

Réforme de la santé et des services sociaux au Québec : jalons d'un resserrement du contrôle de l'activité professionnelle des médecins et des dentistes au sein des établissements

Denis Nadeau

Volume 22, Number 4, December 1991

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1057484ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1057484ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Éditions Wilson & Lafleur, inc.

ISSN

0035-3086 (print)

2292-2512 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Nadeau, D. (1991). Réforme de la santé et des services sociaux au Québec : jalons d'un resserrement du contrôle de l'activité professionnelle des médecins et des dentistes au sein des établissements. *Revue générale de droit*, 22(4), 837–862. <https://doi.org/10.7202/1057484ar>

Article abstract

Twenty years following its adoption, the *Health Services and Social Services Act*, a main component of the Québec social legislation, has recently been the object of an important reform. This has not occurred without arousing certain conflicts. This text sets out to examine one of the aspects of this reform, which is the control of the professional activity of the physician and dentist within the establishment. The author, following an attentive analysis of the new legislative dispositions, demonstrates that the legislator has taken advantage of the reform to reorganize and perfect the various means of control that the new board of directors will be able to exercise.

CHRONIQUE DE LÉGISLATION

Réforme de la santé et des services sociaux au Québec : jalons d'un resserrement du contrôle de l'activité professionnelle des médecins et des dentistes au sein des établissements

DENIS NADEAU

Professeur à la Faculté de droit
de l'Université d'Ottawa

RÉSUMÉ

Vingt ans après son adoption, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, pièce majeure dans l'ensemble de la législation sociale québécoise, vient récemment — et non sans susciter de nombreux tiraillements — de faire l'objet d'une réforme importante. Ce texte vise à examiner un des aspects de cette réforme, soit le contrôle de l'activité professionnelle des médecins et des dentistes au sein des établissements. L'auteur démontre, à la suite d'une analyse attentive des nouvelles dispositions législatives, que le législateur a profité de la réforme pour réorganiser et optimiser les divers moyens de contrôle que les « nouveaux » conseils d'administration pourront exercer.

ABSTRACT

Twenty years following its adoption, the Health Services and Social Services Act, a main component of the Québec social legislation, has recently been the object of an important reform. This has not occurred without arousing certain conflicts. This text sets out to examine one of the aspects of this reform, which is the control of the professional activity of the physician and dentist within the establishment. The author, following an attentive analysis of the new legislative dispositions, demonstrates that the legislator has taken advantage of the reform to reorganize and perfect the various means of control that the new board of directors will be able to exercise.

SOMMAIRE

Introduction	838
I. Demande de nomination	839
A. Obligations rattachées à la jouissance des privilèges	842
II. Renouvellement de nomination	844
III. Règles d'utilisation des ressources	849
IV. Mesures disciplinaires	853
A. Obligation de consultation disparue	856
Conclusion	861

INTRODUCTION

1. Guidé en principe par l'objectif fondamental « de replacer le citoyen au centre du réseau de la santé et des services sociaux »¹, le législateur québécois adoptait récemment une nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux*² dont l'ampleur commande, à plus d'un titre, une analyse très attentive³. Pour notre part, nous avons retenu l'étude d'un angle bien précis de cette réforme législative, soit le contrôle de l'activité professionnelle des médecins et des dentistes au sein des établissements du réseau des services de santé et des services sociaux du Québec.

1. *Une réforme axée sur le citoyen*, Gouvernement du Québec, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 7 décembre 1990, p. 12.

2. *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 1991, c. 42. Nous désignerons également dans le texte cette Loi par l'expression « réforme ». Notons que cette nouvelle loi remplace (art. 620) la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-5) qui avait été originairement adoptée en 1971 (L.Q. 1971, c. 48). Actuellement, seules certaines dispositions de la nouvelle loi sont en vigueur (art. 622). Une loi d'application, prévoyant le calendrier de l'entrée en vigueur des autres articles de la Loi, doit être présentée au printemps 1992.

