil en est un de plus qui permet de s'assurer d'un certain niveau de qualité et de sécurité des soins dispensés en CMS, particulièrement lorsque le droit disciplinaire n'a pas servi efficacement à corriger une situation problématique.¹⁶⁶ Il n'en demeure pas moins que le permis est ce qui permet à un CMS de dispenser les traitements mentionnés au *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé* et à l'article 333.1 al. 1 de la LSSSS.¹⁶⁷ Ainsi, une perte de permis pour un CMS signifie certainement une perte d'opportunité d'affaires, voire une impossibilité absolue de réaliser ses activités. De plus, le titulaire d'un permis révoqué ou non renouvelé ne pourra demander un nouveau permis pendant les trois années suivant la révocation ou le non renouvellement.¹⁶⁸ Cette menace qui pèse sur un CMS dispensant des soins de qualité ou de sécurité douteuse constitue probablement un moyen efficace de le convaincre de remédier à la situation.

Nous entrevoyons toutefois un problème dans l'application du mécanisme. Effectivement, nous doutons de la capacité des ordres professionnels à pouvoir être alarmés par une pratique de soins déficiente. D'ailleurs, un CMS ou ses professionnels n'ont pas d'obligation de déclarer quelque événement ou fait que ce soit aux ordres professionnels,

¹⁶⁴ LSSSS, art. 447. Si les correctifs ne sont pas apportés dans le délai convenu, le Ministre peut alors suspendre ou révoquer le permis.

¹⁶⁵ *Id.*, art. 448.

¹⁶⁶ Sur cet aspect, nous vous référons au chapitre II, section B) ii) portant sur le processus disciplinaire.

¹⁶⁷ LSSSS, art.331.1 et Règlement sur les traitements, art. 2.

¹⁶⁸ *Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (2007) 901 G.O. II, 4391, art. 3, par. 3.

non plus au Ministre, mis à part un rapport annuel qui spécifie le nom du directeur médical, le nom des médecins qui y ont exercé au cours de l'année et le nombre de traitements médicaux spécialisés dispensés.¹⁶⁹ Ainsi, à moins qu'il y ait du bouche à oreilles sur une situation problématique, qu'une situation soit rapportée dans les médias ou qu'un ou plusieurs patient portent plainte auprès du syndic d'un ordre professionnel, nous entrevoyons difficilement comment un problème d'inadéquation des soins puisse venir à la connaissance des ordres professionnels. Ceci étant dit, nous estimons que les ordres professionnels constituent, de par leur expertise, les bons acteurs pour fournir ces avis au Ministre. Ils sont définitivement les mieux placés pour le faire. Ultimement, nous estimons que ce moyen est efficace pour s'assurer qu'une situation connue d'inadéquation des services ne perdure.

Le permis d'un CMS peut également être suspendu ou révoqué si son exploitant a été déclaré coupable d'une infraction à la LSSSS ou à ses règlements ou d'un acte criminel relié à l'exercice des activités pour lesquelles il est titulaire d'un permis, s'il est insolvable ou sur le point de le devenir ou s'il ne remplit plus les conditions requises par règlement pour obtenir son permis.¹⁷⁰ Il en est de même pour le CMS dont l'exploitant n'obtient pas l'agrément des services dans le délai de trois ans ou fait défaut de le maintenir, l'exploitant ou le directeur médical ne respecte pas les obligations qui lui sont imposées, l'exploitant ou l'un des médecins qui y exerce a été déclaré coupable d'une infraction au quatrième ou neuvième alinéa de l'article 22 ou à l'article 22.0.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*¹⁷¹ ou l'exploitant ne maintient pas son contrôle sur l'exploitation du CMS.¹⁷² Ce pouvoir du Ministre peut donc également servir à s'assurer que d'autres mécanismes visant à s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins dispensés en CMS soient appliqués.

¹⁶⁹ Le ministre peut cependant requérir que lui soit transmis d'autres renseignements (LSSSS, art. 333.7.1).

¹⁷⁰ *Id.*, art. 446.1. Ainsi, l'exploitant qui n'obtient pas l'agrément dans les trois ans de la délivrance du permis ou ne maintient pas l'agrément par la suite, s'expose à ce que son permis soit suspendu ou révoqué ou encore, qu'on lui refuse le renouvellement.

¹⁷¹ *Loi sur l'assurance maladie*, préc., note 9.

¹⁷² LSSSS, art. 446.1.

Nous nous demandons cependant dans quelle mesure ce moyen en est un qui est utilisé efficacement par le Ministre ? Dans la situation de surcharge du Réseau et de la possibilité de créer des nouveaux partenariats avec des cliniques privées, il semble que le système de santé ne soit pas dans une position où il peut se passer de certaines ressources. Les auteurs Arweiler et Contandriopoulos émettent d'ailleurs une inquiétude à l'effet que la régulation et le contrôle de la pratique des CMS puisse être problématique en raison d'un manque de ressources financières.¹⁷³ Les auteurs font un parallèle intéressant avec les cliniques privées de radiologie, dont un problème de contrôle de la pratique fut révélé par le Vérificateur général du Québec en 2001.¹⁷⁴

De plus, dans les cas où un établissement dépend d'une entente conclue avec un CMS,¹⁷⁵ il peut être nuisible de lui retirer le permis. Ainsi, même si le Ministre est d'avis que la qualité des soins dispensés au sein de cette clinique est inadéquate, il peut être réticent à prendre une mesure de sanction. D'ailleurs, cette tendance a été observée avec l'attestation de conformité des résidences privées pour aînés (ci-après « **RPA**s »).¹⁷⁶

¹⁷³ Delphine ARWEILER et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, « Le financement du système de santé québécois : dynamique et enjeux », dans Marie-Josée FLEURY, Mireille TREMBLAY, Hung NGUYEN et Luc BORDELEAU (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Les Éditions de la Chenelière inc., 2007, p. 79, à la page 94.

¹⁷⁴ *Id.*, p. 94; LE VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2000-2001. Services d'imagerie médicale. Vérification menée auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Laboratoire de santé publique du Québec, de régies régionales et d'établissements*, tome 1, Le Vérificateur général du Québec, 2002, en ligne : <http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2000-2001-T1/fr_Rapport2000-2001-T1-Chap05.pdf> (consulté le 18 mars 2016).

¹⁷⁵ Par exemple, si un nombre important de traitements spécialisés sont dispensés par le CMS pour le compte de l'établissement, celui-ci peut ne plus être indépendant. Par exemple, dans le cadre de l'entente entre l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et la Clinique Rockland MD, 7 000 chirurgies ont été réalisées entre le mois de février 2008 et le mois de février 2012. ROCKLAND MD, *Les soins chirurgicaux dispensés au Centre de RocklandMD sont absolument sans frais pour les patients de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*, 2012, en ligne : <[http://www.rocklandmd.com/CLINIQUE%20MEDICALE/news/RMD_-_GRATUITE_DES_SOINS__\(2\).pdf](http://www.rocklandmd.com/CLINIQUE%20MEDICALE/news/RMD_-_GRATUITE_DES_SOINS__(2).pdf)> (consulté le 25 mai 2012).

¹⁷⁶ Effectivement, les RPAs sont sujettes à une disposition similaire : LSSSS, art. 346.0.11. Pour les conditions d'obtention de la certification, nous vous référons au *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, (2015) 855 G.O. II, 3917. Madeleine ROY, « Aînés : Le système laisse-t-il tomber les cas lourds? », *radio-canada.ca*, 19 février 2015, en ligne : <<http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2015/02/19/002-residences-privées-aines-sunrise-perte-autonomie.shtml>> (consulté le 16 avril 2016). Voir également les conclusions dans PROTECTEUR DU CITOYEN, *Mémoire du Protecteur du citoyen présenté à la Ministre déléguée aux services sociaux sur le projet de Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, Québec, 2012, en ligne : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/Memoire_projet_de_loi/2012/2012-07-13_memoire_PR.pdf> (consulté le 8 mai 2016).

Puisque le Réseau est actuellement dépendant de ces ressources en raison du manque de capacité des ressources d'hébergement publiques,¹⁷⁷ l'impact de ce moyen est amoindri et questionnable. Ceci étant dit, notons que le Ministre a déjà retiré le permis d'un établissement public de santé pour des raisons de qualité et de performance défailtantes.¹⁷⁸ Ainsi, à notre avis, ce moyen peut être efficace tant que le Réseau ne dépend pas des CMS et continue à protéger la capacité du réseau public à offrir des traitements spécialisés.

À tous ces pouvoirs, nous ajoutons que le Ministre bénéficie d'un pouvoir d'inspection afin de vérifier si les CMS se conforment bel et bien aux exigences énoncées dans la LSSSS et ses règlements.¹⁷⁹ Ainsi, avant de suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le permis d'un CMS, il peut se servir de ce pouvoir afin de confirmer ce qu'il entend faire. Notamment, ce pouvoir peut servir à enquêter ou valider la qualité et la sécurité des soins dispensés dans un CMS. Pareillement, ce pouvoir peut être utilisé par le Ministre afin de vérifier si les procédures normalisées pour les traitements spécialisés ont été mises en place, tel que requis par la loi.¹⁸⁰

Pour terminer sur cet aspect, ajoutons que si les CMS ont conclu des ententes avec le Réseau, ceux-ci peuvent être soumis à des obligations additionnelles qui seraient prévues aux contrats liant les parties.¹⁸¹ Vraisemblablement, à moins que l'entente ne le prévoie autrement, ces obligations s'appliquent uniquement aux soins dispensés dans le cadre de l'entente. Ces obligations peuvent viser des exigences supplémentaires pour les CMS en matière de qualité et de sécurité des soins, telles que l'obligation de déclarer auprès de l'établissement partie à l'entente tout accident ou incident survenu au cours d'un épisode de soins¹⁸² ou l'obligation de faire approuver les procédures normalisées par

¹⁷⁷ Gina BRAVO, Marie-France DUBOIS, Louis DEMERS, Nicole DUBUC, Danièle BLANCHETTE, Karen PAINTER, Catherine LESTAGE et Cinthia CORBIN, « Does Regulating Private Long-Term Care Facilities Lead to Better Care? A Study from Quebec, Canada », (2014) 26-3 *International Journal of Quality in Health Care* 330; Madeleine ROY, préc., 176.

¹⁷⁸ *Lachine General Hospital Corporation c. Québec (Procureur général)*, [1996] R.J.Q. 2804. L'article 451.1 de la LSSSS permet au ministre d'agir ainsi.

¹⁷⁹ LSSSS, art. 489.

¹⁸⁰ *Id.*, art. 333.5 par. 3.

¹⁸¹ W. LAHEY, préc., note 2, p. 18.

¹⁸² À ce titre, la loi prévoit que « toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un

l'établissement partie à l'entente ou encore, soumettre les médecins, dentistes et pharmaciens pratiquant au sein du CMS à la compétence du médecin examinateur de l'établissement pour le traitement des plaintes.¹⁸³ L'entente peut également prévoir des modalités quant au suivi postopératoire des patients ayant subi une intervention dans le cadre de l'entente.¹⁸⁴

Au final, nous estimons ce dispositif fort pertinent pour s'assurer qu'une situation de non adéquation des soins ne perdure. Cela dit, nous doutons de la capacité du Ministre à exercer efficacement cette prérogative. Des amendes peuvent également être imposées aux CMS qui font défaut de se conformer à certaines de leurs obligations, ce qui constitue un incitatif de plus pour les exploitants à respecter les obligations imposées par la LSSSS.¹⁸⁵

CHAPITRE II. Mécanismes généraux applicables à tous les organismes privés producteurs de services de santé

A) Mécanismes de régulation indirects

i) Motivation économique

établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation ». LSSSS, art. 233.1 al. 1.

¹⁸³ À cet effet, soulignons que l'article 34 de la LSSSS donne compétence aux commissaires aux plaintes quant aux plaintes portant sur des services obtenus dans le cadre d'ententes conclues avec les CMS en vertu de l'article 108 de la LSSSS. En ce qui concerne les plaintes relatives à un médecin, un dentiste ou un pharmacien, rien n'est prévu. Voir également à cet effet les notes sous l'article 108 dans Jean-Louis BAUDOIN et Patrick A. MOLINARI, *Services de santé et services sociaux*, 15^e éd., coll. Lois et Règlements Judico, Montréal, Wilson & Lafleur, 2014, p. 85.

¹⁸⁴ Par exemple, l'article 1.10 de l'Annexe A de l'*Entente de reconduction de l'entente d'association entre un centre médical spécialisé et un établissement relativement à la prestation de services professionnels conclue le 30 juin 2010*, préc., note 88, stipule ce qui suit : « L'Établissement et le CMS mettent en place et s'assurent que soient maintenu et appliqué un protocole pour assurer la continuité des soins requis par tout usager de l'Établissement qui accepte de recevoir les services dans les installations du CMS, y compris lorsque survient une complication qui pourrait exiger que cet usager soit transféré d'urgence à l'Établissement. Ce protocole doit être respecté par toute personne appelée, dans le cadre de cette entente, à dispenser des services, de quelque nature, à un usager de l'Établissement. »

¹⁸⁵ LSSSS, art. 531, 531.2 et 531.3.

Tel que mentionné, les CMS peuvent être constitués de médecins participants au régime d'assurance maladie du Québec (ci-après désigné « **Régime** »), comme ils peuvent être constitués de médecins non participants. Si les médecins sont participants, pour les soins couverts par le Régime, ce sera alors la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après désignée « **RAMQ** ») qui paiera les frais médicaux pour les services rendus aux patients.¹⁸⁶ Si les médecins sont non participants ou si les soins ne sont pas couverts par le Régime, ce sont alors les patients qui sont responsables de déboursier les frais relatifs aux traitements, soit par l'entremise de leur assurance privée, soit personnellement.¹⁸⁷ La grande majorité des CMS qui ont obtenu leur permis sont constitués exclusivement de médecins participants au Régime.¹⁸⁸ Il n'en demeure pas moins que peu importe que les CMS soient constitués de médecins participants ou non participants, les propriétaires et/ou investisseurs en espèrent une rentabilité économique.¹⁸⁹

L'équation est simple : si un CMS reçoit plus d'argent qu'il n'en dépense pour des services dispensés, alors il réalise un profit, lequel profite aux propriétaires et/ou investisseurs du CMS. En ce sens, la motivation économique agit, nous semble-t-il, à titre de régulateur pour inciter les CMS à assurer un certain niveau de qualité des soins pour inciter la clientèle à requérir ses services. La motivation économique est d'ailleurs un élément clef distinguant les CMS des hôpitaux publics, lieux où étaient traditionnellement dispensés les soins offerts en CMS. On peut donc se demander si le désir de réaliser un profit joue en faveur du maintien d'une grande qualité de services pour favoriser notamment une publicité positive des CMS ou plutôt, s'il nuit au maintien de la qualité

¹⁸⁶ Pour les soins couverts par le RAMQ, voir l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*, préc., note 9.

¹⁸⁷ L'assurance privée duplicative est interdite au Québec, mis à part les exceptions prévues à l'article 15, par. 1de *id.* Sur la notion d'assurance privée duplicative, nous vous référons à C. M. FLOOD et A. HAUGAN, préc., note 11; M.-C. PRÉMONT, « Les soins de santé *a mari usque ad mare* : Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé », préc., note 11 et M.-C. PRÉMONT, « Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour Suprême du Canada fondée sur les droits de la personne », préc., note 11.

¹⁸⁸ Seuls six (6) CMS sur les 47 ayant obtenu leur permis sont constitués exclusivement de médecins qui ne participent pas au Régime. Pour la liste des CMS ayant obtenu leur permis et leur constitution, voir MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, préc., note 27.

¹⁸⁹ D'ailleurs, depuis 2007, les médecins peuvent exercer la profession médicale en société par actions ou en société en nom collectif à responsabilité limitée. Pour des détails sur les conditions relatives à cette pratique, voir le *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*, préc., note 52. Voir également M.-C. PRÉMONT, « Les soins de santé *a mari usque ad mare* : Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé », préc., note 11.

des services, notamment en voulant maintenir au minimum les dépenses pour réaliser un maximum de profits? L'objectif ultime étant d'ailleurs probablement d'en arriver à un équilibre entre les deux, c'est-à-dire, minimiser les dépenses pour réaliser un maximum de profits, tout en conservant un haut niveau de qualité des soins pour augmenter sa clientèle.

Comme l'expriment les économistes Eggleston et Zeckhauser, « *a for-profit private provider will always have greater incentive for cost control and thus lower cost for a given quality* ». ¹⁹⁰ En effet, les investisseurs s'attendant généralement à un retour de 10 à 15% sur leur investissement, les administrateurs de CMS subissent donc de la pression pour maximiser les profits, en plus de devoir payer des taxes et impôts. ¹⁹¹ Quoique le *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société* ¹⁹² prévoit des exigences strictes en matière de détention des actions et de parts sociales de CMS, il n'est pas exclu que des investisseurs privés financent les CMS. ¹⁹³ Cette possibilité nous fait craindre que les investisseurs exercent une pression pour un retour sur leur investissement, au détriment d'investissements pour une meilleure qualité des soins. Comme le dit l'auteure Prémont :

Une alliance entre les investisseurs privés et un médecin détenant des parts, même minoritaires, pourrait alors facilement modifier le contrôle et l'orientation du Centre vers un accroissement de la rentabilité des opérations, surtout si les pouvoirs publics autorisent la mixité de la pratique médicale [ce qui n'est pas le cas à ce jour]. Les obligations professionnelles des médecins pratiquant au sein du CMS y détenant des actions seront alors le seul rempart si cette orientation va à l'encontre des intérêts des patients. ¹⁹⁴

¹⁹⁰ Karen EGGLESTON et Richard ZECKHAUSER, « Government Contracting for Health Care », dans John D. DONAHUE et Joseph S. NYE JR. (dir.), *Market-Based Governance: Supply Side, Demand Side, Upside and Downside*, Washington, Brookings Institute Press, 2002, p. 29. Sur la profitabilité des entreprises privées, voir Mark H. MOORE, « Privatizing Public Management » dans John D. DONAHUE et Joseph S. NYE JR. (dir.), *Market-Based Governance: Supply Side, Demand Side, Upside and Downside*, Washington, Brookings Institute Press, 2002, p. 296, à la page 306.

¹⁹¹ P. J. DEVEREAUX, Peter T.L. CHOI, Christina LACCHETTI, Bruce WEAVER, Holger J. SCHÜNEMANN, Ted HAINES, John N. LAVIS, Brydon J.B. GRANT, David R.S. HASLAM, Mohit BHANDARI, Terrence SULLIVAN, Deborah J. COOK, Stephen D. WALTER, Maureen MEADE, Humaira KHAN, Neera BHATNAGAR et Gordon H. GUYATT, « A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals », (2002) 166-11 *Canadian Medical Association Journal* 1399, p. 1404.

¹⁹² *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*, préc., note 52.

¹⁹³ M.-C. PRÉMONT, « Les soins de santé *a mari usque ad mare* : Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé », préc., note 11, p. 161.

¹⁹⁴ *Id.*, p. 162.

La résultante est donc que les CMS composés de médecins participants, pour les soins couverts par le Régime, doivent arriver au même résultat que dans le système public, mais avec moins d'argent en raison des impôts, des profits attendus et des diverses dépenses de fonctionnement (loyer, personnel de soutien, etc.).¹⁹⁵ Dans un tel contexte, « motivation économique » peut devenir analogue, du moins dans certaines circonstances, à « pression économique ». Dans le cas où des frais additionnels sont chargés aux patients, basé sur cette prémisse et suivant l'opinion des auteurs Lamarche et Trigub-Clover, il semblerait que ceux-ci bénéficieraient davantage aux propriétaires (ou investisseurs) de CMS, qu'au paiement des services de santé.¹⁹⁶

La plupart des récentes recherches suggèrent que les organismes privés de santé à but lucratif offrent des services de moindre qualité que les organismes publics ou privés à but non lucratif.¹⁹⁷ Notamment, en 2007, les auteurs McGrail & al. publiaient un texte analysant les études canadiennes comparant la qualité des soins de longue durée dispensés en organisations à but lucratif et à but non lucratif.¹⁹⁸ De ces études, les auteurs concluent que les établissements de soins de longue durée à but non lucratif connaissent de meilleurs résultats au niveau de la santé des patients.¹⁹⁹ Toutefois, en 2014, des auteurs analysaient

¹⁹⁵ P. J. DEVEREAUX et al., préc., note 191, p. 1404; R. PINEAULT, J.-F. LÉVESQUE, M. BRETON, M. HAMEL et D. ROBERGE, préc., note 71, p. 433. Voir également Kimberly M. MCGRAIL, Margaret J. MCGREGOR, Marcy COHEN, Robert B. TATE et Lisa A. RONALD, « For-profit versus not-for-profit delivery of long term care », (2007) 176-1 *Canadian Medical Association Journal* 57, p. 58.

¹⁹⁶ La réflexion n'est pas émise quant au cas spécifique des CMS, mais quant aux organisations privées à but lucratif en santé. Paul A. LAMARCHE et Adriana TRIGUB-CLOVER, « La propriété privée des organisations de santé : quels effets sur les services? », dans F. BÉLAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLÉE et L. ROBERT (dir.), préc., note 2, p. 405, à la page 418.

¹⁹⁷ *Id.*; Amélie QUESNEL-VALLÉE et Lee SODERSTROM, « Le défi démographique du vieillissement : une menace pour le financement des services de santé? », dans F. BÉLAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLÉE et L. ROBERT (dir.), préc., note 2, p. 46, à la page 61; P. J. DEVEREAUX et al., préc., note 191; K. M. MCGRAIL, M. J. MCGREGOR, M. COHEN, R. B. TATE et L. A. RONALD, préc., note 195; Peter FRUMKIN, « Service Contracting with Nonprofit and For-Profit Providers: On Preserving a Mixed Organizational Ecology », dans J. D. DONAHUE et J. S. NYE JR. (dir.), préc., note 190, p. 66. Des études un peu plus anciennes semblent toutefois pointer vers des résultats plus mitigés indiquant une qualité de soins similaire : K. EGGLESTON et R. ZECKHAUSER, préc., note 190, p. 34. *Contra* G. BRAVO et al., préc., note 177.

¹⁹⁸ K. M. MCGRAIL, M. J. MCGREGOR, M. COHEN, R. B. TATE et L. A. RONALD, préc., note 195.

¹⁹⁹ *Id.* À noter que les études américaines portant sur les soins de longue durée concluent dans le même sens. Voir notamment Margaret J. MCGREGOR, Robert B. TATE, Kimberlyn M. MCGRAIL, Lisa A. RONALD, Anne-Marie BROEMELING et Marcy COHEN, « Care Outcomes in Long-Term Care Facilities in British Columbia, Canada. Does Ownership Matter? » (2006) 44-10 *Medical Care* 929.

la situation des RPAs particulière au Québec.²⁰⁰ Ceux-ci sont arrivés à la conclusion que suite à l'instauration du régime de certification des RPAs, les résidences privées offrent des soins de meilleure qualité que les résidences du régime public.²⁰¹ L'application de ces conclusions *mutatis mutandis* aux CMS est discutable. En effet, les soins de longue durée requièrent des dépenses et du travail soutenus qui s'échelonnent sur une période prolongée dans le temps,²⁰² alors qu'en CMS, le travail est ponctuel, se limitant principalement à des chirurgies électives d'un jour. Quant aux RPAs, le processus de certification est plus lourd et contraignant que le processus d'obtention de permis des CMS, prévoyant une série de normes, principalement socio-sanitaires, à être respectées par celles-ci pour opérer.²⁰³

En 2002, les auteurs Devereaux & al. présentaient une étude analysant quinze recherches américaines portant sur la qualité des soins rendus en hôpitaux à but lucratif par rapport aux soins rendus en hôpitaux à but non lucratif.²⁰⁴ De cette analyse extensive, les auteurs concluent que les hôpitaux privés à but lucratif présentent un risque plus élevé de décès pour les patients, le risque étant même qualifié de statistiquement significativement plus élevé pour la population adulte.²⁰⁵ Ils concluent : « *Considering these issues one might feel concern that the profit motive of private for-profit hospitals may result in limitations of care that adversely affect patient outcomes. Our results suggest that this concern is justified.* ».²⁰⁶ Cette analyse porte sur des services rendus dans les hôpitaux, lesquels couvrent probablement une plus grande gamme de soins présentant un niveau de risque élevé comparativement aux soins dispensés en CMS. Elle porte sur le système de santé américain, lequel comporte de nombreuses distinctions avec notre système de santé, notamment quant au financement. Ces différences influencent certainement les

²⁰⁰ G. BRAVO et al., préc., note 177.