3. Nous pensons, entre autres, à l'introduction d'un nouveau régime visant l'examen et le traitement des plaintes des usagers (art. 29-78), au nouveau mode d'organisation des conseils d'administration des établissements publics prévoyant qu'un conseil d'administration puisse administrer plusieurs établissements situés sur un territoire donné (art. 119-128), à la création des nouvelles instances de coordination, de surveillance et de réglementation que sont les régies régionales (art. 339-417), à la création d'un Centre de référence des directeurs généraux et des cadres (art. 521-530). Tout comme l'auteur R. BARAKETT, *Précis annoté de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1991, p. 2, nous estimons que l'énonciation de « lignes directrices » devant guider « la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux » (art. 3) s'avère également un élément important dont les conséquences juridiques et pratiques devraient faire l'objet d'une analyse particulière.

2. Si, à la lumière du document d'orientation présenté par le ministre de la Santé et des Services sociaux, des notes explicatives accompagnant le projet de loi⁴ et de la loi sanctionnée⁵, cet aspect de contrôle paraît n'avoir été qu'effleuré par la réforme législative⁶, un examen détaillé des textes adoptés par le législateur impose une toute autre conclusion : le contrôle de l'activité professionnelle des médecins et des dentistes au sein des établissements sera substantiellement raffermi et ce, sous la direction de nouveaux conseils d'administration dont l'emprise décisionnelle a été consolidée.

3. L'impact de ces modifications nous paraît majeur : non seulement la réforme rationalisera-t-elle les moyens de contrôle existants afin d'en augmenter l'efficacité mais en implantera de nouveaux qui devraient permettre aux établissements de s'assurer du respect des obligations des médecins et des dentistes. L'objet de notre étude vise donc à présenter successivement les moyens de contrôle qui s'offriront à un établissement à l'égard de l'activité professionnelle des médecins et des dentistes et à dégager, d'une façon critique, la portée des modifications introduites par la réforme législative.

I. DEMANDE DE NOMINATION

4. Initialement, soulignons que la réforme prévoit que tout médecin ou dentiste désirant exercer sa profession dans un centre exploité par un établissement⁷ devra obligatoirement effectuer une demande de nomination auprès du conseil d'administration de cet établissement⁸.

5. D'entrée de jeu, une première constatation s'impose : si cette procédure préliminaire de demande de nomination n'est actuellement imposée qu'aux centres hospitaliers⁹, la réforme législative étend celle-ci à tous les centres exploités par un établissement¹⁰, garantissant ainsi au médecin ou au dentiste un examen de sa demande à la lumière de critères précis, dans un délai

4. *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, 1990, P.L. 120.

5. *Supra*, note 2.

6. Le document intitulé *Une réforme axée sur le citoyen* (*supra*, note 1) esquisse brièvement les grandes lignes du nouveau moyen de contrôle prévoyant l'engagement du médecin ou du dentiste à respecter les obligations pouvant être rattachées à la jouissance des privilèges (p. 64 ; sur ce sujet, voir *infra*, par. 9-11).

7. Il peut s'agir d'un centre local de services communautaires (C.L.S.C.), d'un centre hospitalier, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou d'un centre de réadaptation : art. 79.

8. Art. 237.

9. Cette conclusion est possible si on conjugue les textes des articles 130 et 132 qui ne s'appliquent qu'aux centres hospitaliers.

10. Voir l'article 237(1) qui énonce cette obligation et la définition du terme « établissement » (art. 94, *infra*, note 96 et art. 79).

déterminé et avec la possibilité d'un appel en cas de refus¹¹. Le renforcement de l'aspect « services de santé » de la mission des centres locaux de services communautaires¹² explique sûrement, en partie, cet élargissement de la portée de la procédure de demande de nomination à d'autres établissements que les centres hospitaliers.

6. Le corollaire de cette modification est évidemment important : la large discrétion en matière de nomination de médecin ou de dentiste qui caractérise présentement les conseils d'administration des établissements autres que les centres hospitaliers¹³ et l'absence de recours permettant de contester éventuellement leurs décisions défavorables n'existeront plus¹⁴. Cette universalisation de la procédure de nomination à l'ensemble des établissements corrigera, à notre avis, une distinction arbitraire qui prévaut actuellement et qui ne pouvait se justifier objectivement¹⁵.