²⁰¹ *Id.*

²⁰² K. M. MCGRAIL, M. J. MCGREGOR, M. COHEN, R. B. TATE et L. A. RONALD, préc., note 195, p. 57.

²⁰³ Voir le *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, préc., not 176.

²⁰⁴ Il faut savoir que dans ces recherches, la qualité était évaluée suivant le risque de décès et ce, pour des patients admis entre 1982 et 1995. Bien que ces statistiques datent de plusieurs années, nous pensons que les conclusions demeurent applicables actuellement, spécialement considérant que les résultats des études demeurent très constants. Au total, les recherches étudiées impliquaient plus de 26 000 hôpitaux et 38 million de patients.

²⁰⁵ P. J. Devereaux et al., préc., note 191, p. 1402. De quatorze (14) études analysées, une seule conclue à la qualité supérieure des hôpitaux privés à but lucratif.

²⁰⁶ *Id.*, p. 1405.

conclusions de l'étude et à ce titre, l'applicabilité de ses résultats au Canada, et plus spécifiquement au cas des CMS, est discutable.²⁰⁷

Néanmoins, de ces études et du fait que les CMS, considérant la rentabilité, ont probablement moins d'argent pour arriver au même résultat que le réseau public,²⁰⁸ nous craignons que la motivation économique nuise aux CMS relativement à la qualité des soins. Pour vérifier le bien-fondé de cette hypothèse, nous analysons ci-dessous les interactions entre motivation économique et certains des aspects plus précis de la qualité et de la sécurité des soins.

De façon plus particulière, on peut se demander si la motivation économique encourage les CMS à user de plus d'équipements médicaux à la fine pointe de la technologie pour offrir la meilleure expérience de soins qui soit à ses patients et espérer ainsi grossir sa clientèle par le biais de commentaires favorables et d'une bonne réputation, ou plutôt d'utiliser des équipements médicaux bons marchés, voire désuets, pour minimiser ses dépenses et augmenter sa rentabilité? Les auteurs Lehoux et Hivon se sont penchés sur cette question.²⁰⁹ Ils émettent l'hypothèse que les systèmes de soins privés ne sont pas garant d'une plus grande utilisation des nouvelles technologies en ce que le secteur privé n'est « *aucunement à l'abri de la nature inflationniste de l'innovation technologique et qu'ils exercent autant sinon plus de contrôle sur les coûts de production des soins* ». ²¹⁰ Ils ajoutent que les nouvelles technologies ne sont pas toujours souhaitables d'un point de vue coût-efficacité. L'innovation peut être trop coûteuse ou encore, pas significativement supérieure au niveau clinique.²¹¹ Ainsi, l'innovation n'est pas garante d'une meilleure

²⁰⁷ Sur l'applicabilité des conclusions d'études américaines au Canada, voir notamment K. M. MCGRIL, M. J. MCGREGOR, M. COHEN, R. B. TATE et L. A. RONALD, *préc.*, note 195, p. 57.

²⁰⁸ Certes, pour valider cette hypothèse avec certitude, il faudrait faire une comparaison en disposant des données financières de CMS et d'établissements publics. P. J. DEVEREAUX et al., *préc.*, note 191, p. 1404; R. PINEAULT, J.-F. LÉVESQUE, M. BRETON, M. HAMEL et D. ROBERGE, *préc.*, note 71, p. 433. Voir également *id.*, p. 58.

²⁰⁹ Ils n'étudient pas le cas spécifique des CMS, mais plutôt des systèmes de soins privés par rapport aux systèmes de soins publics. Pascale LEHOUX et Myriam HIVON, « Les nouvelles technologies en santé : un bien hybride? », dans F. BÉLAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLÉE et L. ROBERT (dir.), *préc.*, note 2, p. 78.

²¹⁰ *Id.*, p. 91. Voir également K. EGGLESTON et R. ZECKHAUSER, *préc.*, note 190, p. 43.

²¹¹ P. LEHOUX et M. HIVON, *préc.*, note 209, p. 92. Voir également Wendy ARMSTRONG, *The Consumer Experience with Cataract Surgery and Private Clinics in Alberta: Canada's Canary in the Mine Shaft*,

qualité de soins. D'autres auteurs suggèrent par ailleurs que l'innovation peut réduire les coûts des soins,²¹² ce qui incitera les CMS à les employer, au même titre que les établissements du réseau public en raison des contraintes budgétaires auxquelles ils font également face.

Sur l'aspect de la main d'œuvre, on peut prétendre que les gestionnaires du Réseau ont moins d'autonomie, notamment en ce qui a trait à la rémunération, ayant pour conséquence de favoriser les organismes privés en santé pour la rétention de personnel plus qualifié.²¹³ Les études récentes tendent plutôt à démontrer que les hôpitaux publics ou hôpitaux privés à but non lucratif ont généralement plus d'employés, lesquels sont mieux qualifiés.²¹⁴ En effet, le motif du profit engendrerait des restrictions dans la prestation de soins, dont au niveau du personnel.²¹⁵ Le mode d'organisation des CMS peut toutefois exercer un attrait accru auprès des médecins en raison de l'expectative de profitabilité,²¹⁶ jouant ainsi en faveur des CMS afin que les médecins les plus qualifiés y pratiquent. Cette hypothèse demeure toutefois à valider. En ce sens, il semblerait donc que la motivation économique nuit aux CMS pour la rétention de la main d'œuvre dite de soutien (infirmiers et infirmières, techniciens, adjoints, secrétaire médicale, etc.). L'analyse des auteurs Devereaux & al. démontre que le nombre de personnel hautement

Consumer's Association of Canada (Alberta), 2003, en ligne : <<http://www.teamgrant.ca/M-THAC%20Greatest%20Hits/Bonus%20Tracks/Armstrong,%20Wendy/p3539.pdf>> (consulté le 8 mai 2016), p. 90.

²¹² A. QUESNEL-VALLÉE et L. SODERSTROM, préc., note 197, p. 56.

²¹³ Cette position est suggérée par K. EGGLESTON et R. ZECKHAUSER, préc., note 190, p. 34 et P. FRUMKIN, préc., note 197, p. 73.

²¹⁴ François BÉLAND et Caroline CAMBOURIEU, « L'assurance privée : les autres le font, pourquoi pas nous », dans F. BÉLAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLÉE et L. ROBERT (dir.), préc., note 2, p. 312, à la page 322; P. J. DEVEREAUX et al., préc., note 191, p. 1405. Des études arrivent à des conclusions similaires en matière de soins de longue durée. Voir K. M. MCGRAIL, M. J. MCGREGOR, M. COHEN, R. B. TATE et L. A. RONALD, préc., note 195, p. 58 et Kimberly M. MCGRAIL, Margaret J. MCGREGOR, Marcy COHEN, Anne Marie BROEMELING, Reva N. ADLER, Michael SCHULZER, Yuri CVITKOVICH, Mary BECK et Lisa A. RONALD, « Staffing levels in not-for-profit and for-profit long-term care facilities: Does type of ownership matter? », (2005) 172-5 *Canadian Medical Association Journal* 645.

²¹⁵ P. J. DEVEREAUX et al., préc., note 191, p. 1405. Voir également F. BÉLAND et C. CAMBOURIEU, préc., note 214, p. 322.

²¹⁶ Sara CHAMPAGNE, « Patients dirigés vers le privé : un phénomène bien connu », 21 février 2012, *La Presse*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201202/20/01-4497892-patients-diriges-vers-le-privé-un-phenomene-bien-connu.php>> (consulté le 8 mai 2016) et Sara CHAMPAGNE, « Chirurgies au privé : Bolduc dénonce des chirurgiens », 20 février 2012, *La Presse*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201202/19/01-4497689-chirurgies-au-privé-bolduc-denonce-des-chirurgiens.php>> (consulté le 25 mai 2012).

qualifié par lit d'hôpital est fortement associé aux taux de mortalité hospitalière,²¹⁷ ce facteur étant donc significatif du point de vue de l'évaluation de la qualité des soins.

Les CMS dépendent largement de références des médecins (i.e. les médecins réfèrent leurs patients vers les CMS pour subir une intervention) pour leurs services.²¹⁸ À cet effet, il a été observé une tendance des médecins de référer leurs patients vers le privé (les CMS) pour subir des traitements spécialisés, cette avenue étant plus profitable pour eux.²¹⁹ Les médecins, orthopédistes par exemple, pourraient donc référer leurs patients vers les CMS où ils pratiquent pour procéder à une arthroplastie-prothèse du genou plutôt que de procéder à cette intervention en milieu hospitalier. Ainsi, la perspective de profits peut générer un désir des médecins en CMS d'encourager leurs patients à subir des traitements, possiblement non médicalement nécessaires,²²⁰ voire non indiqués, ou à tout le moins, comportant une indication relative.²²¹ Cet incitatif des médecins fait craindre pour leur indépendance au niveau du jugement clinique.²²² En ce sens, il peut en résulter un défaut de qualité et de sécurité des soins en ce qu'ils ne sont pas optimaux considérant la condition des patients. Les médecins pratiquant dans le Réseau étant payés à l'acte,²²³ la

²¹⁷ P. J. DEVEREAUX et al., préc., note 191, p. 1405. Voir également F. BÉLAND et C. CAMBOURIEU, préc., note 214, p. 322.

²¹⁸ Tracey EPPS, « Regulation of Health Care Professionals », dans J. DOWNIE, T. CAULFIELD et C. M. FLOOD (dir.), préc., note 2, p. 75, à la page 112. L'auteure ne parle pas précisément des CMS, mais des installations privées canadienne en matière de santé. Cela dit, nous sommes d'avis qu'il en est de même pour les CMS, lesquels offrent des traitements spécialisés. Dans son texte, l'auteure émet une préoccupation à l'effet que les médecins référant pourraient être compensés financièrement par les cliniques privées en bénéficiant de paiements « *kickbacks* ». Nous sommes d'avis que cette préoccupation n'en est pas une réelle en droit québécois considérant les dispositions du *Code de déontologie des médecins* prohibant une telle pratique. *Code de déontologie des médecins*, (2014) 1113 G.O. II, 4586 (ci-après « Code de déontologie »), art. 63.1 et 73. Cela dit, nous soutenons que les références personnelles par les médecins vers le privé, sont, elles, une préoccupation bien présente. Voir à cet effet Sara CHAMPAGNE, « Patients dirigés vers le privé : un phénomène bien connu », préc., note 216 et Sara CHAMPAGNE, « Chirurgies au privé : Bolduc dénonce des chirurgiens », préc., note 216.

²¹⁹ W. ARMSTRONG, préc., note 211, p. 38. Des études américaines concluent également que lorsque des médecins investissent dans des cliniques privées, cela engendre des références personnelles et une utilisation accrue de tests et traitements. Pour le Québec, voir Sara CHAMPAGNE, « Patients dirigés vers le privé : un phénomène bien connu », préc., note 216 et Sara CHAMPAGNE, « Chirurgies au privé : Bolduc dénonce des chirurgiens », préc., note 216.

²²⁰ À noter toutefois que l'article 50 du Code de déontologie des médecins prohibe cette pratique.

²²¹ Voir des exemples issus d'études italiennes et australiennes dans F. BÉLAND et C. CAMBOURIEU, préc., note 214, p. 323.

²²² Voir T. EPPS, préc. note 218, p. 112.

²²³ Voir, par exemple : RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Manuel de facturation des médecins spécialistes*, Gouvernement du Québec, 2006 (incluant les mises à jour 2015), en ligne :

même hypothèse peut toutefois être posée à leur égard. Nous ne pensons donc pas que cet aspect est susceptible d'influencer considérablement la qualité des soins dispensés en CMS par rapport à ceux dispensés dans le Réseau.

Finalement, une autre difficulté s'oppose à ce que la motivation économique des CMS constitue un mécanisme efficace à assurer la qualité et la sécurité des soins. En effet, la clientèle des CMS, tout comme celle du réseau de la santé en général, étant généralement néophyte en matière médicale,²²⁴ elle n'est pas à même d'apprécier en profondeur la qualité des services médicaux rendus, du moins, en termes techniques et cliniques,²²⁵ et la compétence des professionnels.²²⁶ Ainsi, si la motivation économique devait avoir pour effet d'encourager les opérateurs de CMS à investir des sommes d'argent pour hausser la qualité de leurs services (notre analyse ne concluant toutefois pas en ce sens), ils voudront le faire sur des aspects qui peuvent être appréciés par la clientèle, notamment l'esthétique des installations, les listes d'attente et les repas, au détriment des aspects qui peuvent difficilement être évalués par la clientèle, notamment la sécurité et la qualité technique des soins.²²⁷ Les auteurs Eggleston et Zeckhauser expliquent cette logique économique en ces termes :

« Competition bolsters financial incentives for patient-observable quality improvement (for example, shorter waiting times) and tempers the incentive for cost-cutting measures that might damage patient-observable quality, especially among for-profit providers. Competition also bolsters the incentive to skimp on nonmonitorable dimensions of quality and to cut costs in ways that are unobservable to patients (for example, lower technical quality). »²²⁸

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/150-facturation-specialistes/000_complet_acte_spec.pdf> (consulte le 16 avril 2016).

²²⁴ P. LEHOUX et M. HIVON, préc., note 209, p. 92.

²²⁵ Margot PRIEST, « The Privatization of Regulation: Five Models of Self-Regulation », (1997-1998) 29 *Ottawa L. Rev.* 233, p. 253, cité dans T. Epps, préc., note 218, p. 75 et Penelope ANGELOPOULOU, George BABIS et Peter KANGIS, « Private and Public Medicine : A Comparison of Quality Perceptions », (1998) 11-1 *International Journal of Health Care Quality Assurance* 14. Notons par ailleurs que la clientèle pourrait toutefois évaluer la qualité des services rendus suivant une définition plus large de la qualité des services, par exemple la beauté des installations, la courtoisie et l'empathie démontrée par le personnel et l'odeur des installations.

²²⁶ T. EPPS, préc., note 218, p. 76.

²²⁷ K. EGGLESTON et R. ZECKHAUSER, préc., note 190, p. 48. Sur la perception de la qualité par la clientèle en santé, voir P. ANGELOPOULOU, G. BABIS et P. KANGIS, préc., note 225.

²²⁸ K. EGGLESTON et R. ZECKHAUSER, préc., note 190, p. 49.

L'auteur Moore affirme même que la raison d'être ultime des organisations privées est la satisfaction de la clientèle (puisque celle-ci paie pour les services), démontrant alors toute l'importance de cette dimension pour les organisations privées en santé.²²⁹ Ce facteur aura toutefois une influence nuancée dans le cas de CMS composés de médecins participants, pour les soins couverts par le RAMQ, car les frais médicaux n'étant alors pas payés directement par les patients. La grande majorité des CMS offrant néanmoins une large gamme de services, dont certains ne sont pas couverts par le RAMQ,²³⁰ cette particularité des organisations privées en santé a probablement une incidence sur les choix des administrateurs de CMS quant aux investissements.

La situation aurait pu être différente si les CMS avaient pour obligation de déclarer les incidents et accidents et de compléter un registre accessible par le public, les rendant dès lors imputables aux yeux du public quant à la sécurité des soins.²³¹ Cet aspect sera davantage abordé au chapitre III, à titre de piste de solution.

Au final, l'impossibilité pour les patients d'évaluer la qualité médicale des services conjuguée à l'objectif des CMS de couper leurs dépenses pour maximiser leurs profits nous portent à croire que la motivation économique ne constitue pas un mécanisme efficace pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS. Au contraire, elle semble militer en faveur d'une moins grande qualité de soins, comme le démontrent d'ailleurs les études récentes en la matière.²³²

ii) Recours en responsabilité

²²⁹ M. H. MOORE, préc., note 190, p. 298.

²³⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, préc., note 27 et *Loi sur l'assurance maladie*, préc., note 9.

²³¹ Voir à cet effet, EGGLESTON et R. ZECKHAUSER, préc., note 190, p. 48. On y suggère qu'avec un mécanisme de contrôle de la qualité des services en privé, la performance des systèmes de santé publics et privés est alors la même.

²³² A. QUESNEL-VALLÉE et L. SODERSTROM, préc., note 197, p. 61; P. A. LAMARCHE et A. TRIGUB-CLOVER, préc., note 196; J. DEVEREAUX et al., préc., note 191; K. M. MCGRAIL, M. J. MCGREGOR, M. COHEN, R. B. TATE et L. A. RONALD, préc., note 195.

Le deuxième mécanisme indirect que nous avons identifié comme étant susceptible d'assurer le contrôle de la qualité et de la sécurité des soins dispensés en CMS sont les recours en responsabilité civile.²³³ Comme organisations dispensatrices de soins, les CMS et leurs médecins sont exposés à des risques de recours en responsabilité médicale. À ce titre, les CMS ont d'ailleurs l'obligation de souscrire à une assurance responsabilité d'une valeur minimale de 1 000 000 \$.²³⁴ En ce qui concerne les médecins, ceux-ci ont l'obligation de souscrire à une assurance d'au moins 5 000 000 \$ par réclamation et d'au moins 10 000 000 \$ pour l'ensemble des réclamations présentées au cours d'une année.²³⁵ Le *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société* prévoit également certaines exigences en matière de garantie contre la responsabilité de la société.²³⁶ Au surplus, comme mentionné précédemment, la LSSSS contient des dispositions spécifiques quant à la responsabilité de la qualité et de la sécurité des soins dispensés pour l'exploitant et le directeur médical du CMS.²³⁷ On peut se demander si cette « crainte » d'éventuels recours judiciaires exercés par les patients est un incitatif assez puissant permettant d'assurer un haut niveau de qualité et de sécurité des soins dispensés en CMS, ou encore si la jurisprudence qui en découle peut servir à établir certains standards de qualité et de sécurité des soins.

Quand un patient fait affaire avec un CMS, il y aura alors accord de volonté et lien contractuel, généralement entre le médecin et le patient, car c'est lui qui prodigue les soins.²³⁸ Il faudra donc se référer aux règles de la responsabilité civile contractuelle et

²³³ L'auteure Epps écrit d'ailleurs qu'au Canada, la responsabilité civile joue un rôle en apparence important comme mécanisme pour assurer la qualité des services médicaux. T. EPPS, préc., note 218, p. 80. Voir également Michael FRANKS et Anupam B. JENA, *Does Medical Malpractice Law Improve Health Care Quality?*, NBER Working Paper No. 19841, 2014.

²³⁴ *Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et services sociaux*, préc., note 168, art. 1 al. 2 par. 2 et art. 3 al. 2 par. 2.

²³⁵ *Règlement sur l'assurance responsabilité professionnelle des médecins*, R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 15, art. 2.01 et 2.02.

²³⁶ *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*, préc., note 52, art. 11 à 14.

²³⁷ LSSSS, art. 333.4.1 et 333.5. À cet effet voir la section sur les mécanismes de prévention au chapitre 1 B) ii).

²³⁸ Art. 1378 al. 1 C.c.Q. En effet, bien qu'un contrat puisse sur papier être conclu entre un patient et le CMS, il est évident que le véritable lien contractuel se forme avec le médecin, étant celui responsable de prodiguer les soins et de renseigner le patient. Voir également S. PHILIPS-NOOTENS, P. LESAGE-JARJOURA et R. P. KOURI, préc., note 140, p. 11 à 16; Patrice DESLAURIERS, « La responsabilité médicale et hospitalière » dans *Collection de droit 2015-2016*, École du Barreau du Québec, vol. 4, *Responsabilité*,

plus particulièrement, au contrat de services pour déterminer le contenu obligationnel de la relation entre le médecin et ses patients.²³⁹ L'article 2100 du *Code civil du Québec* nous informe alors que le prestataire de services est tenu d'agir selon les usages et les règles de l'art, en plus d'agir au mieux des intérêts du client, avec prudence et diligence.²⁴⁰ Il est acquis qu'à moins qu'il n'ait garanti un résultat,²⁴¹ le médecin est soumis à une obligation de moyens.²⁴² Sa conduite est évaluée en fonction de ce qu'aurait fait un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances,²⁴³ ce qui constitue les règles de l'art. S'il ne se conforme pas aux règles de l'art auprès d'un patient et qu'un dommage survient en raison de cet écart, sa responsabilité est encourue. Soulignons que le médecin ne peut éluder ou tenter d'éluder sa responsabilité civile dans l'exercice de ses fonctions, non plus qu'il ne puisse requérir d'un patient une renonciation à exercer un recours en cas de faute professionnelle.²⁴⁴

Ainsi, en ce qui concerne le médecin, qu'il pratique en CMS ou en établissement,²⁴⁵ sa responsabilité est susceptible d'être engagée et la crainte de recours judiciaire est donc la même.²⁴⁶ D'ailleurs, même si le médecin pratique en société, il ne peut être tenu solidairement responsable des actes des autres médecins pratiquant au sein de la société, non plus de la société elle-même.²⁴⁷ Le risque d'un recours en responsabilité civile est donc susceptible d'encourager le médecin à hausser la qualité des soins qu'il prodigue en

Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2015, p. 133, à la page 136. *Contra Pilon c. Centre Lapointe Inc.*, [2005] R.R.A. 937.

²³⁹ Art. 1458 C.c.Q. Voir les dispositions relatives au contrat de services aux articles 2098 et suivants C.c.Q. Voir également à cet effet S. PHILIPS-NOOTENS, P. LESAGE-JARJOURA et R. P. KOURI, préc., note 140, p. 9 à 17.

²⁴⁰ Voir notamment le résultat similaire appliqué dans l'affaire *Cameron c. Turgeon (Clinique d'esthétique de la Capitale)*, 2009 QCCQ 881.

²⁴¹ À noter qu'il est toutefois interdit à un médecin de garantir un résultat à son patient (Code de déontologie des médecins, art 83).

²⁴² S. PHILIPS-NOOTENS, P. LESAGE-JARJOURA et R. P. KOURI, préc., note 140, p. 45 et 46; P. DESLAURIERS, préc., note 238, p. 137 et 138.

²⁴³ S. PHILIPS-NOOTENS, P. LESAGE-JARJOURA et R. P. KOURI, préc., note 140, p. 45 et 46.

²⁴⁴ Code de déontologie des médecins, art. 11.

²⁴⁵ Pour la définition d'établissement au sens de la LSSS, voir l'article 79. Voir également l'article 16 de la LSSSS qui prévoit le droit des usagers d'exercer un recours contre un établissement ou un professionnel.

²⁴⁶ À noter qu'il est reconnu en jurisprudence que le médecin n'est pas un employé de l'hôpital (*Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, [2001] R.R.A. 329). Voir également P. DESLAURIERS, préc., note 8, p. 135.

²⁴⁷ C. prof., art. 187.14 et 187.17. Voir également COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note, à la page 109.