7. L'envers de cette modification risque toutefois d'être lourd de conséquence pour les conseils d'administration de plusieurs centres exploitant un établissement. En effet, en raison des effectifs restreints de plusieurs de ces centres¹⁶, l'existence même d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (C.M.D.P.)¹⁷, qui devra être institué seulement dans les établissements où exerceront au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens¹⁸, sera inévitablement rare. Or, en l'absence d'un C.M.D.P., il nous paraît qu'il sera

11. Art. 237, 238 et 252. Ce droit d'appel n'est toutefois pas illimité. Le médecin ou le dentiste qui n'est pas satisfait d'une décision concernant sa demande de nomination ne pourra faire appel à la Commission des affaires sociales que si la décision du conseil d'administration de l'établissement est fondée sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement (art. 252). Si la décision du conseil d'administration est basée sur des critères administratifs (plan d'organisation de l'établissement, nombre de médecins et de dentistes autorisé dans ce plan d'organisation, ressources disponibles, exigences propres à l'établissement, vocation suprarégionale de l'établissement), le médecin ou le dentiste ne jouit pas d'un droit d'appel. À ce titre, la réforme reprend le droit existant (voir l'art. 132). Signalons que le conseil d'administration peut refuser une demande de nomination d'un médecin ou dentiste si, au cours des trois années précédentes, ce dernier a omis de respecter son obligation de préavis avant de cesser d'exercer sa profession dans le même établissement (art. 238(3)). Cette obligation de préavis existe actuellement (art. 132.1) mais n'était pas accompagnée d'une sanction précise.

12. Voir le nouvel article 80.

13. Soit les centres locaux de services communautaires, les centres de services sociaux ou les centres d'accueil (art. 1 a).

14. Seul l'article 129 traite actuellement — et ce, laconiquement — de la nomination d'un médecin ou d'un dentiste par le conseil d'administration. Cette disposition, contrairement aux alinéas 6 et 7 de l'article 130, n'énonce aucun critère d'évaluation ou motifs pouvant justifier le refus d'une candidature.

15. À ce sujet, voir A. LAJOIE, P. MOLINARI, J.-M. AUBY, *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, P.U.M., 1981, pp. 499-501.

16. Nous pensons tout particulièrement à plusieurs C.L.S.C. où la présence médicale est actuellement minimale.

17. Nous utiliserons l'abréviation C.M.D.P. afin d'alléger le texte.

18. Art. 213.

périlleux pour un conseil d'administration de refuser la demande d'un médecin ou d'un dentiste en invoquant — comme le prévoit pourtant l'article 238(3)¹⁹ — des critères de qualification ou de compétence scientifique puisque ces motifs relèvent manifestement du domaine de l'évaluation professionnelle, dont le C.M.D.P., vu son expertise, s'avère incontestablement l'organisme le plus en mesure d'effectuer une telle appréciation²⁰. Cette situation rétrécit sérieusement la portée même de l'analyse d'un conseil d'administration car, à moins de s'engager dans la voie délicate de l'évaluation professionnelle qui semble — vu le droit d'appel conféré au médecin ou au dentiste insatisfait²¹ — très risquée, on peut prévoir que le conseil d'administration se limitera à examiner la candidature d'un médecin ou d'un dentiste en fonction de facteurs de nature administrative²² ou en se référant au critère plus souple du « comportement »²³.

Ce dernier critère, de nature moins technique et donc en théorie d'application plus facile pour les membres d'un conseil d'administration, ne pourra toutefois être invoqué, selon nous, qu'exceptionnellement du fait qu'il suppose nécessairement une connaissance assez approfondie d'un individu. Or, dans le contexte d'une demande de nomination où le médecin ou dentiste et l'établissement concerné en sont à leur première prise de contact²⁴, une telle connaissance du « comportement » du candidat semble improbable ou, à tout le moins, trop imprécise pour permettre au conseil d'administration d'invoquer ce motif afin de rejeter la demande de nomination.