CMS, mais n'aura vraisemblablement pas pour impact de l'inciter à contrôler la qualité de la pratique des autres médecins ou employés (à moins qu'il n'y ait existence d'un lien de préposition entre l'employé et le médecin), non plus du CMS.²⁴⁸ Ajoutons toutefois que si le médecin se substitue ou se fait assister d'un employé du CMS pour remplir une obligation contractuelle, celui-ci demeure responsable des gestes de cet employé.²⁴⁹ Le *Code de déontologie des médecins* prévoit par ailleurs que le médecin pratiquant en société doit s'assurer du respect du *Code des professions*, de la *Loi médicale*²⁵⁰ et des règlements pris en leur application par les personnes qu'il emploie ou qui lui sont associées.²⁵¹ En ce sens, par le truchement de cet article, il serait également possible d'arguer qu'un médecin pratiquant en CMS encourt sa responsabilité si un de ses associés commet une faute alors qu'il savait ou devait savoir que ledit médecin associé n'avait pas une pratique conforme aux règles de l'art et qu'il n'a choisi de rien faire. Ainsi, le mécanisme de recours en responsabilité pourrait inciter un médecin à contrôler les gestes des employés ou autres médecins du CMS, en supposant que le médecin connaisse ces nuances juridiques, ce qui demeure tout de même une considération importante pour identifier l'efficacité du mécanisme.

En comparaison avec le processus disciplinaire, la mécanique des recours en responsabilité civile auprès des professionnels peut sembler davantage objective et impartiale.²⁵² En effet, la conduite du médecin étant jaugée par un juge plutôt que par un pair, le dispositif présente davantage de garanties procédurales d'impartialité et d'indépendance.²⁵³ En conséquence, du point de vue de l'impartialité, nous estimons ce mécanisme plus efficace que le mécanisme disciplinaire pour assurer une qualité et une sécurité des soins.²⁵⁴

²⁴⁸ T. EPPS, préc., note 218, p. 80.

²⁴⁹ S. PHILIPS-NOOTENS, P. LESAGE-JARJOURA et R. P. KOURI, préc., note 140, p. 96 à 99.

²⁵⁰ *Loi médicale*, préc., note 160.

²⁵¹ Code de déontologie des médecins, art. 8.

²⁵² Sur le processus disciplinaire, voir le chapitre II B) ii).

²⁵³ Sur les garanties procédurales du mécanisme en terme d'impartialité et d'indépendance, voir notamment Catherine RÉGIS, *Mind Over Matter : Using Law & Psychology to Optimize Conflict Resolution in Health Care*, thèse de doctorat, Toronto, Département des études supérieures de la faculté de droit, Université de Toronto, 2008.

²⁵⁴ Sur ce point, nous vous référons davantage à la section sur le processus disciplinaire, au chapitre II B) ii).

En ce qui concerne le CMS comme tel, étant donné qu'en principe le contrat médical est conclu entre le patient et le médecin,²⁵⁵ sa responsabilité est théoriquement moins exposée.²⁵⁶ Ainsi, si le mécanisme des recours en responsabilité est susceptible d'influencer la conduite des opérations des CMS, de façon théorique, elle n'aura pas pour impact d'encourager les administrateurs à s'immiscer de façon microscopique dans les soins prodigués par les médecins.²⁵⁷ Certes, d'un point de vue macroscopique, cette crainte de recours judiciaire peut encourager les administrateurs de CMS à veiller à une bonne organisation générale des soins, car le CMS demeure redevable envers ses patients pour ce qui relève de sa responsabilité (actes de ses employés, équipement, matériel). Par exemple, un lien de préposition existant entre le CMS et ses employés (infirmiers ou infirmières, inhalothérapeutes, tous professionnels autres que médecins), la perspective de recours judiciaires peut donc constituer un incitatif pour les administrateurs de CMS à contrôler la qualité des gestes posés par ceux-ci.²⁵⁸

D'ailleurs, dans le *Rapport Prichard* rédigé en 1990, lequel présente une analyse poussée de la responsabilité dans les soins de santé au Canada, la conclusion suivante est émise : « dans l'ensemble, les risques de poursuite en responsabilité civile dans les cas de préjudices évitables ont eu pour effet d'améliorer la qualité des soins de santé dispensés au Canada »²⁵⁹. Plus récemment, en 2014, une analyse extensive en la matière conclut

²⁵⁵ Art. 1378 al. 1 C.c.Q. En effet, bien qu'un contrat puisse sur papier être conclu entre un patient et le CMS, il est évident que le véritable lien contractuel se forme avec le médecin, étant celui responsable de prodiguer les soins et de renseigner le patient.

²⁵⁶ Il est toutefois loisible d'imaginer une situation où le contrat est conclu avec un CMS, par exemple, s'il est prévu que ce peut être n'importe quel médecin du CMS qui prodiguera les soins.

²⁵⁷ À noter toutefois que l'article 333.4.1 de la LSSSS prévoit que l'exploitant d'un CMS doit s'assurer que les services médicaux dispensés respectent les standards de qualité et de sécurité généralement reconnus. L'article 333.5 al. 2 paragraphes 2 et 3 de la LSSSS prévoient par ailleurs que le directeur médical est responsable de s'assurer de la qualité et de la sécurité des services et de voir à la mise en place et au respect de procédures médicales normalisées pour toute chirurgie ou tout autre traitement médical spécialisé dispensé dans le CMS. Pour une analyse plus poussée de ces dispositions, nous vous référons au chapitre I, section B) ii).

²⁵⁸ Art. 1463 C.c.Q.

²⁵⁹ Robert S. PRICHARD, *La responsabilité et l'indemnisation dans les soins de santé. Rapport à la Conférence des sous-ministres de la Santé de l'Étude fédérale-provinciale-territoriale sur les problèmes de la responsabilité et de l'indemnisation dans le secteur des soins de santé*, Toronto, University of Toronto Press, 1990, p. 4 (ci-après « Rapport Prichard »).

toutefois que l'effet des recours en responsabilité sur la qualité des soins est mineur.²⁶⁰ Plus précisément, les auteurs écrivent ce qui suit : « *under existing liability standards, malpractice penalties generate little to no benefits in health care quality* ». ²⁶¹ Ils arrivent néanmoins à la conclusion que les juridictions qui imposent une réforme du régime de responsabilité haussant les standards de pratique applicables aux médecins peuvent effectivement réussir à générer des pratiques de meilleure qualité.²⁶²

Ainsi, le mécanisme des recours en responsabilité conserve plutôt un faible potentiel d'agir à titre préventif pour encourager les professionnels à prodiguer des soins sécuritaires de qualité et les CMS (ou leurs administrateurs) à veiller à la bonne organisation des soins.²⁶³ Par ailleurs, l'auteur Lahey suggère que la crainte de recours judiciaire peut avoir pour effet pervers d'encourager les médecins à offrir plus de services, spécialement en ce qui concerne les services diagnostiques et la médication d'ordonnance.²⁶⁴ Les recours en responsabilité peuvent générer un phénomène de médecine défensive,²⁶⁵ ce qui n'est pas garant d'une prestation de soins de meilleure qualité.

À notre avis, pour que les recours en responsabilité comme mécanisme préventif pour hausser la qualité des soins puisse être davantage efficace, ils doivent être publicisés. En effet, pour produire un effet dissuasif plus prononcé auprès des médecins et CMS, les recours en responsabilités doivent être connus et accessibles des patients. Autrement dit, si les doléances des patients sont connues du public, il est à craindre pour la réputation des CMS et éventuellement, leur rentabilité économique ; c'est dans ces circonstances que le mécanisme produit un meilleur effet.²⁶⁶ Or, les poursuites intentées par des patients ou les jugements qui en sont issus peuvent demeurer inconnus du public. En effet, ceux-ci ne sont pas systématiquement répertoriés dans un système facilement accessible du public

²⁶⁰ M. FRAKES et A. B. JENA, préc., note 233. Voir également le Rapport Prichard, à la page 4, qui conclue également en une influence mitigée des recours en responsabilité sur la qualité des soins. Voir aussi à cet effet Catherine RÉGIS, préc., note 260, p. 210.

²⁶¹ M. FRAKES et A. B. JENA, préc., note 233, p. 31.

²⁶² *Id.*

²⁶³ Le potentiel des recours en responsabilité pour hausser la qualité des soins est évalué dans *id.*

²⁶⁴ W. LAHEY, préc., note 2, p. 22-23.

²⁶⁵ Voir également l'argument présenté dans le Rapport Prichard, p. 4.

²⁶⁶ Sur ce point, nous vous référons à la section sur la motivation économique au chapitre 2 A) i).

en général. Certes, ces informations peuvent être accédées via les plunitifs de la cour, mais on peut supposer que rares sont les patients qui accèdent effectivement à cette information. Par ailleurs, lorsqu'une poursuite en responsabilité médicale se termine par un règlement, ce qui est très fréquent,²⁶⁷ il est usuel que le règlement soit accompagné d'une clause de confidentialité, laquelle peut être extensive et s'appliquer non seulement aux termes du règlement, mais aussi aux faits en litige.

Cela dit, on observe dans les médias un certain engouement pour les recours en responsabilité médicale.²⁶⁸ La médiatisation des recours, tout comme la médiatisation de l'insatisfaction des patients,²⁶⁹ est le facteur motivateur sous-jacent à celui des recours en responsabilité médicale. La médiatisation des recours en responsabilité médicale est davantage susceptible d'encourager les CMS et/ou les médecins à adopter des pratiques de soins sécuritaires. La médiatisation des recours permet de faire connaître aux yeux du public une situation de déficience ou d'insatisfaction et ainsi, d'encourager les CMS ou les médecins y pratiquant à corriger cette situation. Dans ce contexte, la médiatisation peut être utilisée comme outil d'imputabilité.²⁷⁰ C'est alors davantage le mécanisme de

²⁶⁷ Par exemple, en 2014, au Québec, 100 actions en justice et 37 menaces de poursuites (mises en demeure) ont fait l'objet d'un règlement. ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Rapport annuel 2014*, 2014, en ligne : <https://www.cmpa-acpm.ca/documents/10179/301941554/15_AR_full_edition-f.pdf> (consulté le 8 mai 2016), p. 34.

²⁶⁸ Les auteurs Pomey et Dubois parlent d'ailleurs de diffusion massive de l'information sur la santé dans Marie-Pascale POMEY et Carl-Ardy DUBOIS, « L'analyse comparative des systèmes de santé : réformes et enjeux », dans M.-J. FLEURY, M. TREMBLAY, H. NGUYEN et L. BORDELEAU (dir.), préc., note 173, p. 133, à la page 147. Par exemple, le 21 septembre 2006, le réseau Télé-Québec a diffusé une émission intitulée *Une pilule, une petite granule*, qui portait exclusivement sur les erreurs médicales. Voir TÉLÉ-QUÉBEC, *Une pilule, une petite granule*, en ligne : <<http://pilule.telequebec.tv/occurrence.aspx?id=73>> (consulté le 16 avril 2016). Voir également, par exemple, David RÉMILLARD, « Une médecin du CHUL poursuivie pour 818 000 \$ », *Le Soleil*, 1^{er} août 2015, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/le-soleil/justice-et-faits-divers/201507/31/01-4889636-une-medecin-du-chul-poursuivie-pour-818-000-.php>> (consulté le 16 avril 2016); Harold GAGNÉ, « Poursuite de 2 millions \$: son accouchement l'a presque tuée », *Le Journal de Montréal*, 24 janvier 2016, en ligne : <<http://www.journaldemontreal.com/2016/01/24/poursuite-de-2-millions--son-accouchement-la-presque-tuee-a-lhopital>> (consulté le 16 avril 2016) et Marie-Pierre CORNELIER, « Poursuite de 440 000 \$ intentée contre un pneumologue du CHUS », *TVA Nouvelles*, 8 mai 2014, en ligne : <<http://www.tvanouvelles.ca/2014/05/08/poursuite-de-440-000-intentee-contre-un-pneumologue-du-chus>> (consulté le 16 avril 2016).

²⁶⁹ A cet effet, voir le Chapitre 2, section A) i) sur la motivation économique.

²⁷⁰ Voir à ce sujet les propos des auteurs Trottier, Contandriopoulos et Fournier à l'effet que les arbitrages au sein du système de santé passent par la médiatisation ou la judiciarisation. Louise-Hélène TROTTIER, André-Pierre CONTANDRIOPOULOS et Marc-André FOURNIER, « La gestion des listes d'attente au Québec », dans F. BÉLAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLÉE et L. ROBERT (dir.), préc., note 2, p. 342, à la page 363. Voir également les commentaires de l'auteure Philips-Nootens dans Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « Rendre la santé aux citoyens. De l'accès aux services à une nouvelle gouvernance », dans

motivation économique qui entre en ligne de compte, plutôt que celui des recours en responsabilité. À cet effet, nous vous référons au chapitre II, section A) i), lequel porte sur la motivation économique.

Tel que mentionné, le mécanisme des recours en responsabilité peut également agir en guise de contrôle des pratiques,²⁷¹ en permettant d'identifier l'incompétence, de même que les pratiques non éthiques.²⁷² *A contrario*, les recours en responsabilité permettent également d'identifier les bonnes pratiques (les règles de l'art). En effet, des guides de pratique ou directives médicales émises par un ordre professionnel ou un autre organisme, peuvent être élevées au rang de règles légales et contraignantes par un juge, et ainsi devenir obligatoires.²⁷³ Comme l'explique l'auteure Largenté :

Le juge, en reconnaissant la faute ou la nécessité de sanctionner le professionnel, élève la pratique clinique à un standard et transfère celui-ci de la zone de la pratique à la zone légale. Cependant, ce standard, plus souple qu'une loi, pourra être remis en cause par un autre juge mais aussi être renié au profit d'un standard plus opportun et plus récent au regard des nécessités du progrès scientifique.²⁷⁴

[références omises]

Une difficulté subsiste toutefois en matière de diffusion et d'accessibilité de la nouvelle règle légale ainsi créée. En effet, bien que le mécanisme des recours en responsabilité puisse servir à officialiser certaines règles de pratique, pour être bien effectives à titre de mécanisme pour assurer la qualité et la sécurité des soins, la règle doit être connue des médecins. Une fois un jugement rendu officialisant ladite règle, comment s'assurer qu'elle est bien diffusée et que les médecins connaissent sa force obligatoire? Ainsi, bien que ce mécanisme ait le potentiel d'officialiser des règles de pratique, nous nous

Robert P. KOURI et Catherine RÉGIS, *Les grands défis en droit et politiques de la santé*, Cowansville, Yvon Blais, 2010, p. 295, à la page 310.

²⁷¹ L'objectif d'un recours en responsabilité médicale est la compensation et non la punition, ce qui relève davantage du processus disciplinaire. C'est pourquoi nous avons choisi d'employer le terme « contrôle » qui nous semble le plus approprié.

²⁷² T. EPPS, préc., note 218, p. 80.

²⁷³ Laurence LARGENTÉ, « Gestion des risques dans les établissements de santé au Québec », dans M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD (dir.), préc., note 33, p. 645, aux pages 658-659. Sur cet aspect, nous vous référons également au chapitre II, section B) i) portant sur les codes de déontologie et documents normatifs.

²⁷⁴ *Id.*, p. 658, au para. 17-113.

demandons dans quelle mesure le CMQ diffuse cette jurisprudence de façon systématique auprès de ses membres et à cet effet, nous doutons de son efficacité pratique.

Un autre obstacle s'oppose à l'efficacité du mécanisme comme pouvoir de décréter des règles de pratique : les délais inhérents à une poursuite en responsabilité médicale. Le processus d'une poursuite pour se rendre à procès est long,²⁷⁵ sans compter qu'une poursuite peut être intentée jusqu'à trois ans après la connaissance des actes reprochés.²⁷⁶ Plusieurs années peuvent donc s'écouler entre la commission de la faute du médecin et le jugement rendu sur l'affaire. Comme les gestes du médecin doivent être évalués selon les règles de l'art en vigueur au moment où la faute a été commise,²⁷⁷ même si une pratique est élevée au rang des règles obligatoires, celle-ci peut aisément ne plus être la règle de l'art au moment où jugement est rendu. Essentiellement, le mécanisme des recours en responsabilité manque donc de contemporanéité pour être vraiment efficace à ce titre.

Au final, une difficulté majeure s'oppose à ce que les recours en responsabilité constituent un mécanisme efficace pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS. Bien qu'ils aient le pouvoir d'encourager de meilleures pratiques et de susciter une crainte chez les médecins et les CMS et le potentiel de générer des règles de pratique reconnues, les recours en responsabilité médicale demeurent peu nombreux. En effet, les recours en responsabilité médicale, bien que possibles, ne sont pas nombreux.²⁷⁸ Par exemple, en 2014, pour l'ensemble du Québec, 165 nouvelles poursuites ont été déposées à l'encontre des médecins assurés par l'Association canadienne de protection médicale (ci-après « **ACPM** »). Ceux-ci ont reçu par ailleurs 173 menaces de poursuites.²⁷⁹ Au surplus, les patients obtiennent difficilement gain de cause. Toujours en 2014, au Québec, quatre jugements se sont soldés en faveur du demandeur, alors que dix-neuf jugements ont été

²⁷⁵ Bernard DICKENS, « Medical Negligence », dans J. DOWNIE, T. CAULFIELD et C. M. FLOOD (dir.), préc., note 218, p. 115, à la page 141.

²⁷⁶ C.c.Q., art. 2925.

²⁷⁷ P. DESLAURIERS, préc., note 238, p. 137 et 138.

²⁷⁸ À noter que les auteurs Pomey et Dubois perçoivent toutefois une augmentation du nombre de poursuites. M.-P. POMEY et C.-A. DUBOIS, préc., note 268, p. 147. En 1990, dans le Rapport Prichard, on notait toutefois une augmentation importante des poursuites en responsabilité médicale depuis les quinze dernières années. Voir le Rapport Prichard, p. 1.

²⁷⁹ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 267, p. 34.

rendus en faveur de médecins représentés par l'ACPM.²⁸⁰ Ainsi, bien que le nombre de poursuites ou de menaces de poursuites puisse paraître *a priori* élevé, une infime partie de ces poursuites se finalisent avec un jugement,²⁸¹ la plupart donnant par ailleurs raison aux médecins.²⁸²

Ainsi, bien que les CMS ou les médecins pratiquant en CMS puissent se faire poursuivre s'ils commettent des actes fautifs, la réalité de la menace est plutôt faible. Plusieurs facteurs expliquent ces statistiques, notamment le fait qu'exercer un recours en responsabilité médicale est onéreux,²⁸³ long²⁸⁴ et exigeant d'un point de vue émotionnel et psychologique.²⁸⁵ Le faible nombre de poursuite est probablement aussi dû au fait que plusieurs patients ne savent pas qu'un recours s'offre à eux ou encore, qu'ils ont été victimes d'un acte fautif. En effet, il semblerait qu'une petite portion des patients victimes d'une erreur médicale intente une action en responsabilité médicale.²⁸⁶ En ce sens, un problème d'accessibilité à la justice affaiblit l'efficacité de ce mécanisme comme régulateur de la qualité des soins dispensés en CMS. La « peur » de recours judiciaire n'est donc peut-être pas aussi réelle qu'on pourrait se l'imaginer, perdant ainsi de son effet dissuasif.

En somme, ce mécanisme peut être efficace, quoiqu'il ne soit pas utilisé à son plein potentiel.²⁸⁷ Ainsi, bien que ce mécanisme détienne le potentiel d'assurer un certain

²⁸⁰ *Id.*, p. 34. En 1990, dans le Rapport Prichard, on écrivait par ailleurs que probablement moins de 10% des patients ayant subi un préjudice dans le cadre d'une prestation de soins recevaient une indemnisation (Rapport Prichard, p. 18).

²⁸¹ Voir également B. DICKENS, préc., note 275, p. 141. Cela s'explique par le fait que lorsque l'analyse des experts de l'ACPM conclue que la conduite du médecin poursuivi peut être difficilement défendue, celle-ci offrira un règlement pour clore le dossier.

²⁸² Cela s'explique en partie par le fait que le fardeau de preuve repose sur les épaules du demandeur. C.c.Q., art. 2803.

²⁸³ Catherine RÉGIS, préc., note 253, p. 110 et 212 à 214. Voir au même effet T. EPPS, préc., note 218, p. 80; Robert D. MILLER, *Problems in Health Care Law*, 9^e éd., Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2006, à la page 640. L'auteure pratique à titre d'avocate au sein du cabinet Ménard Martin Avocats, étude légale spécialisée en responsabilité médicale et hospitalière. Un litige en responsabilité médicale est notamment coûteux en raison des expertises qu'il est nécessaire d'obtenir.

²⁸⁴ Catherine RÉGIS, préc., note 253, p. 212 à 214 et B. DICKENS, préc., note 275, p. 141.

²⁸⁵ Catherine RÉGIS, préc., note 253, p. 110; Rapport Prichard. L'auteure pratique à titre d'avocate au sein du cabinet Ménard Martin Avocats, étude légale spécialisée en responsabilité médicale et hospitalière.

²⁸⁶ T. EPPS, préc., note 218, p. 80 et 81.

²⁸⁷ Voir également à cet effet Catherine RÉGIS, préc., note 253 et M. FRAKES et A. B. JENA, préc., note 233.

niveau de qualité des soins dispensés en CMS, dans les faits, son effet est relativement minime, en raison d'un problème d'accès à la justice et d'une inefficacité bien réelle à pouvoir édicter en temps opportun des règles de soins.

B) Mécanismes issus de la réglementation professionnelle

i) Codes de déontologie et documents normatifs

La mission première des ordres professionnels étant la protection du public,²⁸⁸ la réglementation professionnelle joue certainement un rôle dans l'élaboration de standards de qualité et de sécurité des soins dispensés en CMS. En matière de soins de santé, le concept de protection du public s'étend à la protection contre les blessures, à la qualité des soins, l'imputabilité, l'accessibilité, l'équité et l'égalité.²⁸⁹ Investis de cette mission, il est donc tout à l'avantage des ordres professionnels d'adopter et de diffuser des standards de pratique et des balises pour leurs professionnels. La qualité des soins étant devenue un souci majeur depuis le début des années 2000, les ordres professionnels régulent maintenant davantage cet aspect.²⁹⁰

D'abord, les ordres professionnels adoptent des codes de déontologie, soient des règlements,²⁹¹ qui imposent aux professionnels des devoirs envers le public, leurs clients et la profession, incluant notamment le devoir de s'acquitter de leurs obligations avec intégrité.²⁹² Ils peuvent également diffuser auprès de leurs membres d'autres documents moins officiels contenant des standards et normes, tels que des guides d'exercice ou lignes directrices (qualifiés de « **documents normatifs** », pour les fins du présent texte).²⁹³ Les

²⁸⁸ C. prof., art. 23. Voir également M. LAVERDIÈRE préc., note 161, p. 290-291.

²⁸⁹ T. EPPS, préc., note 218, p. 77.

²⁹⁰ M.-P. POMEY et C.-A. DUBOIS, préc., note 268, p. 147.

²⁹¹ C. prof., art. 87.

²⁹² *Id.*

²⁹³ Voir par exemple COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 12; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC ET ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, *La sédation – analgésie. Lignes directrices*, Collège des médecins du Québec, 2015, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-sedation-analgésie.pdf?t=1450547800760>> (consulté le 8 mai 2016); COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *L'organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier et autres obligations*

documents normatifs sont soit adoptés par le conseil d'administration d'un ordre professionnel, soit édictés par une instance à qui on en a confié le mandat.²⁹⁴

Les codes de déontologie et documents normatifs sont élaborés par et pour les professionnels eux-mêmes, les ordres professionnels étant des organisations qui s'autorégulent.²⁹⁵ Le fonctionnement du système d'autorégulation repose sur la prémisse que les professionnels se dévouent à faire passer le bien-être des autres avant le leur.²⁹⁶ Or, cette prémisse est loin d'être acquise. Comme l'explique l'auteure Epps :

*« That is, there is an argument that regulated professionals are motivated not simply by private interests, but also by ideals, principles and values. On the other hand, self-interest undoubtedly exists among health professions. The concept of professionalism carries with it an inherent conflict of interest as professionals have a biased interest in the outcome of regulation, and consequent motivation to enact policies that promote the professions' own goals rather than those that serve the interests of the public. (...) »*²⁹⁷

Ainsi, il appert que dans l'élaboration de ces codes de déontologie et documents normatifs, les professionnels se retrouvent dans une position de conflit d'intérêts où les intérêts du public et leurs propres intérêts peuvent s'opposer.²⁹⁸ Dans cette optique, des normes véhiculées par les ordres professionnels peuvent comporter le risque de s'écarter du mandat initial de protection du public. Cela peut par exemple encourager une sous-régulation, les professionnels étant plus ou moins intéressés à s'imposer une

*connexes prévues par le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercices et la cessation d'exercice d'un médecin. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec, Collège des médecins du Québec, 2013, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-04-01-fr-organisation-des-lieux-et-gestion-des-dossiers-medicaux-en-milieu-extrahospitalier.pdf?t=1450552143259>> (consulté le 8 mai 2016); COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *L'évaluation de l'acte médical. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, Collège des médecins du Québec, 2013, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf?t=1450552143258>> (consulté le 8 mai 2016) et COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, Collège des médecins du Québec, 2013, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-04-01-fr-redaction-et-tenue-des-dossiers-milieu-extrahospitalier.pdf?t=1450552143260>> (consulté le 8 mai 2016). À noter que certains auteurs qualifient ces documents d'actes pararéglementaires ou de « *soft law* ». M. LAVERDIÈRE, préc., note 161, p. 298.*

²⁹⁴ M. LAVERDIÈRE, préc., note 161, p. 298.

²⁹⁵ T. EPPS, préc., note 218, p. 78.

²⁹⁶ Margaret SOMERVILLE (dir.), *Do we care? Renewing Canada's Commitment to Health*, Montréal, McGill – Queen's University Press, 1999, p. 34, cité dans *id.*, p. 78, à la note 22.

²⁹⁷ T. EPPS, préc., note 218, p. 78.

²⁹⁸ *Id.*, p. 78.

règlementation contraignante et élaborée, optant plutôt pour une règlementation « *molle* », ²⁹⁹ laquelle ne milite pas nécessairement en faveur du meilleur intérêt du public.

En ce sens, de par la nature même du fonctionnement des systèmes d'autorégulation, il est à craindre que les mécanismes issus de la règlementation professionnelle ne soient pas optimaux pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS. Pour les raisons expliquées, un manque d'indépendance et de rigidité des normes est à anticiper.

Par ailleurs, l'auteur Alderson identifie un des inconvénients des organismes d'autorégulation comme étant celui de freiner l'innovation.³⁰⁰ En effet, il est d'avis que les régimes de règlementation (comme notre système de droit professionnel) s'adaptent difficilement à l'évolution des innovations et des avancées scientifiques et technologiques, ce qui peut avoir un impact sur une prestation de soins efficace et efficiente.³⁰¹

Avec respect pour son opinion, nous estimons plutôt qu'il s'agit là d'un des avantages des normes et standards de pratique élaborés par les professionnels eux-mêmes. Certes, les modifications apportées aux codes de déontologie peuvent être plus lentes en raison du processus d'adoption sous-jacent.³⁰² Cela dit, étant adoptés par les professionnels eux-mêmes et n'émanant pas du pouvoir législatif à proprement parler, les codes de déontologie peuvent tout de même se modeler relativement rapidement aux meilleures pratiques en vigueur.³⁰³ Il en est d'autant plus vrai en ce qui concerne les guides d'exercice

²⁹⁹ Sur cet aspect, voir notamment la critique de Priest citée dans T. EPPS, préc., note 218, p. 85.

³⁰⁰ Douglas ALDERSON et Deanne MONTESANO, *Regulating, De-Regulating, and Changing Scopes of Practice in the Health Professions. A jurisdictional Review*, The Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC), Ottawa, 2003, p. 5.

³⁰¹ *Id.*

³⁰² Les conseils d'administration des ordres professionnels adoptent un code de déontologie par règlement, qui est ensuite examiné par l'Office des professions, qui le transmet à son tour au gouvernement qui peut l'approuver, avec ou sans modifications. C. prof., art. 87 et 95. Sur le processus d'adoption des règlements des ordres professionnels, voir également M. LAVERDIÈRE, préc., note 161, p. 297 et Jean-Guy VILLENEUVE, Nathalie DUBÉ et Tina HOBDAÏ, *Précis de droit professionnel*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007, p. 12 à 14.

³⁰³ Dans son texte, l'auteure Epps parle d'ailleurs d'une plus grande flexibilité des organismes d'autorégulation (T. EPPS, préc., note 218, p. 85).

ou autres lignes directrices diffusées par les ordres professionnels.³⁰⁴ L'avantage de ce mécanisme de pouvoir se coller aux pratiques actuelles est dû au fait que les ordres professionnels qui adoptent et diffusent ces documents ont un haut niveau d'expertise et de connaissances techniques et pratiques.³⁰⁵ Leurs connaissances évoluent nécessairement au même diapason que l'évolution des pratiques de la médecine. Ces documents peuvent par ailleurs naître d'un travail de synthèse de la littérature médicale sur un sujet donné.³⁰⁶ Des comités consultatifs particuliers possédant un degré d'expertise pointu peuvent même être créés pour répondre à des besoins particuliers en matière de normes. Par exemple, « un groupe d'experts travaillant en milieu extrahospitalier, que ce soit en cabinet ou en clinique spécialisée » a collaboré à la révision du Guide d'exercice du CMQ « Procédures et interventions en milieu extrahospitalier »³⁰⁷.

Ainsi, à notre sens, les documents normatifs ont l'avantage de pouvoir suivre l'évolution des meilleures pratiques au sein d'une profession et il s'agit là d'un avantage de ce mécanisme comme moyen d'assurer la qualité et la sécurité des soins en CMS.

En ce qui concerne le contenu des codes de déontologie, par exemple, le *Code de déontologie des médecins*³⁰⁸ (ci-après désigné « **Code de déontologie** ») prévoit que les médecins doivent collaborer avec les autres médecins au maintien et à l'amélioration de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle doit avoir accès³⁰⁹ et qu'ils doivent s'acquitter de leurs obligations professionnelles avec compétence, intégrité et loyauté.³¹⁰ Le Code de déontologie prévoit également que les médecins doivent exercer leur

³⁰⁴ Par exemple, dans son Guide d'exercice « *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier* », le CMQ écrit avoir pour objectif « *d'établir clairement les normes actuelles et d'indiquer comment les pratiques doivent progresser et se modifier pour atteindre les standards imposés aux pratiques plus nouvelles qui ne cessent d'émerger* » (COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 12, p. 5).

³⁰⁵ T. EPPS, préc., note 218, p. 84.

³⁰⁶ Nicholas LÉGER-RIOPEL, « Les directives cliniques et le droit de la santé : entre outils de gouvernance et fondements de responsabilité », dans M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD (dir.), préc., note 33, p. 475, à la page 475.

³⁰⁷ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 12.

³⁰⁸ Code de déontologie des médecins.

³⁰⁹ *Id.*, art. 3.1.

³¹⁰ *Id.*, art. 5. Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, (2015) 836 G.O. II, 3866, art. 10 et 17, prévoit des devoirs similaires en ce qui concerne la compétence et l'intégrité. Le *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, (2012) 1126 G.O. II, 5415, à l'article 10 prévoit également le devoir de s'acquitter de ses obligations avec intégrité.

profession selon des principes scientifiques et selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles³¹¹ et qu'ils doivent tenir compte de leurs capacités, de leurs limites et des moyens dont ils disposent dans l'exercice de leur profession.³¹²

Le Code de déontologie prévoit également des normes de conduites un peu plus circonscrites, à savoir que le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient à la suite de son intervention,³¹³ que le médecin doit s'abstenir d'avoir recours à des examens, investigations ou traitements insuffisamment éprouvés,³¹⁴ ou encore, que le médecin doit élaborer son diagnostic avec la plus grande attention en utilisant les méthodes scientifiques les plus appropriées et, si nécessaire, en recourant aux conseils les plus éclairés.³¹⁵ Particulièrement pertinent auprès des médecins pratiquant en CMS, le Code de déontologie prévoit également que le médecin doit s'assurer que le personnel qui l'assiste est qualifié.³¹⁶ Les obligations et devoirs du médecin pratiquant en CMS ne sont d'ailleurs nullement modifiés ni diminués du fait qu'il exerce au sein d'une société.³¹⁷

Ces normes apparaissent plutôt larges et vagues, mêmes celles davantage circonscrites. En effet, elles indiquent des devoirs généraux³¹⁸ ou principes qui, à notre sens, relèvent en quelque sorte de la moralité ou de l'éthique professionnelle. Elles sont essentiellement des déclinaisons du devoir général du professionnel d'agir avec prudence et diligence.³¹⁹

³¹¹ Code de déontologie des médecins, art. 6 et 44. Voir également, dans le même sens, l'article 47 du Code de déontologie des médecins. Voir l'obligation analogue des infirmières et infirmiers reprise à l'article 18 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, préc., note 310.

³¹² Code de déontologie des médecins, art. 42. Voir l'obligation similaire pour les infirmières et infirmiers prévue à l'article 17 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, préc., note 310.

³¹³ Code de déontologie des médecins, art. 32. S'il n'assure pas le suivi lui-même, le médecin doit s'assurer qu'un autre médecin, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place. Pour les infirmières et infirmiers, voir l'article 44 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, préc., note 310.

³¹⁴ Code de déontologie des médecins, art. 48. À noter qu'il y a toutefois une exception dans le cadre d'un projet de recherche et dans un milieu scientifique reconnu.

³¹⁵ *Id.*, art. 46.

³¹⁶ *Id.*, art. 53.

³¹⁷ *Id.*, art. 8. Il doit s'assurer du respect de cette loi, de ce code et de ces règlements par les personnes qu'il emploie ou qui lui sont associées dans l'exercice de sa profession. Voir également l'article analogue dans le *Code de déontologie des inhalothérapeutes*, préc., note 310, art. 1.2.

³¹⁸ M. LAVERDIÈRE, préc., note 161, p. 294.

³¹⁹ C.c.Q., art. 1457.

Que ce soit à la lecture du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*³²⁰ ou du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*³²¹, nous en arrivons essentiellement à la même conclusion.³²² En ce sens, nous estimons qu'elles ne sont pas particulièrement pertinentes pour assurer un haut niveau de qualité et de sécurité des soins dispensés en CMS, servant davantage à établir un seuil minimal général de bonne conduite.

En ce qui concerne les documents normatifs, le guide d'exercice du CMQ « *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier* »³²³ est particulièrement pertinent pour les médecins pratiquant en CMS. Ce document fut adopté par le CMQ, dans le but « *de protéger le public et d'aider ses membres à toujours prodiguer des soins de qualité* », considérant l'augmentation du nombre d'interventions invasives réalisées en milieu extrahospitalier.³²⁴ Ces normes visent donc expressément les médecins dispensant des soins en CMS. Elles prévoient notamment des limites quant aux interventions qui peuvent être réalisées en milieu extrahospitalier, des recommandations quant au suivi des patients, de même que des mesures de prévention quant aux infections et d'asepsies.³²⁵ Un autre document visant les médecins pratiquant en CMS est le guide d'exercice du CMQ « *L'organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier. Et autres obligations connexes prévues par le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* », lequel contient notamment des normes quant à l'aménagement des lieux, aux appareils, à l'équipement et aux médicaments, substances et produits biologiques.³²⁶

³²⁰ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, préc., note 310.

³²¹ *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, préc., note 310.

³²² Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, préc., note 310, art. 7.1, 7.2, 7.3, 14.1, 41.1 et 44 prévoit toutefois des normes davantage pointues en matière de participation à des projets de recherche.

³²³ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 12.

³²⁴ *Id.*, p. 5.

³²⁵ *Id.*, p. 12 à 19.

³²⁶ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *L'organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier et autres obligations connexes prévues par le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercices et la cessation d'exercice d'un médecin. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, préc., note 291, p. 6 et 7. À noter que ce guide d'exercice est présentement en révision.

Nous constatons qu'à la différence des codes de déontologie, les documents normatifs contiennent des normes de conduites plus précises, voire plus techniques.³²⁷ Ils sont susceptibles de porter davantage sur des aspects concrets de la pratique quotidienne des professionnels de la santé. L'auteur Laverdière exprime également l'opinion que les documents normatifs permettent aux ordres professionnels de communiquer efficacement et explicitement en utilisant un vocabulaire accessible à leurs membres des explications quant aux devoirs déontologiques plus généraux, en utilisant notamment des mises en situation.³²⁸ Ils permettraient donc en quelque sorte de vulgariser les devoirs déontologiques imposés par les codes de déontologie.

Ces documents ont toutefois le défaut de ne pas être obligatoires, en ce qu'ils contiennent des lignes directrices, normes, conseils, recommandations et balises diffusés par les ordres professionnels, mais pas des règles de droit, plutôt des normes non règlementaires.³²⁹ Il est toutefois possible d'arguer qu'ils contiennent les règles de l'art et qu'en cas de non-respect, il y aurait alors faute et le professionnel s'exposerait à un risque de recours en responsabilité médicale.³³⁰ On peut également imaginer la situation où un professionnel fait face au processus disciplinaire en raison d'une contravention à l'une de ces normes, en ayant de ce fait contrevenu à une disposition de son code de déontologie.³³¹ Les

³²⁷ *Id.*; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 12. Voir également COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC ET ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, *La sédation – analgésie. Lignes directrices*, préc., note 293. En ce qui concerne les documents adoptés par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, nous vous référons à GROUPE DE TRAVAIL COMITÉ JEUNESSE, *PRN – Comprendre pour intervenir. Guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions infirmières*, 2^e éd., Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2010, de même qu'à ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Les soins infirmiers périopératoires. Lignes directrices pour les activités des infirmières en salle d'opération*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012, en ligne < <https://www.oiiq.org/sites/default/files/2276-soins-perioperatoires-2015.pdf> > (consulté le 8 mai 2016).

³²⁸ M. LAVERDIÈRE, préc., note 161, p. 298, au para. 8-33.

³²⁹ N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 306, p. 476.

³³⁰ Le professionnel visé par un recours en responsabilité médicale pourrait toutefois faire la preuve inverse, c'est-à-dire, qu'assister d'un ou plusieurs experts, il pourrait démontrer que la norme dont on lui reproche l'infraction ne constitue pas une règle de l'art, malgré qu'elle soit contenue dans un guide d'exercice. À noter que la seule preuve de non-respect d'une norme diffusée dans un guide d'exercice ne saurait être suffisante pour qu'un demandeur puisse rencontrer son fardeau de preuve au niveau de la faute. Voir au même effet *id.*, p. 478 et 485 à 487. Voir également M. LAVERDIÈRE, préc., note 161, p. 298.

³³¹ Par exemple, un médecin qui n'expliquerait pas à son patient les mesures que celui-ci doit prendre si un problème de santé survient à la suite d'une intervention réalisée en CMS (en contravention avec le COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 12, p. 14), pourrait se faire reprocher par son syndic de ne pas avoir assuré le suivi du patient requis par son état de santé à la suite de l'intervention, en contravention avec

tribunaux accordent d'ailleurs un poids important aux recommandations émises par les ordres professionnels, et ce, tant en matière de responsabilité que de déontologie.³³² Ces documents sont en quelque sorte une description étendue de certains des devoirs et obligations contenus aux codes de déontologie. Leur respect peut conséquemment, en théorie, devenir obligatoire.³³³ Nonobstant ce qui précède, il demeure que le respect de ces documents n'est pas obligatoire et que leur efficacité comme mécanisme pour assurer la qualité et la sécurité des soins en CMS s'en trouve amoindrie.

Comme le dit bien l'auteure Largenté, « *l'intérêt de l'existence [des documents normatifs] est qu'ils soient généralisé[s] afin qu'en découle une harmonisation entre les services considérés. Or, pour obtenir un tel résultat, le professionnel de la santé doit reconnaître que ce standard lui est applicable* ». ³³⁴ À ce titre, soulignons toutefois que la pression des pairs constitue un incitatif pour les professionnels à respecter les standards élaborés.³³⁵

De surcroît, plusieurs organismes diffusent ou rendent accessibles auprès de leurs membres une multitude de guides, lignes directrices différentes ou directives cliniques³³⁶. Par exemple, sur le site de l'Association canadienne médicale, on en dénombre plus de 1200.³³⁷ Ainsi, les professionnels pratiquant en CMS peuvent être membres de diverses associations,³³⁸ lesquelles vont répandre leurs propres documents normatifs, ou encore des documents normatifs préparés par d'autres organismes. L'auteur Léger-Riopel

l'article 32 du Code de déontologie des médecins. Voir au même effet N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 306, p. 478, au para. 13-13 et p. 487, au para. 13-51 et M. LAVERDIÈRE, préc., note 161, p. 298. Voir l'affaire *Fortin c. Tribunal des professions*, [2003] R.J.Q. 1277 (C.S.).

³³² N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 306, p. 486, au para. 13-48. Voir également M. LAVERDIÈRE, préc., p. 298, au para. 8-34.

³³³ Sur la vision que ces normes sont en fait obligatoires, voir René DUSSAULT et Louis BORGEAT, *Traité de droit administratif*, 2e éd., t. 1, Québec, Presses de l'Université Laval, 1989, p. 420 et 425, cité dans N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 306, p. 477, à la note 9.

³³⁴ L. LARGENTÉ, préc., note 273, p. 653, au para. 17-71.

³³⁵ T. EPPS, préc., note 218, p. 84.

³³⁶ Voir notamment N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 306, p. 475, qui parle de la multiplication des directives cliniques.

³³⁷ Paul Christopher WEBSTER, « Value of medical practice guidelines questioned », (2010) 182-4 *Canadian Medical Association Journal* E190.

³³⁸ À titre d'exemple, citons l'Association canadienne médicale, l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec, l'Association québécoise de chirurgie, la Société canadienne de chirurgie plastique et esthétique, la Société canadienne des chirurgiens plasticiens et l'Association canadienne des chirurgiens généraux.

dénonce également la « *multiplication des directives comme modalité émergente de contrôle de l'activité clinique* » et cite, à titre d'exemple, les publications du *Cochrane Collaboration* et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.³³⁹ Les diverses associations diffusant des guides peuvent par ailleurs être motivées par des intérêts et perspectives divergents, pouvant rendre leurs positions inconciliables.³⁴⁰ Les professionnels ont donc accès à une multitude d'information,³⁴¹ laquelle pourrait entrer en contradiction avec les documents normatifs diffusés par les ordres professionnels.³⁴² Cela peut avoir notamment pour effet de générer une confusion, à savoir si les professionnels doivent privilégier le respect des normes diffusées par leur ordre professionnel ou une autre association.

Au final, la mesure de l'efficacité des documents normatifs comme dispositif de contrôle de la qualité des soins dépend principalement de la bonne volonté des professionnels d'y adhérer.³⁴³ De ce fait, quoique ce mécanisme permette d'assurer un certain degré de qualité des soins dispensés en CMS, il est loin d'être suffisant en soi, considérant par ailleurs le risque de sous-régulation inhérent aux organismes d'autorégulation.³⁴⁴ Toutefois, conjugué au processus disciplinaire, le respect de ces documents normatifs devient davantage obligatoire, notamment par l'entremise du sentiment généré de crainte de sanction disciplinaire. Son effet comme mécanisme régulateur de la qualité des soins dispensés en CMS s'en trouve possiblement accru.

ii) Processus disciplinaire

Tel que mentionné, l'efficacité des documents normatifs issus du droit professionnel comme outil pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS dépend, du

³³⁹ N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 306, p. 475, à la note 2.

³⁴⁰ *Id.*, p. 479, au para. 13-16.

³⁴¹ P. C. WEBSTER, préc., note 337; Lauren VOGEL, « The practicality of practice guidelines », (2011) 183-18 *Canadian Medical Association Journal* E1295.

³⁴² N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 306, p. 479, au para. 13-16.

³⁴³ Voir les remarques dans L. LARGENTÉ, préc., note 273, p. 653, au para. 17-71.

³⁴⁴ Sur cet aspect, voir notamment la critique de Priest citée dans T. EPPS, préc., note 218, p. 85.

moins en partie, du processus disciplinaire en lui-même.³⁴⁵ Bien que le but du droit disciplinaire soit d'abord d'assurer la protection du public,³⁴⁶ celui-ci entraîne certains effets collatéraux susceptibles d'avoir un impact sur les professionnels. Notamment, ce dispositif a le potentiel de générer une crainte chez le professionnel dû au fait qu'il s'expose à une sanction s'il ne respecte pas ses obligations professionnelles. De même, le mécanisme a le potentiel de permettre d'identifier les pratiques de soins déficientes et de sanctionner les médecins s'y adonnant.

Le processus disciplinaire permet d'imposer des pénalités aux professionnels visés et en ce sens, exerce un contrôle sur la qualité de leur pratique. L'auteur Pierre Bernard mentionne même que le processus disciplinaire a « *fondamentalement pour objectif essentiel de garantir la sécurité de ceux qui ont recours aux professionnels* ». ³⁴⁷ Le patient lésé ne peut donc se faire indemniser par le biais de la plainte disciplinaire. L'indemnisation est plutôt réservée aux tribunaux de droit commun, donc aux recours en responsabilité.

Comparativement aux recours en responsabilité, le processus disciplinaire a cependant pour avantage d'offrir une tribune flexible et accessible aux patients pour porter plainte contre un professionnel lorsqu'ils sont insatisfaits des services reçus et que le professionnel a de ce fait contrevenu à une obligation mentionnée à son code de déontologie. En effet, les patients, ou toute autre personne, peuvent porter plainte gratuitement auprès des ordres professionnels. Ils n'ont pas besoin d'être représentés par avocat, quoiqu'ils puissent être assistés de la personne de leur choix pour ce faire. ³⁴⁸ Au surplus, toute partie ou tout témoin a le droit d'être assisté ou représenté par avocat. ³⁴⁹ Les plaintes formulées par les patients ne sont d'ailleurs soumises à aucun formalisme,

³⁴⁵ L'auteur Epps mentionne que le droit disciplinaire « *may assist in promoting compliance with standards* » (T. EPPS, préc., note 218, p. 81).

³⁴⁶ La mission des ordres professionnels étant d'assurer la protection du public, il en va de même pour le système de droit disciplinaire en découlant. C. prof., art. 23. Voir également M. LAVERDIÈRE, préc., note 161, p. 290-291.

³⁴⁷ Pierre BERNARD, « La sanction en droit disciplinaire : quelques réflexions », dans S.F.C.B.Q., *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire (2004)*, Cowansville, Editions Yvon Blais, 2004, p. 73, à la page 76.

³⁴⁸ C. prof., art. 122.2.

³⁴⁹ *Id.*, art. 135.

ou presque, et bénéficient d'une certaine souplesse.³⁵⁰ Sur l'aspect de l'accessibilité à la justice, ce mécanisme est donc plus avantageux que celui des recours en responsabilité.

Les chiffres le démontrent d'ailleurs. Dans son rapport annuel 2014-2015, le syndicat du CMQ mentionnait avoir reçu 2 296 demandes d'enquête,³⁵¹ alors que le nombre d'actions en justice intentées est nettement inférieur.³⁵² À la différence des recours en responsabilité, il n'est d'ailleurs pas nécessaire qu'un patient ait subi un préjudice pour qu'il puisse porter plainte. Cela élargit donc le spectre d'intervention du processus disciplinaire.³⁵³ De par la facilité avec laquelle les patients peuvent enclencher le processus disciplinaire, celui-ci est susceptible de générer une crainte davantage réelle chez les professionnels.