8. Dans la perspective où un conseil d'administration doit, entre autres obligations, s'assurer de la qualité des services dispensés au sein de son établissement²⁵, il nous paraît donc que le législateur placera plusieurs conseils d'administration dans une position vulnérable. Pour éviter cette difficulté, il aurait été préférable, à notre avis, de prévoir la possibilité d'instituer un C.M.D.P. lorsqu'au moins deux médecins exercent dans un centre exploité par

19. Art. 238(3) : « Le conseil d'administration peut également refuser la demande de nomination d'un médecin ou d'un dentiste en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin ou du dentiste, eu égard aux exigences propres à l'établissement. »

20. Sur le rôle du C.M.D.P. en cette matière, voir tout particulièrement les nouveaux articles 214(3) (*infra*, note 32) et 237(4).

21. Cet appel à la Commission des affaires sociales est prévu au nouvel article 252.

22. L'article 238(1) prévoit que le conseil d'administration peut tenir compte du plan d'organisation de l'établissement, du nombre de médecins et de dentistes autorisé dans ce plan d'organisation, des ressources disponibles, des exigences propres de l'établissement et, le cas échéant, de la vocation suprarégionale de l'établissement : *infra*, note 49.

23. Art. 238(3), *supra*, note 19.

24. Il est toutefois possible que le médecin ou dentiste ait déjà bénéficié d'un statut et de privilèges à un établissement, qu'il ait quitté et qu'il demande à nouveau d'y être nommé : voir, par exemple, *Services de santé et services sociaux* — 6, [1982] C.A.S. 400.

25. Ce devoir est prévu au nouvel article 172(1°).

un établissement²⁶ ; mesure assurant aux conseils d'administration d'établissements à effectif réduit la possibilité d'avoir recours à un minimum d'aide professionnelle au moment d'évaluer une candidature de médecin ou de dentiste.

A. OBLIGATIONS RATTACHÉES À LA JOUISSANCE DES PRIVILÈGES

9. En plus de préciser clairement que les privilèges octroyés à l'occasion d'une nomination le seront pour une durée maximale de trois ans²⁷, les nouvelles dispositions relatives à la nomination introduisent le concept d'« obligations rattachées à la jouissance des privilèges »²⁸. Cette notion — beaucoup plus précise que l'actuelle disposition assujettissant un médecin ou un dentiste « au respect des règles approuvées par le conseil d'administration »²⁹ — constitue, comme nous le verrons lorsque nous traiterons de la demande de renouvellement de nomination et de la procédure disciplinaire³⁰, une des pierres angulaires de la nouvelle loi. En assujettissant la nomination d'un médecin ou dentiste à un engagement de respecter des « obligations »

26. L'actuel article 111 prévoit une disposition de cette nature mais exige, outre le minimum de deux médecins, la présence d'un pharmacien.

27. Voir le nouvel article 242, *infra*, note 28. Seul le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, (1984) 116 G.O. II, 2745 et mod., traite présentement de la durée de la nomination d'un médecin ou d'un dentiste (art. 100(3°)). La nomination initiale doit être évaluée par le comité d'examen des titres du C.M.D.P. au cours de la deuxième année suivant la nomination ; impliquant ainsi que la durée de cette première nomination est d'une seule année. La nouvelle disposition (art. 242) laissera plus de souplesse au conseil d'administration à ce sujet en fixant une durée maximale de trois ans.

28. Art. 242 : La résolution par laquelle le conseil d'administration accepte une demande de nomination ou de renouvellement de nomination d'un médecin ou d'un dentiste doit prévoir, outre le statut attribué conformément au règlement pris en vertu du paragraphe 3° de l'article 506, les privilèges et la durée pour laquelle ils sont accordés, la nature et le champ des activités médicales et dentaires que le médecin ou le dentiste pourra exercer dans le centre et l'engagement du médecin ou du dentiste à respecter les obligations rattachées à la jouissance des privilèges et déterminées sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Dans le cas où l'établissement exploite un centre hospitalier, la résolution du conseil d'administration doit de plus indiquer dans quel département clinique ou service clinique les privilèges accordés peuvent être exercés.