À la différence des recours en responsabilité, les décisions disciplinaires sont rendues par des pairs du professionnel visé qui ont l'expérience requise pour juger de la qualité des gestes posés par le professionnel. De ce fait, des auteurs émettent l'opinion que ce mécanisme donne lieu à moins d'erreurs au niveau de l'évaluation de la pratique médicale que les jugements rendus en matière de recours en responsabilité, lesquels sont rendus par un juge en principe néophyte en science médicale.³⁵⁴ Nous estimons ce point plutôt négligeable pour juger de l'efficacité du mécanisme disciplinaire considérant que dans le cadre de recours en responsabilité médicale, le juge se fait éclairer par des experts sur les notions médicales et les avocats verbalisent ces notions. À notre avis, cela amoindrit donc

³⁵⁰ *Id.*, art. 122 et 127 al. 2. Le syndicat peut également enquêter de sa propre initiative lorsqu'il a une connaissance personnelle des faits. À cet effet, voir J.-G. VILLENEUVE, N. DUBÉ et T. HOBDAÏ, préc., note 302, p. 153 à 155. En ce qui concerne la plainte portée devant le conseil de discipline, voir les articles 127 et 129, C. prof. La plainte doit être rédigée avec une certaine rigueur, car elle doit permettre au professionnel de connaître les faits qui lui sont reprochés. J.-G. VILLENEUVE, N. DUBÉ et T. HOBDAÏ, préc., note 392, p. 169 et 170. M. LAVERDIÈRE, préc., note 161, p. 303. Les demandes d'enquête peuvent aussi être faites verbalement.

³⁵¹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Rapport annuel. Une année d'action 2014-2015*, 2015, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-4-2015-04-30-fr-rapport-annuel-14-15.pdf>> (consulté le 8 mai 2016), p. 38.

³⁵² Voir le chapitre II section A) ii) sur les recours en responsabilité. ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 267, p. 34.

³⁵³ *Contra* T. EPPS, préc., note 218, p. 81. L'auteure Epps émet toutefois l'inquiétude à l'effet que le manque de motivation économique à déposer une plainte peut constituer une barrière à déposer une demande d'enquête.

³⁵⁴ *Id.*, p. 81.

considérablement cette différence entre les deux mécanismes. Cette différence peut toutefois donner une impression accrue de crédibilité au processus disciplinaire.

Cela dit, tel qu'expliqué précédemment, le processus disciplinaire peut manquer, du moins en apparence, d'impartialité et d'objectivité en raison du fait que les décisions disciplinaires sont rendues par des pairs.³⁵⁵ En effet, la mécanique d'autoréglementation fait en sorte que les décideurs peuvent être mus par des motivations autres que la simple protection du public, telles que leurs intérêts personnels.³⁵⁶ Cela pourrait expliquer, du moins en partie, le manque de sévérité reproché aux sanctions ordonnées par les conseils de disciplines des ordres professionnels du monde de la santé.³⁵⁷

En effet, plusieurs décrivent le manque de sévérité des sanctions imposées par les conseils de discipline des ordres professionnels à leurs membres.³⁵⁸ L'auteure Epps écrit d'ailleurs : « *Often in Canada, professional bodies have been accused of failing to enforce standards of professional conduct or rendering inappropriate disciplinary action against physicians guilty of incompetence.* »³⁵⁹ Sur papier, les conseils de discipline québécois disposent pourtant d'un large pouvoir d'intervention. Les sanctions que peuvent ordonner les conseils de discipline varient de la simple réprimande à la radiation temporaire ou permanente du tableau, en passant par des amendes variant entre 1 000 \$ et 12 500 \$ pour

³⁵⁵ Voir le chapitre II section A) ii) sur les recours en responsabilité.

³⁵⁶ T. EPPS, préc., note 218, p. 81. Voir par ailleurs le chapitre II B) i) sur les codes de déontologie et documents normatifs.

³⁵⁷ Yves BOISVERT, « 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>> (consulté le 16 février 2016); Yves BOISVERT, « La complaisance coupable du Collège des médecins », 26 septembre 2012, *La Presse*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/yves-boisvert/201209/25/01-4577574-la-complaisance-coupable-du-college-des-medecins.php>> (consulté le 16 février 2016) et Yves BOISVERT, « La drôle de justice des docteurs », 23 janvier 2013, *La Presse*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/yves-boisvert/201301/22/01-4614024-la-drole-de-justice-des-docteurs.php>> (consulté le 16 février 2016).

³⁵⁸ Par exemple, le journaliste Yves Boisvert critique fréquemment la sévérité des sanctions, allant même jusqu'à qualifier les syndicats de complaisants. Voir par exemple Y. BOISVERT, « La ridicule sanction d'un dentiste », préc., note 357; Y. BOISVERT, « La complaisance coupable du Collège des médecins », préc., note 357 et Y. BOISVERT, « La drôle de justice des docteurs », préc., note 357. Pour une analyse poussée de la sévérité des sanctions imposées par le Collège des médecins du Québec de 2010 à 2014, voir Marie-Ève GIGUÈRE, *La sévérité des sanctions disciplinaires imposées aux médecins québécois : qui est responsable?*, essai de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 2015. Voir également T. EPPS, préc., note 218, p. 113.

³⁵⁹ T. EPPS, préc., note 218, p. 113.

chaque infraction.³⁶⁰ Ils peuvent même exiger d'un professionnel qu'il remette une somme d'argent à une personne à qui elle revient, révoquer un permis, révoquer un certificat de spécialiste et limiter ou suspendre le droit d'exercer des activités professionnelles.³⁶¹ Ils peuvent également ordonner des mesures provisoires en cours d'instruction.³⁶² Outre ce qui précède, sans même que le professionnel soit traduit devant le conseil de discipline de son ordre professionnel, le syndic peut procéder à une conciliation entre le professionnel visé par l'enquête et le patient (ou le demandeur d'enquête), ce qui donnera lieu à un règlement et le retrait de la demande d'enquête,³⁶³ ou encore, émettre des recommandations, notamment pour améliorer la pratique du professionnel.³⁶⁴ Le professionnel visé peut même prendre des engagements.³⁶⁵ Par ailleurs, une transaction entre le plaignant (normalement le syndic) et le professionnel ne lie pas le conseil de discipline, en raison de l'intérêt public du processus disciplinaire.³⁶⁶ Ainsi, les conseils de discipline disposent d'un large éventail de mesures pour sanctionner les mauvaises pratiques des professionnels et à la différence des recours en responsabilité, ceux-ci ne sont pas liés par un règlement intervenu entre les parties.

En pratique, comme mentionné précédemment, certains soulèvent toutefois que les conseils de discipline ne font pas un usage optimal de ce large pouvoir d'intervention.³⁶⁷ Dans son rapport annuel 2014-2015, le conseil de discipline du CMQ mentionne que sur un total de 25 décisions disciplinaires ordonnant une sanction, il a ordonné 20 radiations temporaires, deux (2) radiations permanentes, six (6) amendes et quatre (4) réprimandes.³⁶⁸ De ces statistiques, nous remarquons que bien que le nombre de demandes

³⁶⁰ C. prof., art. 156.

³⁶¹ *Id.*, art. 156.

³⁶² *Id.*, art. 133.

³⁶³ La conciliation ne peut cependant avoir lieu en cas d'inconduite sexuelle ou si le dépôt d'une plainte disciplinaire devant le conseil de discipline est nécessaire pour la protection du public et le maintien de la confiance envers la profession. M. LAVERDIÈRE, préc., note 161, p. 304.

³⁶⁴ *Id.*, p. 304.

³⁶⁵ *Id.*

³⁶⁶ J.-G. VILLENEUVE, N. DUBÉ et T. HOBDDAY, préc., note 302, p. 221-222.

³⁶⁷ Voir par exemple Y. BOISVERT, « La ridicule sanction d'un dentiste », préc., note 357; Y. BOISVERT, « La complaisance coupable du Collège des médecins », préc., note 357; Y. BOISVERT, « La drôle de justice des docteurs », préc., note 357. Pour une analyse poussée de la sévérité des sanctions imposées par le Collège des médecins du Québec de 2010 à 2014, voir M.-È. GIGUÈRE, préc., note 358.

³⁶⁸ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 351, p. 43.

d'enquête puisse être élevé,³⁶⁹ le nombre de décisions disciplinaires sanctionnant un médecin demeure bas. L'objectif de ce texte n'est pas d'analyser et de critiquer la sévérité des décisions disciplinaires rendues par les ordres professionnels du monde de la santé.³⁷⁰ Cela dit, il est essentiel de soulever cette inquiétude dans l'évaluation de l'efficacité du mécanisme de processus disciplinaire. En effet, son efficacité peut être minée en ce que le manque de sévérité des sanctions amoindri possiblement la crainte que suscite ce mécanisme auprès des professionnels de CMS. Nous estimons donc que l'efficacité du mécanisme est diminuée en raison du manque de sévérité suspecté des sanctions disciplinaires.

Certes, malgré ce qui précède, nous demeurons d'avis que le sentiment de crainte généré par les plaintes disciplinaires existe tout de même. Il n'en demeure pas moins que traduit devant son conseil de discipline, le professionnel visé par une plainte s'expose théoriquement à perdre son droit de pratique, un risque ayant un impact considérable pour celui-ci.

Au final, il appert qu'une des principales critiques du processus disciplinaire en matière de santé est qu'il ne fait pas assez pour assurer la qualité des soins. À cet effet, l'auteure Epps écrit :

A key criticism directed towards college disciplinary systems is that they do not do enough to ensure quality of care. In the United States, a recent study found that even when medical boards exercise their disciplinary discretion, they tend to focus on character-related misconduct, including criminal misconduct, that may bear little relationship to clinical quality and patient care. While great caution must be exercised in extrapolating lessons from the United States to the Canadian setting, this issue at least warrants further exploration in Canada. To what extent do disciplinary proceedings actually focus on matters that are of the greatest concern when it comes to ensuring quality of care and patient safety?³⁷¹

³⁶⁹ *Id.*, p. 38.

³⁷⁰ En effet, cette question peut faire l'objet d'un essai de maîtrise entier. Voir à cet effet M.-È. GIGUÈRE, préc., note 358.

³⁷¹ T. EPPS, préc., note 218, p. 81.

Bien que les constats de l'étude américaine rapportée par l'auteure Epps ne puissent être importés *mutatis mutandis* au Québec, l'inquiétude soulevée par l'auteure est intéressante pour nos fins. Elle fait directement douter de l'efficacité du processus disciplinaire comme rempart pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS, en reprochant aux conseils de discipline d'agir davantage sur les inconduites de nature criminelles ou dues au caractère des médecins. De façon similaire, en 1990, dans le Rapport Prichard, on écrivait d'ailleurs : « *D'autres mécanismes, comme les plaintes et les mesures disciplinaires prises par les organismes représentant le corps médical, n'ont pas été jusqu'ici très efficace pour détecter ou (sic.) corriger la conduite des médecins qui pourrait être jugée négligente par les tribunaux.* »³⁷²

Somme toute, nous sommes d'avis que le mécanisme de processus disciplinaire est moyennement efficace pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS. Bien qu'il comporte l'avantage d'offrir une tribune accessible et gratuite aux patients, le sentiment de crainte qu'il est susceptible de générer auprès des professionnels s'amointri possiblement lorsque l'on considère le manque de sévérité allégué des décisions disciplinaires³⁷³ et le risque de manque d'impartialité associé au jugement par les pairs.³⁷⁴

CHAPITRE III. Mécanismes à considérer

A) Mécanisme de collecte de données : Registre d'incidents et accidents

La principale difficulté que nous avons rencontrée dans le traitement de la question de recherche est le manque de données systémiques relatives à la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS. En effet, les CMS ne sont soumis à aucune obligation de rapporter les incidents et accidents qui se produisent dans la prestation de soins. Les

³⁷² Rapport Prichard, p. 21.

³⁷³ Y. BOISVERT, « La ridicule sanction d'un dentiste », préc., note 357; Y. BOISVERT, « La complaisance coupable du Collège des médecins », préc., note 357; Y. BOISVERT, « La drôle de justice des docteurs », préc., note 357. Pour une analyse poussée de la sévérité des sanctions imposées par le Collège des médecins du Québec de 2010 à 2014, voir M.-È. GIGUÈRE, préc., note 358.

³⁷⁴ T. EPPS, préc., note 218, p. 81.

dispositions de la LSSSS prévoyant l'obligation de déclarer tout incident ou accident survenu dans le cadre de la prestation de soins et la création d'un registre à cet effet ne s'appliquent pas aux CMS, à moins que ceux-ci aient conclu une entente de services avec un établissement.³⁷⁵

Certes, suivant le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, toute information relative à un incident, à un accident ou à une complication survenus ou constatés en lien avec la prestation de soins doit être versée au dossier médical des patients de CMS.³⁷⁶ De même, l'article 56 du *Code de déontologie des médecins* prévoit l'obligation pour les médecins d'informer le plus tôt possible son patient d'un accident.³⁷⁷ Le médecin pratiquant en CMS a également l'obligation de constituer et tenir un registre dans lequel sont identifiés les incidents et accidents survenus à l'occasion de, ou en lien avec, une intervention médicale effractive requérant une anesthésie, une sédation ou analgésie, ainsi que les mesures prises pour les prévenir.³⁷⁸ Dans le cadre du processus d'agrément, les CMS sont également soumis à certaines obligations et/ou recommandations en matière de consignation et de déclaration d'incidents et d'accidents et d'enquêtes pour éviter leur récurrence.³⁷⁹ Par exemple, les dirigeants d'un CMS recevant l'agrément de l'organisme d'accréditation AC doivent fournir au conseil d'administration des rapports trimestriels sur la sécurité des patients, y compris des recommandations découlant des enquêtes sur les incidents indésirables et du suivi qui a leur a été accordé, et sur les améliorations qui ont été apportées.³⁸⁰

³⁷⁵ LSSSS, art. 8 et 233.1. Tel que mentionné, un CMS n'est pas un établissement au sens de la LSSSS Voir l'article 95 de la LSSSS. Sur la conclusion d'ententes de services entre un établissement du réseau de la santé et des services sociaux et un CMS, voir l'article 108 de la LSSSS.

³⁷⁶ *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, (2012) Décision 2012-04-27 G.O. II, 2415, art. 6, au para. 4.

³⁷⁷ Code de déontologie des médecins, art. 56.

³⁷⁸ *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, préc., note 376, art. 19, au para. 2.1. Cette obligation fut mise en place suite à une recommandation du groupe de travail sur la médecine et la chirurgie esthétique. Voir COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Médecine et chirurgie esthétique : mieux protéger le public par un encadrement approprié. Rapport final du groupe de travail sur la médecine et la chirurgie esthétique*, Collège des médecins du Québec, 2010, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2010-05-01-fr-medecine-chirurgie-esthetiques.pdf>> (consulté le 15 mars 2016), p. 10.

³⁷⁹ Nous avons accédé aux normes d'AC applicables aux CMS. Voir AGRÉMENT CANADA, préc., note 96, p. 20, 25, 36, 50 et 53.

³⁸⁰ *Id.*, p. 120.

Ceci étant dit, la problématique réside dans le fait que les informations quant aux accidents et incidents qui surviennent en CMS ne sont pas accessibles pour le public, et ne sont pas davantage rapportées systématiquement à une autorité indépendante. Dans le Réseau, des registres locaux d'incidents et d'accidents doivent être mis en place³⁸¹ et des rapports doivent être faits au MSSS des incidents et accidents qui surviennent.³⁸² Le Ministre est même responsable de tenir un registre national des incidents et accidents.³⁸³ Des rapports sont d'ailleurs rendus accessibles auprès de la population.³⁸⁴ Par ces mesures, le Réseau se rend donc imputable de la qualité et de la sécurité des soins dispensés, tant auprès d'une instance supérieure (le MSSS), que de la population. C'est ce qui fait grandement défaut aux CMS.

Considérant ce qui précède, il n'y a donc pas de vérification systémique de la qualité des soins dispensés en CMS. À notre avis, il en résulte un manque de transparence du fait que des données sur la qualité et la sécurité des soins ne soient pas accessibles du public. Il en découle un manque d'imputabilité des CMS en regard de la qualité et de la sécurité des soins qu'ils dispensent. En ce sens, même si les mécanismes existants pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS étaient suffisants, il en manquerait néanmoins un, essentiel pour s'assurer de leur efficacité et de leur usage optimal.

En principe, rien ne s'oppose à ce que des organismes producteurs privés en santé soient assujettis à l'obligation de colliger les informations relatives aux incidents et accidents dans un registre. Par exemple, les résidences privées pour aînés (ci-après désignées « **RPA**s ») doivent tenir un registre des incidents et accidents.³⁸⁵ Ainsi, le législateur

³⁸¹ LSSSS, art. 183.2

³⁸² LSSSS, art. 233.1; Projet de loi 10. Voir également L. LARGENTÉ, préc., note 273, p. 648 à 650.

³⁸³ LSSSS, art. 431, au para. 6.2. Voir les explications quant au registre national dans L. LARGENTÉ, préc., note 273, p. 650 à 652.

³⁸⁴ Par exemple, les rapports annuels du Ministère de la santé et des services sociaux le sont. Voir par exemple Catherine MARANDA, *Rapport 2014-2015 des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins et services de santé au Québec*, La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 2015, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-735-01W.pdf>> (consulté le 10 mars 2016).

³⁸⁵ *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, préc., note 176, art. 56 à 58.

aurait pu faire ce même choix et prévoir une obligation analogue pour les exploitants de CMS. Comme prévu pour les RPAs,³⁸⁶ nous suggérons qu'il soit prévu dans la loi que tout employé ou professionnel pratiquant dans un CMS ait l'obligation de rapporter les accidents ou incidents auprès d'une personne responsable de la tenue d'un registre dédiés à cet égard, et ce, peu importe le type d'intervention médicale réalisée. Cette personne pourrait être le directeur médical, lequel est responsable de s'assurer de la qualité et de la sécurité des services rendus, ou toute autre personne désignée.³⁸⁷ Une fois l'information sur les accidents et les incidents colligée, tel que mentionné précédemment, il est essentiel qu'elle soit transmise à une instance ayant un droit de regard sur la qualité des soins en CMS, et ce, afin d'assurer une meilleure imputabilité de l'institution et des acteurs qui y travaillent. Cette reddition de comptes peut prendre diverses formes.

D'abord, il pourrait être prévu que l'information relative aux accidents et incidents doive être transmise au Ministre par l'entremise du rapport d'activités que les CMS lui transmettent au plus tard le 31 mars de chaque année.³⁸⁸ La LSSSS prévoit d'ailleurs que les CMS sont tenus d'indiquer dans ce rapport les noms du directeur médical et des médecins qui y pratiquent, le nombre de traitements spécialisés effectués, de même que tout autre renseignement requis par le Ministre.³⁸⁹ L'information dénominalisée colligée dans les registres pourrait donc être demandée par le Ministre, à titre de « *tout autre renseignement requis par le [M]inistre* ».

Cela aurait pour avantage de générer un pouvoir de surveillance concret pour le Ministre quant à la qualité des soins dispensés en CMS. Tel que mentionné précédemment, le Ministre peut d'ailleurs demander au conseil d'administration d'un ordre professionnel un avis quant à la qualité et la sécurité des soins dispensés par un de ses membres dans un CMS et quant aux normes à suivre pour relever le niveau de qualité et de sécurité de ces soins.³⁹⁰ Rappelons également que le Ministre a le pouvoir de suspendre, révoquer ou

³⁸⁶ *Id.*, art. 56 à 58.

³⁸⁷ LSSSS, art. 333.5.

³⁸⁸ *Id.*, art. 333.7.1 et Projet de loi 10.

³⁸⁹ LSSSS, art. 333.7.1

³⁹⁰ *Id.*, art. 333.8. Voir également, quant aux médecins, la *Loi médicale*, préc., note 160, art. 15, au para. a.1.

refuser de renouveler le permis d'un CMS,³⁹¹ notamment lorsque le CISSS est d'avis que le CMS ne peut assurer la prestation de services adéquats.³⁹² Le Ministre peut également ordonner d'apporter des correctifs pour que les services deviennent davantage adéquats.³⁹³ Ainsi, disposant de l'information contenue dans les registres, le Ministre serait davantage outillé pour exercer ces pouvoirs, notamment lorsqu'il doute de la qualité et de la sécurité des traitements dispensés dans un CMS.

Cette avenue comporte toutefois l'inconvénient d'ajouter une lourdeur administrative et bureaucratique sur le système de santé public dont les ressources sont déjà limitées.³⁹⁴ Cela a pour effet de diriger des ressources du système de santé public au profit du réseau privé. Pour cette raison, nous estimons que cette solution n'est pas celle qui doit être privilégiée, quoiqu'elle comporte plusieurs avantages. Pour contrecarrer cette conséquence néfaste, un frais à cet effet pourrait toutefois être demandé aux CMS lors de l'obtention du permis auprès du Ministre.³⁹⁵

Ensuite, une autre option est qu'il soit prévu que l'information relative aux accidents et incidents doive être transmise au CMQ annuellement. C'est d'ailleurs l'option privilégiée par plusieurs juridictions canadiennes.³⁹⁶ Par exemple, en Alberta, les médecins doivent rapporter auprès du *College of Physicians & Surgeons of Alberta* certains incidents au moyen d'un formulaire, lequel doit être transmis dans un délai d'un jour ouvrable.³⁹⁷ Les

³⁹¹ LSSSS, art. 446.1 et suivants. Pour plus de détails quant au pouvoir du Ministre, voir le chapitre I, section C).

³⁹² LSSSS, art. 446, au para. 2 et Projet de loi 10, art. 46 al. 2.

³⁹³ LSSSS, art. 447.

³⁹⁴ Voir les remarques des auteurs Arweiler et Contandriopoulos dans D. Arweiler et A.-P. Contandriopoulos, préc., note 173, p. 94.

³⁹⁵ Le *Règlement sur les frais exigibles pour la délivrance ou le renouvellement d'un permis de centre médical spécialisé*, (2008) 706 G.O. II, 4009, pourrait ainsi être modifié en ce sens.

³⁹⁶ Notamment, c'est le cas de l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario. Voir COLLEGE OF PHYSICIANS & SURGEONS OF ALBERTA, *Investigation Outline for a Reportable Incident Non-Hospital Surgical Facility*, en ligne : <http://cpsa.ca/wp-content/uploads/2015/03/NHSF_Reportable_Incident_Form.pdf?27563b> (consulté le 18 avril 2016) ; COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA, *Non-hospital medical and surgical facilities program. Reportable Incident Form*, en ligne : <<https://www.cpsbc.ca/files/pdf/NHMSFP-O-Reportable-Incident-Form.pdf>> (consulté le 18 avril 2016) ; THE COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, *Adverse Events Reporting. Qs and As*, en ligne : <<http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/members/Adverse-Events-Reporting-QA.pdf>> (consulté le 18 avril 2016).

³⁹⁷ COLLEGE OF PHYSICIANS & SURGEONS OF ALBERTA, préc., note 396.

catégories d'incidents à rapporter sont tout de même circonscrites (i.e. décès d'un patient, transfert hospitalier, admission hospitalière dans les dix 10 jours suivant l'intervention, foyers d'infection et procédure pratiquée sur le mauvais patient, le mauvais coté ou sur le mauvais site).³⁹⁸ Ce que nous proposons pour les CMS est différent car nous suggérons plutôt que la divulgation des incidents et accidents au CMQ se fasse via un rapport annuel.

Cette transmission d'information permettrait au CMQ d'être mieux outillé pour contrôler la pratique de ses membres en CMS, que ce soit par le déclenchement du processus disciplinaire³⁹⁹ ou par le biais d'une inspection professionnelle.⁴⁰⁰ Le 7 février 2012, le docteur Yves Robert, secrétaire du CMQ, expliquait d'ailleurs que le CMQ préparait un programme d'inspection professionnelle particulier adapté aux CMS.⁴⁰¹ Cette transmission d'information au CMQ donne également à son conseil d'administration de l'information additionnelle pertinente pour lui permettre d'exercer judicieusement et efficacement sa fonction d'aviser le Ministre de la qualité et de la sécurité des traitements spécialisés effectués dans un CMS, de même que de lui donner avis des normes à suivre pour relever leur niveau de qualité et de sécurité.⁴⁰² Relativement à cette fonction du conseil d'administration du CMQ, l'article 16 de la *Loi médicale*⁴⁰³ prévoit d'ailleurs que le conseil d'administration peut faire effectuer des enquêtes au sujet de la qualité des traitements dispensés dans les CMS et former des comités à cette fin.