Les privilèges sont octroyés pour une durée maximale de trois ans. Ils sont renouvelés pour une durée minimale de deux ans, à moins que la demande de renouvellement vise une durée inférieure à deux ans.

29. Art. 129(4). Cet article traite de « règles approuvées par le conseil d'administration ». Vise-t-on, par cette expression, les « règlements » que le conseil d'administration d'un établissement peut ou doit adopter en vertu de l'article 6 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, *supra*, note 27 ou d'autres normes que le conseil d'administration peut imposer en vertu de ses pouvoirs généraux ?

30. Pour le renouvellement de nomination voir *infra*, par. 12-19 et le nouvel article 238(4) *infra*, note 49. Pour les mesures disciplinaires, voir *infra*, par. 26-28 et le nouvel article 249(3) (*infra*, note 95).

précises³¹, la réforme permettra au conseil d'administration de contrôler plus efficacement certains aspects de l'activité des médecins et dentistes d'un établissement.

10. Quant à la formulation de ces « obligations », s'il est vrai que la responsabilité d'effectuer des recommandations quant à la nature de celles-ci relèvera du C.M.D.P.³², nous croyons que le conseil d'administration d'un établissement ne sera nullement limité par ces recommandations au moment de la rédaction de la résolution de nomination. En effet, en dépit de l'ambiguïté de la terminologie de l'article 242(1)³³, qui, à première lecture, peut laisser croire en un rôle « déterminant » du C.M.D.P. au niveau de la description des obligations imposées à un médecin ou un dentiste, ce doute se dissipe, selon nous, à la lecture de l'article 173(3°)³⁴ qui prévoit expressément qu'il est du « devoir » d'un conseil d'administration de « prévoir » de telles obligations à l'occasion de la nomination d'un médecin ou d'un dentiste. Cette insistance, qui tranche nettement si on la compare à la discrétion prévalant actuellement en cette matière³⁵, révèle, selon nous, l'intention ferme du législateur de s'assurer que les conseils d'administration auront bel et bien recours à ce nouvel instrument de contrôle de l'activité des médecins et des dentistes.

11. Quelles sont donc ces obligations qui pourront être rattachées à la jouissance des privilèges d'un médecin ou d'un dentiste ? Première observation à ce sujet : l'énumération d'obligations apparaissant à la Loi et pouvant faire l'objet de recommandations du C.M.D.P. n'est pas exhaustive³⁶, laissant

31. Soulignons à ce niveau que la version finale de la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (*supra*, note 2) n'a pas retenu, comme c'était le cas dans le projet de loi préliminaire, l'obligation pour le médecin de signer une entente écrite qui devait reproduire les termes et conditions de la résolution de nomination (art. 171, *supra*, note 5). L'article 242 (*supra*, note 28) ne parle plus que d'un engagement du médecin ou dentiste stipulé dans le cadre de la résolution de nomination.

32. Art. 214 : Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le conseil d'administration :

[...]

3° de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder ».

33. Voir la finale du premier alinéa de l'article 242, *supra*, note 28 qui réfère à des obligations *déterminées sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* (nos italiques).

34. Art. 173 : « Le conseil d'administration *doit* :

[...]

3° nommer les médecins et les dentistes, leur attribuer un statut, leur accorder des privilèges et *prévoir les obligations qui y sont rattachées* » (nos italiques).

35. Revoir l'actuel art. 129(4) qui n'impose aucun devoir au conseil d'administration quant à la stipulation de règles relatives à la jouissance des privilèges ni aucun exemple ou énumération de telles règles.

36. Cette conclusion s'impose puisque le nouvel article 214(7°) emploie, en parlant des obligations pouvant être rattachées à la jouissance des privilèges de l'expression « *notamment* celles ayant pour objet : » (nos italiques).

ainsi aux différents intervenants une certaine marge de manœuvre. Parmi les possibles obligations décrites à la Loi, nous notons principalement celles permettant de régir « la participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités cliniques du centre »³⁷ exploité par un établissement. À ce titre, et ce probablement pour éviter toute équivoque quant à la nature même de l'activité-clé qu'est la « garde », celle-ci a été expressément désignée comme étant comprise dans la notion d'« activité clinique »³⁸. Le conseil d'administration jouira donc de toute l'autorité voulue pour prévoir des obligations de garde à un médecin ou dentiste. En outre, la vaste portée de l'expression « activités cliniques » utilisée par la loi, lui conférera une latitude significative relativement aux différents types d'obligations fermes qui pourront accompagner une résolution de nomination.