Considérant ces pouvoirs du CMQ, l'information relative aux accidents et incidents survenus en CMS est évidemment pertinente pour celui-ci en ce qu'elle permettrait de le tenir aux faits de ce qui se déroule dans les CMS, lui permettant alors d'agir concrètement

³⁹⁸ *Id.* Le formulaire de rapport d'incident du *College of Physicians and Surgeons of British Columbia* prévoit davantage d'incidents à déclarer. COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA, préc., note 396. À la différence du Québec, en Alberta, les cliniques chirurgicales non-hospitalières doivent demander un permis pour opérer auprès du *College of Physicians & Surgeons of Alberta*. Voir notamment COLLEGE OF PHYSICIANS & SURGEONS OF ALBERTA, *Non-Hospital Surgical Facility*, en ligne : <<http://www.cpsa.ca/accreditation/non-hospital-surgical-facility/>> (consulté le 9 mai 2016).

³⁹⁹ Voir le chapitre II section B) ii) portant sur le processus disciplinaire.

⁴⁰⁰ Sur le processus d'inspection professionnelle, voir M. LAVERDIÈRE, préc., note 161, au para 8-62 à 8-66.

⁴⁰¹ Y. ROBERT, préc., note 17.

⁴⁰² LSSSS, art. 15, au para. a.1.

⁴⁰³ *Loi médicale*, préc., note 160.

pour vérifier, sanctionner ou émettre des recommandations quant à la pratique de ses membres. Par ailleurs, si une information transmise par un CMS révèle une incompétence d'un professionnel autre que médecin, le CMQ pourrait transmettre cette information à l'ordre professionnel du professionnel visé et celui-ci pourrait alors agir.

Pour rendre les CMS imputables auprès d'une instance indépendante disposant des connaissances nécessaires pour juger de la qualité et de la sécurité des soins, nous recommandons que les informations dénominées relatives aux accidents et incidents survenus en CMS doivent être transmises au CMQ. Cela dit, pour les raisons déjà exprimées, nous craignons que cette transmission d'information n'ait pas toute l'efficacité escomptée, considérant les désavantages de l'autorégulation et le risque de manque d'impartialité, même en apparence, du CMQ.⁴⁰⁴ Pour ce motif, nous suggérons également qu'il soit obligatoire pour les CMS de rendre ces informations publiques.

En effet, il est préférable que cette information soit accessible du public pour rendre les CMS imputables aux yeux de la population. Cette recommandation comporte également pour avantage de rendre le mécanisme de la motivation économique plus efficace.⁴⁰⁵ Conséquemment, nous suggérons qu'il soit obligatoire pour les exploitants de CMS de détenir un site Internet sur lequel ils rendent accessibles, annuellement, les statistiques relatives aux accidents et incidents survenus dans le cadre de la prestation de soins.

Terminons en spécifiant qu'une limite de ce mécanisme est qu'il présuppose que les employés et professionnels de CMS se conformeront dûment à leur obligation de déclarer tout incident ou accident survenant dans la prestation de soins. Or cela n'est pas acquis. En effet, dans le Réseau, bien que l'obligation de déclaration existe depuis quelques années déjà, le *Rapport 2014-2015 des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins et services de santé au Québec* révèle une sous-déclaration, spécialement en ce qui concerne les incidents.⁴⁰⁶ Nous anticipons que la même

⁴⁰⁴ Voir le chapitre II sections B) i) et ii) portant sur les codes de déontologie et documents normatifs et le processus disciplinaires.

⁴⁰⁵ Voir le chapitre II section A) i) concernant la motivation économique.

⁴⁰⁶ Catherine MARANDA, préc., note 384, p. 45.

problématique se manifesterait auprès des CMS. Bien que ce mécanisme n'est pas parfait, il demeure hautement souhaitable, principalement parce qu'il permettrait de pondérer l'efficacité des mécanismes existants pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS et parce qu'il rendrait les CMS imputables auprès de la population et d'une instance indépendante, nommément le CMQ.

B) Mécanisme de gestion de conflits et de règlement des différends

Un autre manquement important aux mécanismes actuels pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS est le défaut de processus de traitement de plaintes accessible, impartial et indépendant. En effet, tel qu'expliqué précédemment, le mécanisme des recours en responsabilité n'est pas suffisamment accessible pour la population générale, non plus rapides, pour constituer un mécanisme efficace pour assurer de façon optimale la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS.⁴⁰⁷ Par ailleurs, dans le cadre de poursuites en responsabilité médicale, le pouvoir d'intervention des tribunaux se limite à l'octroi d'indemnités pour compenser le patient lésé du préjudice subi. Ainsi, par exemple, il ne peut être ordonné ou recommandé aux CMS d'adopter des mesures correctives pour hausser la qualité des soins.

Par ailleurs, le spectre d'intervention des conseils de discipline est aussi limité en ce qu'ils peuvent seulement imposer des mesures de sanction au professionnel ayant commis une ou des infractions. Ils ne peuvent donc pas proposer d'améliorations visant d'autres professionnels du CMS, son administration ou sa culture organisationnelle. Pour ces raisons, nous concluons qu'il manque un forum accessible aux CMS où les patients peuvent faire valoir leurs récriminations ou insatisfactions et dont la ou les personnes adjudicatrices ont la possibilité de statuer sur le CMS dans son ensemble.

Un tel forum aurait pour potentiel de rendre les CMS davantage imputables auprès de leurs patients pour les services rendus⁴⁰⁸ et permettrait l'examen de reproches systémique

⁴⁰⁷ Voir le chapitre II section A) ii) portant sur les recours en responsabilité.

⁴⁰⁸ Cela part de la réflexion que la procédure de traitement des plaintes du Réseau a le potentiel intéressant de favoriser son imputabilité. Voir Catherine RÉGIS, « The Accountability Challenge in Health Care: The

quant aux CMS et le cas échéant, la recommandation de mesures correctrices. Pour l'atteinte de cet objectif, il est pertinent de s'attarder au régime de traitement des plaintes du Réseau, lequel a été mis en place pour répondre aux besoins des usagers d'exprimer leurs insatisfactions quant aux services reçus ou qu'ils auraient dû recevoir.⁴⁰⁹ L'accessibilité de la procédure de traitement des plaintes étant primordiale, la LSSSS prévoit d'ailleurs que nul ne peut exercer ou tenter d'exercer des représailles à l'égard de toute personne qui formule une plainte.⁴¹⁰

Cette procédure de traitement des plaintes constitue une mesure visant à assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés dans le Réseau, notamment parce qu'elle le rend davantage imputable en forçant la justification, et les conséquences auprès, des professionnels de la santé.⁴¹¹ Elle favorise également une meilleure communication entre les patients et les professionnels.⁴¹² Comme l'écrit l'auteure Lecoq, « *dans une optique d'amélioration continue, le recours à ce régime interne de traitement des plaintes peut contribuer de manière importante au bon fonctionnement de l'établissement et, à plus grande échelle, à celui du réseau de la santé et des services sociaux* ». ⁴¹³ Elle écrit même qu'il est « *essentiel à un réseau en « santé* ». ⁴¹⁴ C'est une déficience du régime des CMS.

Brièvement, la LSSSS prévoit que le conseil d'administration de chaque CISSS ou établissement de santé et de services sociaux non fusionné (ci-après désigné « **établissement** ») doit, par règlement, établir une procédure d'examen des plaintes.⁴¹⁵ Un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (ci-après désigné

Contribution of a Health Ombudsman », (2014) 4-1 *Revue d'arbitrage et de médiation* 87. Nous supposons qu'une procédure de traitement des plaintes applicable aux CMS aurait un effet collatéral similaire. L'auteure écrit d'ailleurs que les mécanismes de prévention et règlement des différends sont importants pour favoriser l'imputabilité en santé.

⁴⁰⁹ Nathalie LECOQ, « Le régime de traitement des plaintes au sein des établissements de santé et de services sociaux », dans M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD (dir.), préc., note 33, p. 739, à la page 739.

⁴¹⁰ LSSSS, art. 73.

⁴¹¹ Catherine RÉGIS, préc., note 408, p. 87.

⁴¹² *Id.*, p. 117.

⁴¹³ N. LECOQ, préc., note 409, p. 739.

⁴¹⁴ *Id.*, p. 739

⁴¹⁵ LSSSS, art. 29 et Projet de loi 10.

« **Commissaire** ») doit être nommé par le conseil d'administration de tout CISSS ou établissement, lequel est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes, avec les commissaires locaux adjoints aux plaintes et à la qualité des services.⁴¹⁶ Un médecin examinateur est également désigné par le conseil d'administration de tout CISSS ou établissement, lequel est responsable envers le conseil d'administration de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un résident, un dentiste ou un pharmacien.⁴¹⁷ À la suite d'une plainte reçue d'un usager, le Commissaire, ou le médecin examinateur, l'examine, puis dans un délai de 45 jours, informe l'usager des conclusions motivées auxquelles il en arrive et, le cas échéant, de ses recommandations.⁴¹⁸ Le Commissaire peut même intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ne sont pas respectés.⁴¹⁹ Le médecin examinateur peut d'ailleurs acheminer une plainte vers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour études à des fins disciplinaires,⁴²⁰ le Réseau possédant son propre processus disciplinaire à l'interne.⁴²¹ Lorsque les patients sont insatisfaits des décisions des Commissaires, ils peuvent en demander la révision auprès du Protecteur du citoyen du Québec.⁴²² Pour ce qui est des décisions du médecin examinateur, les patients peuvent en demander la révision auprès du comité de révision.⁴²³

Ce régime de traitement des plaintes du Réseau s'applique seulement aux CMS dans le cadre d'ententes conclues avec un établissement suivant l'article 108 de la LSSSS⁴²⁴ ou d'ententes conclues à titre de CMA.⁴²⁵ Ainsi, *a contrario*, les soins dispensés par les CMS hors d'une entente avec le Réseau ne sont pas soumis à cette procédure de traitement des plaintes. Or, l'article 60 de la LSSSS prévoit spécifiquement l'applicabilité du régime de

⁴¹⁶ LSSSS, art. 30 et 33 Projet de loi 10.

⁴¹⁷ LSSSS, art. 42 et Projet de loi 10.

⁴¹⁸ LSSSS, art. 34, 46 et 49.

⁴¹⁹ *Id.*, art. 34, al. 2, au para. 7.

⁴²⁰ *Id.*, art. 46, au para. 2 et 48. Pour plus de détails sur la procédure de traitements des plaintes du Réseau, voir N. LECOQ, préc., note 409.

⁴²¹ LSSSS, art. 214, au para. 5 et 249.

⁴²² *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, L.R.Q., c. P-31.1, art. 8.

⁴²³ LSSSS, art. 52.

⁴²⁴ *Id.*, art. 34.

⁴²⁵ *Id.*, art. 60 et 349.3, al. 2.

traitement des plaintes du Réseau à certaines organisations privées, qu'elles aient conclu ou non une entente avec le Réseau, soient les organismes communautaires et les RPAs.⁴²⁶ Ainsi, comme il l'a fait pour ces organisations, le législateur aurait pu choisir de le rendre applicable systématiquement à l'ensemble des CMS, en incluant expressément les CMS à l'article 60 de la LSSSS, mais il ne l'a pas fait.

Bien que nous estimions le régime de traitement des plaintes du Réseau fort avantageux pour favoriser le règlement des différends dans le cadre d'une prestation de soins, nous ne croyons pas que l'option à privilégier soit de l'étendre aux patients de CMS. En effet, cette avenue aurait pour désavantage de converger des ressources financières et humaines du public vers le privé, lesquelles ne suffisent déjà pas.⁴²⁷ Le Protecteur du citoyen du Québec a d'ailleurs dénoncé à quelques reprises le manque de ressources auquel sont confrontés certains Commissaires, menant parfois au non-respect du délai de 45 jours prévu par la loi pour rendre une décision.⁴²⁸ Ainsi, à notre avis, ajouter cette charge supplémentaire aux Commissaires nuirait éventuellement à la procédure de traitement des plaintes du Réseau. Même si un système utilisateur-payeur devait être mis en place pour pallier à ces inconvénients, nous doutons que ces argents supplémentaires serviraient à augmenter les ressources humaines du Commissaire et qu'ils permettraient donc de neutraliser les effets de cette charge additionnelle de travail.

Le traitement des plaintes des patients de CMS est une préoccupation que le Ministre avait en tête dès l'adoption du Projet de loi 34. En effet, à l'origine, le Ministre avait publié un document s'intitulant *Normes applicables à un centre médical spécialisé en vue d'assurer*

⁴²⁶ Id., art. 60, aux para. 1 et 3, 334 et 346.0.1. À noter que suivant l'adoption du Projet de loi 10, suivant l'article 51, l'examen des plaintes se fait maintenant par le CISSS.

⁴²⁷ Voir les remarques des auteurs Arweiler et Contandriopoulos dans D. Arweiler et A.-P. Contandriopoulos, préc., note 173, p. 94.

⁴²⁸ PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport annuel d'activités 2012-2013*, Protecteur du citoyen, Québec, 2013, en ligne : <<http://www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2013/2013091201/#2>> (consulté le 23 mars 2016), à la page 76; PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport annuel d'activités 2011-2012*, Protecteur du citoyen, Québec, 2012, en ligne : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2011-12/10_RA_2011-12_SSS.pdf> (consulté le 23 mars 2016), à la page 112; PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport annuel d'activités 2010-2011*, Protecteur du citoyen, Québec, 2011, en ligne : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2010-11/RA_10-11_10_SanteSerSociaux.pdf> (consulté le 23 mars 2016), à la page 74.

la qualité et la sécurité de la prestation de soins et services dans lequel étaient répertoriées certaines normes à être respectées par les CMS, notamment pour pallier des disparités entre les exigences prévues à la LSSSS pour les établissements du Réseau et les CMS.⁴²⁹ Ces normes prévoyaient que l'exploitant d'un CMS devait informer les patients de leurs recours possibles auprès du CMQ et des autres ordres professionnels concernés. Ce document pourrait toutefois ne plus être applicable car il ne peut être retrouvé sur le site du MSSS.

De même, dans le cadre du processus d'agrément, les organismes d'agrément peuvent prévoir certaines exigences en matière de traitement des plaintes. Par exemple, AC prévoit que la clinique doit « *inform[er] les clients et les partenaires sur le processus qu'ils doivent utiliser pour formuler leurs plaintes ou leurs préoccupations* ». ⁴³⁰ Nous pensons toutefois que le « processus » auquel réfère AC se limite aux mécanismes de droit disciplinaire et de recours en responsabilité. En effet, suivant cette exigence, on retrouve la mention suivante : « *Conseils. Au Québec, les lois précisent quels sont les processus relatifs à la déposition de plaintes provenant de clients et de partenaires.* » Ainsi, à notre avis, cette mention révèle que l'obligation des CMS se limite à informer les patients de la manière dont ils peuvent porter plainte auprès des instances appropriées, mais pas qu'ils doivent adopter un processus de traitement des plaintes interne comme tel. Cela dit, AC mentionne également que « *la clinique [doit] répond[re] rapidement aux plaintes des clients et des partenaires* ». ⁴³¹ Nous en déduisons que les CMS doivent tout de même offrir une certaine réponse aux patients qui portent plainte. De ce qui précède, nous proposons que les exigences en matière de traitement des plaintes dans le cadre du processus d'agrément sont insuffisantes en ce qu'elles sont mineures, vagues et peu substantives. ⁴³²

⁴²⁹ Jean-François LEROUX, *L'impact de la privatisation du système de santé sur les droits des usagers*, essai de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 2011, à la page 89. Voir également FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC, préc., note 16, p. 19 et 20.

⁴³⁰ AGRÉMENT CANADA, préc., note 96, p. 13.

⁴³¹ *Id.*

⁴³² L'information n'est malheureusement pas rendue accessible sur le site Internet du CQA. Nous avons aussi contacté le CQA par voie téléphonique, leur demandant accès auxdites normes, mais nous demeurons en attente d'une réponse à cet effet.

Ainsi, nous recommandons que les exigences en matière de processus de traitement des plaintes de patients quant aux CMS aillent plus loin. Un processus de prévention et de règlement des différends devrait être prévu au contrat intervenu entre le médecin pratiquant en CMS et le patient. À défaut d'un tel contrat écrit, les CMS devraient être contraints, à tout le moins, d'adopter une procédure de traitement des plaintes à laquelle peuvent avoir recours les patients. C'est d'ailleurs l'option privilégiée par l'Angleterre, où tout fournisseur de soins de santé enregistré doit publier et opérer une procédure de plainte.⁴³³ En Alberta, les normes applicables aux cliniques chirurgicales non hospitalières adoptées par le *College of Physicians and Surgeons of Alberta* prévoient également que les cliniques doivent adopter une politique et procédure pour le traitement des plaintes.⁴³⁴ À cet effet, nous avons révisé les divers documents normatifs diffusés par le CMQ qui présentent un intérêt particulier pour les CMS,⁴³⁵ mais n'avons pas pu trouver d'obligation similaire.

À l'instar du régime de traitement des plaintes du Réseau, cette politique de traitement des plaintes ou clause contractuelle prévoyant un mécanisme de règlement des différends aurait pour avantage d'offrir un mécanisme accessible aux patients pour faire valoir leur point de vue et résoudre un conflit qui autrement ne pourrait être résolu ou qui pourrait seulement être résolu par la voie judiciaire ou disciplinaire. De plus, ce mécanisme pourrait permettre de trouver une solution qui répondrait davantage aux besoins et attentes du patient et du CMS et/ou du professionnel, en ce que le pouvoir des personnes adjudicatrices ne serait pas limité à ce que prévoient les recours en responsabilité et le

⁴³³ Margaret BRAZIER et Emma CAVE, *Medicine, Patients and the Law*, 5^e éd., Londres, Penguin UK, 2011, p. 255.

⁴³⁴ NON-HOSPITAL SURGICAL FACILITY TASK FORCE, *Non-Hospital Surgical Facility. Standards & Guidelines*, College of Physicians and Surgeons of Alberta, 2016, en ligne : <http://cpsa.ca/wp-content/uploads/2015/03/NHSF_Standards.pdf?257786> (consulté le 23 mars 2016), p. 39.

⁴³⁵ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 12; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *L'organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier et autres obligations connexes prévues par le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercices et la cessation d'exercice d'un médecin. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, préc., note 293; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *L'évaluation de l'acte médical. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, préc., note 293; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, préc., note 293 et COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC & ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, *La sédation – analgésie. Lignes directrices*, préc., note 293.

mécanisme disciplinaire (i.e. l'indemnisation et la sanction de professionnels). Pour que le mécanisme soit réellement efficace et qu'il comporte des garanties suffisantes d'impartialité, il est essentiel que la tierce partie chargée de tenter de régler le différend ne soit pas nommée à la seule discrétion du CMS. Par exemple, la clause contractuelle ou la politique pourrait prévoir la nomination d'un conciliateur, d'un médiateur ou d'un arbitre

Au final, ce mécanisme à considérer assurerait une meilleure imputabilité des CMS envers leurs patients, en leur offrant un mécanisme de résolution des différends accessible et dont le pouvoir d'intervention irait au-delà de la compensation financière et de la sanction des professionnels.⁴³⁶ Au surplus, ce mécanisme aurait une certaine utilité dans le cadre du processus d'agrément, alors qu'un CMS doit recueillir des données quant à la satisfaction de sa clientèle.⁴³⁷

CONCLUSION

Le régime des CMS est une illustration bien concrète de l'ingérence de l'administration publique au sein des organisations privées en santé. L'administration publique va même jusqu'à règlementer la pratique et l'organisation de cliniques composées exclusivement de médecins qui ont exercé leur choix de pratiquer à titre de médecins non participants au Régime. Ainsi, malgré la nature privée et indépendante des CMS, on constate que ceux-ci ont leur lot d'exigences et de réglementation à respecter pour pouvoir opérer. Un des objectifs de ces exigences est d'assurer que les traitements spécialisés sont dispensés de façon sécuritaire et avec qualité. Le Législateur a donc incorporé dans la LSSSS plusieurs mécanismes spécifiques visant à assurer la qualité et la sécurité des soins.

⁴³⁶ Pour le fait que le régime de traitement des plaintes du Réseau favorise son imputabilité, voir C. RÉGIS, préc., note 408.

⁴³⁷ Par exemple, Agrément Canada demande à ce que la clinique « *recueille les commentaires des clients sur leur sécurité et la qualité des services* ». AGRÉMENT CANADA, préc., note 96, p. 121.

Il a ainsi prévu des mécanismes que nous avons qualifiés de préventifs, en ce qu'ils visent de prime abord à assurer le respect de certaines normes qualitatives. À ce titre, l'article 333.4 de la LSSSS prévoit l'obligation pour les CMS d'obtenir l'agrément d'un organisme d'accréditation reconnu dans un délai de trois (3) ans d'obtention du permis. Au terme de notre exploration sommaire de la démarche d'agrément, nous avons constaté que celle-ci avait davantage pour conséquence de provoquer un changement qui passe par l'instauration de processus continus d'amélioration de la qualité, que de s'assurer que le CMS atteint certains standards de qualité ou de sécurité. Nous considérons comme fort favorable cette exigence prévue par la loi pour favoriser l'amélioration de la qualité des soins, quoique son traitement législatif ne soit pas optimal. En effet, nous déplorons le délai de grâce de trois ans laissé aux CMS pour obtenir l'agrément,⁴³⁸ de même que le silence de la loi quant à la durée de la validité dudit agrément obtenu. Le législateur aurait mieux fait de prévoir les mêmes exigences en matière d'agrément que celles applicables aux établissements.⁴³⁹

La loi prévoit également une responsabilité pour le directeur médical et l'exploitant quant à la qualité et la sécurité des services. D'abord, l'article 333.4.1 de la LSSSS prévoit la responsabilité de l'exploitant de s'assurer que les traitements dispensés dans le CMS respectent les standards de qualité et de sécurité généralement reconnus. Quoique cet article ajoute une responsabilité additionnelle sur les épaules de l'exploitant quant à la sécurité des soins, nous sommes d'avis qu'en pratique, elle doit avoir peu d'effet concret. En effet, l'exploitant pouvant être une personne morale, nous entrevoyons un problème dans son application concrète. À ce titre, nous estimons que l'obligation de l'exploitant de nommer un directeur médical tel que prévu à l'article 333.5 de la LSSSS constitue un meilleur mécanisme pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS. Celui-ci est investi de deux responsabilités précises, soit celle de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins dispensés et de voir à la mise en place et au respect de procédures médicales normalisées.⁴⁴⁰ Nous avons toutefois émis deux critiques à l'encontre du

⁴³⁸ LSSSS, art. 333.4.

⁴³⁹ Pour les exigences en matière d'agrément applicables aux établissements, voir l'article 107.1 de *id.*

⁴⁴⁰ *Id.*, art. 333.5.

directeur médical, soit que la loi ne précise pas qu'il ne puisse être la même personne que l'exploitant, ce qui peut l'amener, le cas échéant, à considérer des facteurs économiques dans sa prises de décisions, et que sa nomination se fasse par l'exploitant, pour un terme indéfini. La nomination par l'exploitant, et ce pour un terme non défini, nous fait craindre pour son indépendance et son impartialité. En ce qui concerne la mise en place de procédures normalisées, pour maximiser son efficacité à assurer la qualité et la sécurité des soins, nous estimons qu'elles doivent être bien implantées et connues de tous les employés et professionnels du CMS. Sous ces conditions, nous estimons que l'instauration de procédures normalisées est susceptible d'assurer un certain niveau de qualité et de sécurité des soins prodigués en CMS.

La LSSSS prévoit également un mécanisme que nous avons qualifié de sanction pour assurer la qualité et la sécurité des soins, soit le pouvoir du Ministre de suspendre, révoquer ou refuser le renouvellement du permis d'un CMS.⁴⁴¹ Le Ministre peut ainsi sanctionner le CMS si de l'avis du conseil d'administration d'un ordre professionnel, les services professionnels dispensés par les membres de cet ordre n'offrent pas un niveau de qualité ou de sécurité satisfaisant.⁴⁴² Le Ministre peut aussi choisir d'ordonner au CMS d'apporter les correctifs nécessaires dans un délai déterminé.⁴⁴³ Au terme de notre réflexion, nous avons conclu que ce mécanisme comporte l'avantage d'éviter qu'une situation d'inadéquation des soins ne perdure, en plus de générer un certain incitatif auprès des CMS à offrir des services adéquats.

Ce pouvoir du Ministre peut également servir à s'assurer que d'autres mécanismes prévus à la LSSSS visant à s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins dispensés en CMS soient respectés. En effet, le Ministre peut suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le permis d'un CMS qui fait défaut d'obtenir l'agrément dans un délai de trois (3) ans ou qui fait défaut de le maintenir, ou dont l'exploitant ou le directeur médical ne respecte pas les obligations qui lui sont imposées.⁴⁴⁴ Au final, nous émettons une réserve à l'égard de

⁴⁴¹ *Id.*, art. 446.1 et suivants.

⁴⁴² *Id.*, art. 446.1.

⁴⁴³ *Id.*, art. 448.

⁴⁴⁴ *Id.*, art. 446.1.

ce dispositif en ce que nous doutons de l'étendue avec laquelle le Ministre applique son pouvoir, spécialement dans l'éventualité où le Réseau dépend des CMS pour consolider son offre de soins. En ce sens, ce moyen conserve le potentiel d'être efficace, tant que le Réseau ne dépend pas des CMS et qu'il continue à protéger sa capacité à offrir des traitements spécialisés.

En plus des mécanismes spécifiques prévus à la loi, nous avons identifié des mécanismes généraux applicables à tous les organismes privés producteurs de services de santé qui revêtent le potentiel d'assurer une meilleure qualité et sécurité des soins. Nous les avons classés en deux catégories. D'abord, les mécanismes de régulation indirects qui, bien qu'une meilleure qualité des soins ne soient pas leur objectif principal, il s'agit d'un de leurs effets collatéraux. Sous cette catégorie, nous avons regroupé la motivation économique et les recours en responsabilité. Il appert toutefois que la motivation économique, soit le désir de réaliser un profit, milite plutôt en faveur d'une moins bonne qualité des soins. Il s'agit de la conclusion à laquelle arrive la majorité des études que nous avons étudiées sur le sujet.⁴⁴⁵ Selon nos recherches, cela s'expliquerait en partie par le fait que les patients sont généralement néophytes en matière médicale et que les CMS, de par la perspective de profits, sont probablement davantage incités à investir des sommes d'argent sur ce qui peut être apprécié de la clientèle (comme l'aspect esthétique des locaux et des équipements), que sur des aspects plus abstraits pour la clientèle (comme la qualité des soins). Également, suivant certaines études, les organismes publics en santé auraient plus de personnel que les organisations privées, lequel est mieux qualifié.⁴⁴⁶ Au final, il appert que la motivation économique incite les organisations privées en santé à couper leurs dépenses pour maximiser le profit, constituant ainsi un rempart aux investissements pour assurer une meilleure qualité et sécurité des soins.

⁴⁴⁵ A. QUESNEL-VALLÉE et L. SODERSTROM, préc., note 197, p. 61; P. A. LAMARCHE et A. TRIGUB-CLOVER, préc., note 196; P. J. DEVEREAUX et al., préc., note 191; K. M. MCGRAIL, M. J. MCGREGOR, M. COHEN, R. B. TATE et L. A. RONALD, préc., note 195.

⁴⁴⁶ F. BÉLAND et C. CAMBOURIEU, préc., note 214, p. 322; J. DEVEREAUX et al., préc., note 191, p. 1405; K. M. MCGRAIL, M. J. MCGREGOR, M. COHEN, R. B. TATE et L. A. RONALD, préc., note 195, p. 58 et K. M. MCGRAIL et al., préc., note 214.

En ce qui concerne le mécanisme des recours en responsabilité, nous sommes d'opinion qu'il génère une crainte susceptible d'encourager les professionnels à prodiguer des soins sécuritaires de qualité. Son effet est accru si les recours en responsabilité sont publicisés auprès de la clientèle potentielle, ce qui n'est pas évident considérant notamment les clauses de confidentialité que nous retrouvons fréquemment dans les règlements intervenus. Nous sommes d'avis que le faible nombre de poursuites en responsabilité dans le domaine médical, lequel est dû en grande partie à un problème d'accessibilité à la justice, vient par ailleurs amoindrir l'effet pratique de ce mécanisme pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS.

La deuxième catégorie de mécanismes généraux applicables à tous les organismes privés producteurs de services de santé que nous avons identifiée est les mécanismes issus de la réglementation professionnelle. À cet effet, nous avons alors ciblé les codes de déontologie et autres documents normatifs (comprenant les guides de pratique, lignes directrices, normes, etc.), de même que le processus disciplinaire. Nos lectures ont révélé des difficultés inhérentes aux organismes d'autorégulation que constituent les ordres professionnels, notamment la présence d'intérêts divergents dans l'élaboration des normes, générant ainsi une sous-régulation, ainsi qu'une crainte de manque d'impartialité,⁴⁴⁷ notamment au niveau des décisions disciplinaires qui ont pour réputation de manquer de sévérité.⁴⁴⁸ Nous constatons par ailleurs que les codes de déontologie contiennent des normes générales de bonnes conduites larges qui font peu concrètement pour assurer une haute qualité des soins dispensés en CMS. En ce qui concerne les autres documents normatifs diffusés par les ordres professionnels, ceux-ci contiennent des normes plus spécifiques davantage susceptibles de se coller aux normes actuelles de la médecine, revêtant une pertinence plus soutenue pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS. Ces documents ont toutefois pour inconvénient de ne pas constituer des normes légales, quoiqu'à notre avis, le non-respect de ceux-ci expose les professionnels à une plainte disciplinaire ou à un recours en responsabilité, si de ce fait,

⁴⁴⁷ T. EPPS, préc., note 218, p. 78 à 85.

⁴⁴⁸ *Id.*, p. 113; Y. BOISVERT, « La ridicule sanction d'un dentiste », préc., note 357; Y. BOISVERT, « La complaisance coupable du Collège des médecins », préc., note 357; Y. BOISVERT, « La drôle de justice des docteurs », préc., note 357; M.-È. GIGUÈRE, préc., note 358.

survient un dommage. Somme toute, leur efficacité comme mécanisme pour assurer la qualité et la sécurité des soins dépend de la volonté des professionnels de les mettre en application, le mécanisme disciplinaire pouvant constituer un incitatif à cet égard.

Le processus disciplinaire a l'avantage de constituer un forum de plainte accessible et gratuit pour les patients. Ceci est sans conteste un avantage de ce mécanisme par rapport aux recours en responsabilité. De plus, il a le potentiel de générer un sentiment de crainte chez les professionnels et de les inciter à offrir des soins de haute qualité sécuritaires. Le potentiel de crainte qu'il génère est toutefois discutable considérant le manque de sévérité allégué des décisions disciplinaires.⁴⁴⁹ Il permet également l'identification de pratiques de soins déficientes et le cas échéant, la sanction des professionnels s'y adonnant. Malgré ces avantages indéniables du mécanisme, le Rapport Prichard et l'auteure Epps concluent que le mécanisme n'est pas très efficace pour assurer la qualité des soins en santé.⁴⁵⁰

Bien que pris individuellement les mécanismes applicables aux CMS ne soient pas optimaux pour assurer la qualité et la sécurité des soins qui y sont dispensés, nous arrivons à la conclusion que mis en commun, ils offrent plusieurs garanties d'une pratique sécuritaire de soins de qualité. Un mécanisme gage d'imputabilité et de transparence leur fait toutefois grandement défaut, soit celui de la constitution d'un registre d'incidents et d'accidents et la divulgation des renseignements qui y sont consignés. Ce mécanisme permettrait un meilleur suivi de l'efficacité des mécanismes déjà en place pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS, en permettant une vérification systématique de la sécurité des soins qui y sont effectués. Dans cette optique, nous proposons donc qu'il soit obligatoire pour les CMS de consigner les informations relatives aux accidents et incidents qui se produisent dans le cadre de la prestation de soins dans un registre prévu à cet effet, ledit registre devant être transmis annuellement au CMQ. Nous insistons également à l'effet qu'il soit obligatoire pour les CMS de rendre ces

⁴⁴⁹ Y. BOISVERT, « La ridicule sanction d'un dentiste », préc., note 357; Y. BOISVERT, « La complaisance coupable du Collège des médecins », préc., note 357; Y. BOISVERT, « La drôle de justice des docteurs », préc., note 357; M.-È. GIGUÈRE, préc., note 358; T. EPPS, préc., note 218, p. 113.

⁴⁵⁰ T. EPPS, préc., note 218, p. 81; Rapport Prichard, p. 21.

informations accessibles du public, en les publiant sur leur site Internet. Cela offrirait aux patients davantage de garanties de transparence et d'imputabilité.

Par ailleurs, nous déplorons aussi le défaut de mécanisme de traitement de plaintes accessible, impartial et indépendant applicable aux CMS, réitérant le fait que le processus disciplinaire est affligé d'une crainte de manque d'impartialité en raison du jugement par les pairs. S'inspirant du régime de traitement des plaintes internes du Réseau,⁴⁵¹ nous proposons que les CMS aient l'obligation de prévoir à ses contrats ou d'adopter, une procédure de prévention et de règlement des différends. Pour produire l'effet souhaité d'imputabilité envers les patients, il est important que la procédure de traitement des plaintes permette l'examen de reproches systémiques quant aux CMS et qu'elle prévoit un large pouvoir de réparation (recommandations, correctifs à apporter, mesures à mettre en place, compensations financières, mesures à l'encontre d'employés, de la direction ou de professionnels, etc.).

D'autres dispositifs visant à assurer un niveau de qualité et de sécurité des traitements dispensés en CMS auraient pu être exposés dans cet essai. Des contraintes d'espaces nous ont obligés à faire un choix à cet égard. Nous avons donc retenu les mécanismes qui nous semblaient les plus significatifs.

En effet, l'inspection professionnelle et les normes préétablies d'admission aux diverses professions sont des processus susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS. La non-application des droits des usagers prévus aux articles 4 à 16 de la LSSSS (notamment le droit d'être informé de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu, le droit de recevoir des services adéquats sur les plans scientifiques, humains et sociaux, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire, le droit au professionnel ou à l'établissement de son choix, le droit de recevoir les soins que requiert son état de santé, le droit d'être informé sur son état de santé et le

⁴⁵¹ LSSSS, art. 29 et suivants.

droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix) peuvent également avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins dispensés en CMS.⁴⁵²

L'autonomie et son effet de responsabilisation sur les organismes privés producteurs de santé a également été évacuée de la présente analyse. Or, comme l'exprime l'auteure Philips-Nootens, l'autonomie comporte comme avantage d'encourager les organisations à assumer pleinement leurs responsabilités et de stimuler le dynamisme des gestionnaires.⁴⁵³ Nous adhérons à cette réflexion et c'est pourquoi nous estimons qu'à travers cette ingérence de l'administration publique au sein des organisations privées que sont les CMS, il est important de conserver à l'esprit l'importance de la dimension de l'autonomie des organisations. L'idéal est donc de trouver un juste équilibre entre autonomie et responsabilisation et ingérence et reddition de compte.

C'est pour cette raison, par exemple, que nous ne sommes pas allées jusqu'à recommander l'instauration de critères davantage développés pour l'obtention d'un permis de CMS. En effet, une option demeure de prévoir des critères d'obtention de permis davantage soutenus et contraignants, comme il est prévu pour la certification des RPAs.⁴⁵⁴ En ce sens, tel qu'opiné par l'auteure Philips-Nootens,⁴⁵⁵ nous estimons qu'il est important de mettre de l'avant une mentalité de responsabilisation des CMS qui passe aussi par la confiance, la collaboration et le partenariat. Autrement, il faut se questionner sur la réelle place que nous sommes prêts à concéder au privé en santé.

⁴⁵² Pour une analyse sur l'impact du régime des CMS sur les droits des usagers tels que conférés par la LSSSS, nous vous referons à J.-F. LEROUX, préc., note 429.

⁴⁵³ S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 270, p. 310.

⁴⁵⁴ *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, préc., note 176.

⁴⁵⁵ S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 270, p. 315 à 317.

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION

Code civil du Québec, L.Q. 1991, c.64

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, (2015) 836 G.O. II, 3866

Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec, (2012) 1126 G.O. II, 5415

Code de déontologie des médecins, (2014) 1113 G.O. II, 4586

Code des professions, L.R.Q., c. C-26

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et services sociaux, L.Q. 2003, c. 21

Loi sur l'assurance hospitalisation, L.R.Q., c. A-28

Loi sur l'assurance maladie, L.R.Q., c. A-29

Loi sur la justice administrative, L.R.Q., c. J-3

Loi d'interprétation, L.R.Q., c. I-16

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres, L.R.Q., c. L-0.2

Loi médicale, L.R.Q., c. M-9

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, L.Q. 2002, c. 71

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, L.Q. 2006, c. 43

Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale, L.Q. 2009, c. 29

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, L.Q. 2015, c. 1

Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, L.R.Q., chapitre P-31.1

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2

Règlement sur l'assurance responsabilité professionnelle des médecins, R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 15

Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés, (2015) 855 G.O. II, 3917

Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, (2007) 901 G.O. II, 4391

Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin, (2012) Décision 2012-04-27 G.O. II, 2415

Règlement sur les frais exigibles pour la délivrance ou le renouvellement d'un permis de centre médical spécialisé, (2008) 706 G.O. II, 4009

Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé, (2010) 706 G.O. II, 3715

Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société, (2007) 191 G.O. II, 1436

JURISPRUDENCE

Ban c. Centre universitaire de santé McGill (CUSM) – Hôpital Royal-Victoria, [2005] R.R.A. 772 (C.S.)

Cameron c. Turgeon (Clinique d'esthétique de la Capitale), 2009 QCCQ 881

Chaoulli c. Québec (Procureur général), [2005] 1 R.C.S. 791

Cloutier c. Centre Hospitalier de l'Université Laval, [1990] R.J.Q. 717 (C.A.)

Fédération des médecins spécialistes du Québec c. Bolduc, 2015 QCCS 2680, inscrit en appel, 2015-07-15 (C.A.), 500-09-025442-153

Fortin c. Tribunal des professions, [2003] R.J.Q. 1277 (C.S.).

Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault, [2001] R.R.A. 329

Lachine General Hospital Corporation c. Québec (Procureur général), [1996] R.J.Q. 2804

Paquette (succession de) c. Dabbagh, [2007] R.R.A. 170 (C.S.)

Pilon c. Centre Lapointe Inc., [2005] R.R.A. 937.

DOCTRINE

Monographies et ouvrages collectifs

BAUDOIN J.-L. et P. A. MOLINARI, *Services de santé et services sociaux*, 15^e éd., coll. Lois et Règlements Judico, Montréal, Wilson & Lafleur, 2014

BELAND, F., A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLEE et L. ROBERT (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008

BOURASSA FORCIER, M. et A.-M. SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, Markham, LexisNexis Canada Inc., 2014

BRAZIER, M. et E. CAVE, *Medicine, Patients and the Law*, 5^e éd., Londres, Penguin UK, 2011

D. DONAHUE, J. et J. S. NYE JR. (dir.), *Market-Based Governance: Supply Side, Demand Side, Upside and Downside*, Washington, Brookings Institute Press, 2002

DOWNIE, J., T. CAULFIELD et C. M. FLOOD (dir.), *Canadian Health Law and Policy*, 4^e éd., Markham, LexisNexis Canada Inc., 2011, 115

D. MILLER, R., *Problems in Health Care Law*, 9^e éd., Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2006

PHILIPS-NOOTENS, S., P. LESAGE-JARJOURA et R. P. KOURI, *Éléments de responsabilité civile médicale. Le droit dans le quotidien de la médecine*, 3^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007

VILLENEUVE, J.-G., N. DUBE et T. HOBDAV, *Précis de droit professionnel*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007

Articles de revues et études d'ouvrages collectifs

ANGELOPOULOU, P., G. BABIS et P. KANGIS, « Private and Public Medicine : A Comparison of Quality Perceptions », (1998) 11-1 *International Journal of Health Care Quality Assurance* 14

ARWEILER, D. et A.-P. CONTANDRIOPOULOS, « Le financement du système de santé québécois : dynamique et enjeux », dans M.-J. FLEURY, M. TREMBLAY, H. NGUYEN et L. BORDELEAU (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Les Éditions de la Chenelière inc., 2007, p. 79

BELAND, F. et C. CAMBOURIEU, « L'assurance privée : les autres le font, pourquoi pas nous », dans F. BELAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLEE et L. ROBERT (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 312

BERNARD, P., « La sanction en droit disciplinaire : quelques réflexions », dans S.F.C.B.Q., *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire (2004)*, Cowansville, Editions Yvon Blais, 2004, p. 73

BRAITHWAITE, J., D. GREENFIELD, J. WESTBROOK, M. PAWSEY, M. WESTBROOK, R. GBBERD, J. NAYLOR, S. NATHAN, M. ROBINSON, B. RUNCIMAN, M. REDMAN, B. JOHNSON, A. CORBETT, D. HENNESSY, J. CLARK, J. LANCASTER, « Health service accreditation as a predictor of clinical and organizational performance: A blinded, random, stratified study », (2011) 19 *Quality and Safety in Health Care* 14

BRAVO, G., M.-F. DUBOIS, L. DEMERS, N. DUBUC, D. BLANCHETTE, K. PAINTER, C. LESTAGE et C. CORBIN, « Does Regulating Private Long-Term Care Facilities Lead to Better Care? A Study from Quebec, Canada », (2014) 26-3 *International Journal of Quality in Health Care* 330

CASTONGUAY, J., « Evolution comparée des politiques de santé au Québec », dans M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, Markham, LexisNexis Canada Inc., 2014, 3

DESLAURIERS, P., « La responsabilité médicale et hospitalière » dans Collection de droit 2015-2016, École du Barreau du Québec, vol. 4, *Responsabilité*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2015, p. 133

DEVEREAUX, P.J., P. T.L. CHOI, C. LACCHETTI, B. WEAVER, H. J. SCHÜNEMANN, T. HAINES, J. N. LAVIS, B. J.B. GRANT, D. R.S. HASLAM, M. BHANDARI, T. SULLIVAN, D. J. COOK, S. D. WALTER, M. MEADE, H. KHAN, N. BHATNAGAR et G. H. GUYATT, « A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals », (2002) 166-11 *Canadian Medical Association Journal* 1399, p. 1404

- DICKENS, B., « Medical Negligence », dans J. DOWNIE, T. CAULFIELD et C. M. FLOOD (dir.), *Canadian Health Law and Policy*, 4^e éd., Markham, LexisNexis Canada Inc., 2011, 115
- EGGLESTON, K. et R. ZECKHAUSER, « Government Contracting for Health Care », dans J. D. DONAHUE et J. S. NYE JR. (dir.), *Market-Based Governance: Supply Side, Demand Side, Upside and Downside*, Washington, Brookings Institute Press, 2002, p. 29
- EPPS, T., « Regulation of Health Care Professionals dans J. DOWNIE, T. CAULFIELD et C. M. FLOOD (dir.), *Canadian Health Law and Policy*, 4^e éd., Markham, LexisNexis Canada Inc., 2011, p. 75
- M. FLOOD, C. et A. HAUGAN, « Is Canada Odd? A Comparison of European and Canadian Approaches to Choice and Regulation of the Public/Private Divide in Health Care », (2010) 5-3 *Health Economics, Policy and Law* 319
- FRUMKIN, P., « Service Contracting with Nonprofit and For-Profit Providers: On Preserving a Mixed Organizational Ecology », dans J. D. DONAHUE et J. S. NYE JR. (dir.), *Market-Based Governance: Supply Side, Demand Side, Upside and Downside*, Washington, Brookings Institute Press, 2002, p. 66
- GREENFIELD, D. et J. BRAITHWAITE, « Health sector accreditation research: A systematic review », (2008) 20 *International Journal for Quality in Health Care* 172, 175
- KHADIR, S., « Privatisation sournoise du système de santé », (2011) 3-1 *Revue vie économique* 1, en ligne : <<http://www.eve.coop/?a=108>> (consulté le 19 janvier 2012)
- LAHEY, W., « Medicare and the Law : Contours of an Evolving Relationship », dans J. DOWNIE, T. CAULFIELD et C. M. FLOOD (dir.), *Canadian Health Law and Policy*, 4^e éd., Markham, LexisNexis Canada Inc., 2011, p. 1
- A. LAMARCHE, P. et A. TRIGUB-CLOVER, « La propriété privée des organisations de santé : quels effets sur les services? », dans F. BELAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLEE et L. ROBERT (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 405
- LARGENTE, L., « Gestion des risques dans les établissements de santé au Québec », dans M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, Markham, LexisNexis Canada Inc., 2014, p. 645
- LAVERDIERE, M., « L'exercice d'une profession de la santé et le droit professionnel », dans M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, Markham, LexisNexis Canada Inc., 2014, p. 287
- LAVERDIERE, M., « Les suites de l'arrêt *Chaoulli* et les engagements internationaux du Canada en matière de protection des droits fondamentaux », (2007) 38 *R.D.U.S.* 1

LECOQ, N., « Le régime de traitement des plaintes au sein des établissements de santé et de services sociaux », dans M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, Markham, LexisNexis Canada Inc., 2014, p. 739

LEGER-RIOPEL, N., « Les directives cliniques et le droit de la santé : entre outils de gouvernance et fondements de responsabilité », dans M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, Markham, LexisNexis Canada Inc., 2014, p. 475

LEHOUX, P. et M. HIVON, « Les nouvelles technologies en santé : un bien hybride? », dans F. BÉLAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLEE et L. ROBERT (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 78

MANFREDI, C. et A. MAIONI, « L'arrêt Chaoulli et la judiciarisation des politiques de santé », dans F. BÉLAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLEE et L. ROBERT (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 264

M. MCGRAIL, K., M. J. MCGREGOR, M. COHEN, R. B. TATE et L. A. RONALD, « For-profit versus not-for-profit delivery of long term care », (2007) 176-1 *Canadian Medical Association Journal* 57

M. MCGRAIL, K., M. J. MCGREGOR, M. COHEN, A. M. BROEMELING, R. N. ADLER, M. SCHULZER, Y. CVITKOVICH, M. BECK et L. A. RONALD, « Staffing levels in not-for-profit and for-profit long-term care facilities: Does type of ownership matter? », (2005) 172-5 *Canadian Medical Association Journal* 645

MCGREGOR, M., R. B. TATE, K. M. MCGRAIL, L. A. RONALD, A.-M. BROEMELING et M. COHEN, « Care Outcomes in Long-Term Care Facilities in British Columbia, Canada. Does Ownership Matter? » (2006) 44-10 *Medical Care* 929

H. MOORE, M., « Privatizing Public Management » dans J. D. DONAHUE et J. S. NYE JR. (dir.), *Market-Based Governance: Supply Side, Demand Side, Upside and Downside*, Washington, Brookings Institute Press, 2002, p. 296

PHILIPS-NOOTENS, S., « Rendre la santé aux citoyens. De l'accès aux services à une nouvelle gouvernance », dans R. P. KOURI et C. REGIS, *Les grands défis en droit et politiques de la santé*, Cowansville, Yvon Blais, 2010, p. 295

PINEAULT, R., J.-F. LEVESQUE, M. BRETON, M. HAMEL et D. ROBERGE, « La première ligne : quel rôle pour les organisations publiques, privées et mixtes? », dans F. BELAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLEE et L. ROBERT (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 427

POMEY, M.-P. et C.-A. DUBOIS, « L'analyse comparative des systèmes de santé : réformes et enjeux », dans M.-J. FLEURY, M. TREMBLAY, H. NGUYEN et L. BORDELEAU (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Les Éditions de la Chenelière inc., 2007, p. 133

POMEY, M.-P., L. LEMIEUX-CHARLES, F. CHAMPAGNE, D. ANGUS, A. SHABAH et A.-P. CONTANDRIOPOULOS, « Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian health care organizations », (2010) 5 *Implementation Science*, 31

PRÉMONT, M.-C., « Clearing the Path for Private Health Markets in Post-Chaoulli Quebec », (2008) Special Edition *Health Law Journal* 237

PREMONT, M.-C., « Le droit comme trompe l'œil : l'exemple de la modernisation du droit de la santé », dans P. NOREAU et L. ROLLAND (dir.), *Mélanges d'Andrée Lajoie : le droit, une variable dépendante*, Montréal, Thémis, 2008, p. 691

PREMONT, M.-C., « Le rôle émergent des contrats dans le réseau sociosanitaire québécois », (2008) 4-2 *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* 26

PREMONT, M.-C., « Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour Suprême du Canada fondée sur les droits de la personne », dans F. BELAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLEE et L. ROBERT (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 281

PREMONT, M.-C., « Les soins de santé *a mari usque ad mare* : Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé », dans R. Bernier (dir.), *L'espace canadien : mythes et réalités, une perspective québécoise*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2010, p. 139

PRÉMONT, M.-C. et J. TURGEON, « Emerging Private Investment Opportunities in Canadian Healthcare : Impact on Governance of Provincial Health Systems », (2009) 18 *PUBLIC*, en ligne : <<http://www.esade.edu/public/modules.php?name=news&idnew=504&idissue=45&newlang=english>> (consulté le 22 mai 2012)

QUESNEL-VALLEE, A. et L. SODERSTROM, « Le défi démographique du vieillissement : une menace pour le financement des services de santé? », dans F. BELAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLEE et L. ROBERT (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 46

REGIS, C. et A.-M. SAVARD, « L'accès aux soins et aux médicaments au Québec; entre l'idéal et la réalité », (2009-2010) 40 *R.D.U.S.* 269

RÉGIS, C., « The Accountability Challenge in Health Care: The Contribution of a Health Ombudsman », (2014) 4-1 *Revue d'arbitrage et de médiation* 87

SAVARD, A.-M., « Le réseau local de services de santé et de services sociaux et les ententes contractuelles entre partenaires locaux », dans M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, Markham, LexisNexis Canada Inc., 2014, p. 83

TROTTIER, L.-H., A.-P. CONTANDRIOPOULOS et M.-A. FOURNIER, « La gestion des listes d'attente au Québec », dans F. BELAND, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, A. QUESNEL-VALLÉE et L. ROBERT (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 342

VOGEL, L., « The practicality of practice guidelines », (2011) 183-18 *Canadian Medical Association Journal* E1295

WEBSTER, P. C., « Value of medical practice guidelines questioned », (2010) 182-4 *Canadian Medical Association Journal* E190

Rapports d'organismes publics ou para-publics

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes (Rapport Clair)*, Québec, Publications du Québec, 2000, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>> (consulté le 4 août 2012)

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC, *Rapport du Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec (Rapport Arpin)*, 1999, Québec, Publications du Québec, en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99_653/rapport.pdf> (consulté le 8 août 2012)

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ, *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent*, Québec, Publications du Québec, 2008

MARANDA, C., *Rapport 2014-2015 des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins et services de santé au Québec*, La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 2015, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-735-01W.pdf>> (consulté le 10 mars 2016)

PRICHARD, R.S., *La responsabilité et l'indemnisation dans les soins de santé. Rapport à la Conférence des sous-ministres de la Santé de l'Étude fédérale-provinciale-territoriale*

sur les problèmes de la responsabilité et de l'indemnisation dans le secteur des soins de santé, Toronto, University of Toronto Press, 1990

PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport annuel d'activités 2012-2013*, Protecteur du citoyen, Québec, 2013, en ligne : <<http://www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2013/2013091201/#2>> (consulté le 23 mars 2016)

PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport annuel d'activités 2011-2012*, Protecteur du citoyen, Québec, 2012, en ligne : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2011-12/10_RA__2011-12_SSS.pdf> (consulté le 23 mars 2016)

PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport annuel d'activités 2010-2011*, Protecteur du citoyen, Québec, 2011, en ligne : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2010-11/RA_10-11_10_SanteSerSociaux.pdf> (consulté le 23 mars 2016)

REGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUEBEC, *Enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur le Centre de chirurgie et de médecine Rockland inc. Faits saillants et analyse*, 2012, en ligne : <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappenq-rockland-fr.pdf>> (consulté le 21 mai 2012)

LE VERIFICATEUR GENERAL DU QUEBEC, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2000-2001. Services d'imagerie médicale. Vérification menée auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Laboratoire de santé publique du Québec, de régies régionales et d'établissements*, tome 1, Le Vérificateur général du Québec, 2002, en ligne : <http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2000-2001-T1/fr_Rapport2000-2001-T1-Chap05.pdf> (consulté le 18 mars 2016)

Autres ouvrages de doctrine

ALDERSON, D. et D. MONTESANO, *Regulating, De-Regulating, and Changing Scopes of Practice in the Health Professions. A jurisdictional Review*, The Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC), Ottawa, 2003, p. 5

ARMSTRONG, W., *The Consumer Experience with Cataract Surgery and Private Clinics in Alberta: Canada's Canary in the Mine Shaft*, Consumer's Association of Canada (Alberta), 2003, en ligne : <<http://www.teamgrant.ca/M-THAC%20Greatest%20Hits/Bonus%20Tracks/Armstrong,%20Wendy/p3539.pdf>> (consulté le 8 mai 2016)

BEAUMONT, M., *L'agrément : Un agent moteur de développement des capacités, d'apprentissage collectif et de socialisation. Une étude de cas en profondeur dans un hôpital privé saoudien*, thèse de doctorat, Montréal, Faculté de médecine, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 2008

COHN, D., *Chaoulli Five Years On : All Bark and No Bite?*, 2010, The Canadian Political Science Association Annual Meeting, Montreal, en ligne : <<http://www.cpsa-acsp.ca/papers-2010/Cohn.pdf>> (consulté le 31 mars 2016)

FLODGREN, G., M.-P. POMEY, S. A. TABER et M. P. Eccles, «Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organization behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Numéro 11, art. no CD008992, 2011

FRAKES, M. et A. B. JENA, *Does Medical Malpractice Law Improve Health Care Quality?*, NBER Working Paper No. 19841, 2014

GIGUERE, M.-È., *La sévérité des sanctions disciplinaires imposées aux médecins québécois : qui est responsable?*, essai de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 2015

LEROUX, J.-F., *L'impact de la privatisation du système de santé sur les droits des usagers*, essai de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 2011

PREMONT, M.-C., *Commentaires sur le projet de Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un CMS*, 2007, en ligne : <http://jungle.ca/pipermail/privatization/attachments/20080204/87d54519/attachment-0003.obj> (consulté le 18 janvier 2013)

REGIS, C., *Mind Over Matter : Using Law & Psychology to Optimize Conflict Resolution in Health Care*, thèse de doctorat, Toronto, Département des études supérieures de la faculté de droit, Université de Toronto, 2008

ARTICLES DE JOURNAUX

BOISVERT, Y., « La complaisance coupable du Collège des médecins », 26 septembre 2012, *La Presse*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/yves-boisvert/201209/25/01-4577574-la-complaisance-coupable-du-college-des-medecins.php>> (consulté le 16 février 2016)

BOISVERT, Y., « La drôle de justice des docteurs », 23 janvier 2013, *La Presse*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/yves-boisvert/201301/22/01-4614024-la-drole-de-justice-des-docteurs.php>> (consulté le 16 février 2016)

BOISVERT, Y., « 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>> (consulté le 16 février 2016)

BRETON, P., « Une clinique médicale blâmée après la mort d'un patient », *La Presse*, 22 avril 2009, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/200904/22/01-849174-une-clinique-medicale-blamee-apres-la-mort-dun-patient.php>> (consulté le 19 janvier 2013)

CHOUINARD, T., *Chirurgies : Barrette fait appel au privé*, 23 février 2016, *La Presse*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201602/23/01-4953773-chirurgies-barrette-fait-appel-au-prive.php>> (consulté le 29 mars 2016)

CHAMPAGNE, S., « Chirurgies au privé : Bolduc dénonce des chirurgiens », 20 février 2012, *La Presse*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201202/19/01-4497689-chirurgies-au-prive-bolduc-denonce-des-chirurgiens.php>> (consulté le 25 mai 2012)

CHAMPAGNE, S., « Chirurgies d'un jour : attendre deux ans plutôt que six mois », 4 août 2012, *La Presse*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/elections-quebec-2012/201208/03/01-4562277-chirurgies-dun-jour-attendre-deux-ans-plutot-que-six-mois.php>> (consulté le 8 août 2012)

CHAMPAGNE, S., « Patients dirigés vers le privé : un phénomène bien connu », 21 février 2012, *La Presse*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201202/20/01-4497892-patients-diriges-vers-le-prive-un-phenomene-bien-connu.php>> (consulté le 8 mai 2016)

CORNELLIER, M.-P., « Poursuite de 440 000 \$ intentée contre un pneumologue du CHUS », *TVA Nouvelles*, 8 mai 2014, en ligne : <<http://www.tvanouvelles.ca/2014/05/08/poursuite-de-440-000-intentee-contre-un-pneumologue-du-chus>> (consulté le 16 avril 2016)

DAOUST-BOISVERT, A., « Le privé dans le secteur de la santé – Des solutions pour éviter le mur. Les limites floues de la légalité permettant à l'imagination entrepreneuriale de professionnels de la santé de s'exprimer », *Le Devoir*, 25 février 2012, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/societe/sante/343630/le-prive-dans-le-secteur-de-la-sante-des-solutions-pour-eviter-le-mur>> (consulté le 19 janvier 2012)

DUMAS, H., « Erreur fatale à la clinique », *La Presse*, 10 février 2011, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/hugo-dumas/201102/10/01-4368763-erreur-fatale-a-la-clinique.php>> (consulté le 19 janvier 2013)

GOBEIL, M., « Mort de Valérie Castonguay : la famille réclame plus d'encadrement dans le privé », *La Presse*, 10 février 2010, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201002/10/01-948423-mort-de-valerie-castonguay-la-famille-reclame-plus-dencadrement-dans-le-prive.php>> (consulté le 19 janvier 2013)

GAGNE, H., « Poursuite de 2 millions \$: son accouchement l'a presque tuée », *Le Journal de Montréal*, 24 janvier 2016, en ligne : <<http://www.journaldemontreal.com/2016/01/24/poursuite-de-2-millions--son-accouchement-la-presque-tuee-a-lhopital>> (consulté le 16 avril 2016)

KELLY-GAGNON, M. et Y. LABRIE, « Système de santé universel et le privé : Prendre exemple sur l'Allemagne », *La Presse*, 28 février 2012, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/opinions/201202/28/01-4500639-systeme-de-sante-universel-et-le-privé-prendre-exemple-sur-lallemagne.php>> (consulté le 19 janvier 2013)

LAFRAMBOISE, A.-S., « Me Jean-Pierre Ménard – « Rien ne garantit la sécurité des patients dans le privé » », *canoe.ca*, 4 mars 2011, en ligne : <<http://fr.canoe.ca/infos/societe/archives/2011/03/20110304-184544.html>> (consulté le 6 septembre 2012)

NADEAU, J., « Le Conseil pour la protection des malades croit pouvoir faire mieux », *Le Devoir*, 17 septembre 2015, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/societe/sante/450296/commissaires-aux-plaintes-le-conseil-pour-la-protection-des-malades-croit-pouvoir-faire-mieux>> (consulté le 5 mai 2016)

NADEAU, J., « Le nouveau processus de plaintes dénoncé. La réforme contrevient à la loi, selon des avis juridiques », *Le Devoir*, 16 septembre 2015, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/societe/sante/450207/hopitaux-le-nouveau-processus-de-plaintes-denonce>> (consulté le 5 mai 2016)

NADEAU, J., « Québec bafoue sa propre loi. Le ministère de la Santé songe à modifier la loi, plutôt que de revoir une pratique qualifiée d'illégale par le Protecteur du citoyen », *Le Devoir*, 25 février 2016, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/societe/sante/463901/processus-de-plaintes-dans-les-hopitaux-quebec-bafoue-sa-propre-loi>> (consulté le 5 mai 2016)

REMILLARD, D., « Une médecin du CHUL poursuivie pour 818 000 \$ », *Le Soleil*, 1^{er} août 2015, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/le-soleil/justice-et-faits-divers/201507/31/01-4889636-une-medecin-du-chul-poursuivie-pour-818-000-.php>> (consulté le 16 avril 2016)

ROY, M., « Aînés : Le système laisse-t-il tomber les cas lourds? », *radio-canada.ca*, 19 février 2015, en ligne : <<http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2015/02/19/002-residences-privées-aines-sunrise-perte-autonomie.shtml>> (consulté le 16 avril 2016)

PATROUILLE TVA, « Décès dans une clinique privée. Une mort aurait-elle pu être évitée? », *TVA Nouvelles*, 9 février 2010, en ligne : <<http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/faitsdivers/archives/2010/02/20100209-182147.html>> (consulté le 19 janvier 2013)

TOUTANT, P., « Comment se protéger des erreurs médicales », *LeBelAge.ca*, février 2012, en ligne : <http://www.lebelage.ca/sante_et_mieux_etre/traitement_et_prevention/>

comment_se_proteger_des_erreurs_medicales.php> (consulté le 6 septembre 2012)

SITES INTERNET

CONSEIL QUEBECOIS D'AGREMENT, *Mise à jour du programme d'agrément destiné aux centres médicaux spécialisés (CMS)*, Conseil québécois d'agrément, 2 mars 2016, disponible en ligne : <<http://www.cqaqualite.ca/fr/nouvelles/mise-a-jour-du-programme-d-agrement-destine-aux-cliniques-medicales-specialisees-cms>> (consulté le 30 mars 2016)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, *Accès aux chirurgies par agence et pour l'ensemble du Québec*, Gouvernement du Québec, 2016, en ligne : <<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/SommaireAttente.asp>> (consulté le 6 mai 2016)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC, *Liste des CMS ayant reçu un permis en date du 5 janvier 2016*, 2016, en ligne : <<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/download.php?f=65ab94a80f8d7096cbd8dccb479284ea>> (consulté le 29 mars 2016)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC, *Liste des CMS ayant reçu un permis en date du 11 juin 2012*, 2012, en ligne : <<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/download.php?f=f7ea9ceba2e0c1bd442bffc3fc4257d6&PHPSESSID=7808e7423104de3af22ee79295ce9b4a>> (consulté le 1^{er} septembre 2012)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, *Procédure pour l'obtention d'un permis de CMS*, Gouvernement du Québec, 2016, en ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/index.php?procedure_obtention_permis> (consulté le 8 mai 2016)

ROBERT, Y., *Qualité des services médicaux en CMS : un partenariat qui s'intensifie*, Collège des médecins du Québec, 2012, en ligne : <<http://www.cmq.org/nouvelle/en/qualite-services-medicaux-cms.aspx>> (consulté le 21 avril 2016)

ROCKLAND MD, *Les soins chirurgicaux dispensés au Centre de RocklandMD sont absolument sans frais pour les patients de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*, 2012, en ligne : <[http://www.rocklandmd.com/CLINIQUE%20MEDICALE/news/RMD_-_GRATUITE_DES_SOINS__\(2\).pdf](http://www.rocklandmd.com/CLINIQUE%20MEDICALE/news/RMD_-_GRATUITE_DES_SOINS__(2).pdf)> (consulté le 25 mai 2012)

AUTRES

AGREMENT CANADA, *Normes. Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes. Pour les visites qui commencent après : 01 janvier 2016*, Agrément Canada, 2015

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MEDICALE, *Rapport annuel 2014*, 2014, en ligne : <https://www.cmpa-acpm.ca/documents/10179/301941554/15_AR_full_edition-f.pdf> (consulté le 8 mai 2016)

CHU SAINTE-JUSTINE, *Divers protocoles RME*, en ligne : <http://www.chu-sainte-justine.org/Pro/page.aspx?id_page=10004252> (consulté le 25 janvier 2013)

CHU SAINTE-JUSTINE, *PROTOCOLES. FOPR – Feuille d’ordonnances pré-rédigée*, en ligne : <<http://www.urgencehsj.ca/modules/pages/index.php?id=306&langue=fr>> (consulté le 25 janvier 2013)

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, *Mémoire du Collège des médecins du Québec. Projet de loi n°33 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d’autres dispositions législatives. Présenté à la Commission des affaires sociales*, 2006, en ligne : <<http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~~/media/Files/Memoires/Memoire%20projet%20loi%2033%202006.pdf>> (consulté le 24 janvier 2013)

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier. Guide d’exercice du Collège des médecins du Québec*, Collège des médecins du Québec, 2013, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-04-01-fr-redaction-et-tenue-des-dossiers-milieu-extrahospitalier.pdf?t=1450552143260>> (consulté le 8 mai 2016)

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, *L’évaluation de l’acte médical. Guide d’exercice du Collège des médecins du Québec*, Collège des médecins du Québec, 2013, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf?t=1450552143258>> (consulté le 8 mai 2016)

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, *L’organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier et autres obligations connexes prévues par le Règlement sur les dossiers, les lieux d’exercices et la cessation d’exercice d’un médecin. Guide d’exercice du Collège des médecins du Québec*, Collège des médecins du Québec, 2013, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-04-01-fr-organisation-des-lieux-et-gestion-des-dossiers-medicaux-en-milieu-extrahospitalier.pdf?t=1450552143259>> (consulté le 8 mai 2016)

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, *Médecine et chirurgie esthétique : mieux protéger le public par un encadrement approprié. Rapport final du groupe de travail sur la médecine et la chirurgie esthétique*, Collège des médecins du Québec, 2010, en ligne :

<<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2010-05-01-fr-medecine-chirurgie-esthetiques.pdf>> (consulté le 15 mars 2016)

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*, Guide d'exercice du Collège des médecins, Québec, Publications du Québec, 2011

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec. ALDO-Québec*, Québec, Publications du Québec, 2010

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUEBEC ET ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHERAPEUTES DU QUEBEC, *La sédation – analgésie. Lignes directrices*, Collège des médecins du Québec, 2015, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-sedation-analgésie.pdf?t=1450547800760>> (consulté le 8 mai 2016)

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, *Rapport annuel. Une année d'action 2014-2015*, 2015, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-4-2015-04-30-fr-rapport-annuel-14-15.pdf>> (consulté le 8 mai 2016)

COLLEGE OF PHYSICIANS & SURGEONS OF ALBERTA, *Investigation Outline for a Reportable Incident Non-Hospital Surgical Facility*, en ligne : <http://cpsa.ca/wp-content/uploads/2015/03/NHSF_Reportable_Incident_Form.pdf?27563b> (consulté le 18 avril 2016)

COLLEGE OF PHYSICIANS & SURGEONS OF ALBERTA, *Non-Hospital Surgical Facility*, en ligne : <<http://www.cpsa.ca/accreditation/non-hospital-surgical-facility/>> (consulté le 9 mai 2016)

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA, *Non-hospital medical and surgical facilities program. Reportable Incident Form*, en ligne : <<https://www.cpsbc.ca/files/pdf/NHMSFP-O-Reportable-Incident-Form.pdf>> (consulté le 18 avril 2016)

THE COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, *Adverse Events Reporting. Qs and As*, en ligne : <<http://www.cpsa.on.ca/uploadedFiles/members/Adverse-Events-Reporting-QA.pdf>> (consulté le 18 avril 2016)

CONSEIL QUEBÉCOIS D'AGREMENT, *Rapport annuel 2011-2012. Mot de la présidente et de la directrice générale*, Conseil québécois d'agrément, 2012, en ligne : <<http://cqaqualite.ca/fr/document/rapport-annuel-2011-2012>> (consulté le 23 janvier 2012)

CONSEIL QUEBÉCOIS D'AGREMENT, *Rapport d'activités 2014-2015*, Conseil québécois d'agrément, 2016, en ligne : <<https://drive.google.com/file/d/0B0m4I9IMHmzwTl9KZGdrQjM1UIE/view?pref=2&pli=1>> (consulté le 1^{er} avril 2016)

LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide sur le processus d'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-611-01W.pdf>> (consulté le 24 janvier 2013)

LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Implantation de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, c. 32) (Projet de loi 83). Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*, Québec, Publications du Québec, 2006

Roger PAQUET (sous-ministre), *Agrément obligatoire pour tout Centre médical spécialisé (CMS)*, Circulaire, Normes et pratiques de gestion, Tome II, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2008, en ligne : <[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/dfeaec2f73c3d1c68525656b00163b18/bfd8eb6be8a8471a8525742e006bad44/\\$FILE/2008-003.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/dfeaec2f73c3d1c68525656b00163b18/bfd8eb6be8a8471a8525742e006bad44/$FILE/2008-003.pdf)> (consulté le 30 mars 2016)

Entente de reconduction de l'entente d'association entre un centre médical spécialisé et un établissement relativement à la prestation de services professionnels conclue le 30 juin 2010, signée par monsieur Jean Bragagnolo, Directeur général intérimaire de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Docteur Fernand Terras, Directeur médical du Centre de chirurgie Rockland MD, 20 juin 2012 – Document obtenu suite à une demande d'accès à l'information auprès de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

FEDERATION DES MEDECINS SPECIALISTES DU QUEBEC, *Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Projet de loi No 34. Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale*, 2009, en ligne : <<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CAS/mandats/Mandat-4635/memoires-deposes.html>> (consulté le 21 avril 2016)

GROUPE DE TRAVAIL COMITE JEUNESSE, *PRN – Comprendre pour intervenir. Guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions infirmières*, 2^e éd., Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2010.

MEDECINS QUEBECOIS POUR LE REGIME PUBLIC, *Vers une pratique extra-hospitalière mieux encadrée. Projet de loi n° 34 : Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale*, Commentaires présentés à la Commission des affaires sociales du Québec, 2009

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'Étude des crédits 2015-2016*, vol. 1., Gouvernement du Québec, 2016, en ligne : <<http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/>>

acces_info/documents/seance-publique/etude-credits-2015-2016/2015-2016-Reponses-aux-questions-particulieres-Opposition-officielle-Volume-1.pdf> (consulté le 31 mars 2016)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'Étude des crédits 2014-2015*, vol. 1, Gouvernement du Québec, 2015, en ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/seance-publique/etude-credits2014-2015/2014-2015_Reponses-aux-questions-particulieres-Parti-quebecois-Volume-1.pdf> (consulté le 31 mars 2016)

NON-HOSPITAL SURGICAL FACILITY TASK FORCE, *Non-Hospital Surgical Facility Standards & Guidelines*, College of Physicians and Surgeons of Alberta, 2016, en ligne : <http://cpsa.ca/wp-content/uploads/2015/03/NHSF_Standards.pdf?257786> (consulté le 23 mars 2016)

ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUEBEC, *Les soins infirmiers périopératoires. Lignes directrices pour les activités des infirmières en salle d'opération*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012, en ligne <<https://www.oiiq.org/sites/default/files/2276-soins-perioperatoires-2015.pdf>> (consulté le 8 mai 2016)

PROTECTEUR DU CITOYEN, *Mémoire du Protecteur du citoyen présenté à la Ministre déléguée aux services sociaux sur le projet de Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, Québec, 2012, en ligne : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/Memoire_projet_de_loi/2012/2012-07-13_memoire_PR.pdf> (consulté le 8 mai 2016)

REGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUEBEC, *Manuel de facturation des médecins spécialistes*, Gouvernement du Québec, 2006 (incluant les mises à jour 2015), en ligne : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/150-facturation-specialistes/000_complet_acte_spec.pdf> (consulte le 16 avril 2016)

TELE-QUEBEC, *Une pilule, une petite granule*, en ligne : <<http://pilule.telequebec.tv/occurrence.aspx?id=73>> (consulté le 16 avril 2016)