II. RENOUVELLEMENT DE NOMINATION

12. D'une procédure qui se caractérise actuellement par une quasi-absence de paramètres législatifs³⁹ et dont l'important volet du non-renouvellement est intégré à la disposition traitant des mesures disciplinaires⁴⁰, signalons d'abord que le législateur a — et ceci nous paraissait impérieux — organisé d'une façon beaucoup plus structurée les différents aspects du renouvellement de

37. Art. 214(7°)a).

38. *Ibid.*

39. La Loi actuelle ne prévoit aucune disposition sur la question de la demande de renouvellement. Seul l'article 131 (*infra*, note 40) régit les conditions devant être respectées pour ne pas renouveler le statut ou les privilèges d'un médecin ou d'un dentiste. Par ailleurs l'article 100(3°) du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, (*supra*, note 27) prévoit une procédure d'examen du renouvellement de nomination d'un médecin ou d'un dentiste effectuée par le comité d'examen des titres du C.M.D.P.

40. Art. 131 : Le conseil d'administration d'un centre hospitalier peut adopter des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien. Les mesures disciplinaires qui peuvent être adoptées à l'égard d'un médecin ou d'un dentiste sont les suivantes : la *non-renouvellement du statut ou des privilèges*, la réprimande, le changement de statut, la privation de privilèges, la suspension du statut ou des privilèges pour une période déterminée, l'interdiction d'utiliser certaines ressources de l'établissement, ainsi que la révocation du statut ou des privilèges. Les mesures disciplinaires qui peuvent être adoptées à l'égard d'un pharmacien sont les suivantes : la réprimande, la suspension ou la révocation du statut. La révocation du statut d'un pharmacien entraîne son congédiement par le centre hospitalier.

Le conseil d'administration d'un centre hospitalier doit consulter le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens avant de décider de l'application de telles mesures. Si le centre hospitalier est affilié à une université, le conseil d'administration doit en outre consulter l'université selon les dispositions du contrat d'affiliation.

Le non-renouvellement ou la révocation du statut ou des privilèges doivent être motivés et fondés uniquement sur le défaut de qualification, l'incompétence scientifique, la négligence, l'inconduite ou l'inobservance des règlements, de ceux du centre hospitalier ou du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, eu égard aux exigences propres au centre hospitalier.

L'imposition des mesures disciplinaires doit se faire selon la procédure prévue par règlement (nos italiques).

nomination d'un médecin ou d'un dentiste. Première modification de nature technique : la procédure de renouvellement ne s'enclenchera plus automatiquement⁴¹ mais dépendra — et ceci nous semble tout à fait normal — d'une demande formelle de la part du médecin ou du dentiste intéressé auprès du directeur général de l'établissement⁴².

13. Le principal changement en matière de renouvellement de nomination réside toutefois dans la dissociation entre la question du non-renouvellement d'une nomination et la procédure disciplinaire avec laquelle elle est présentement — et malencontreusement selon nous — associée⁴³. Si cette modification semble, à première analyse, purement structurelle, nous estimons qu'elle est en réalité porteuse d'un changement beaucoup plus profond qui aura des conséquences significatives sur l'exercice même de ce moyen de contrôle qu'est la demande de renouvellement de nomination. En effet, rappelons qu'actuellement les seuls motifs pouvant justifier le non-renouvellement⁴⁴ d'un statut ou de privilèges sont « le défaut de qualification, l'incompétence scientifique, la négligence, l'inconduite ou l'inobservance des règlements »⁴⁵. D'évidence, ces différents motifs imposent un fardeau de preuve exigeant pour le conseil d'administration qui désire ne pas renouveler le statut ou les privilèges d'un médecin ou d'un dentiste⁴⁶. Cette sévérité est d'ailleurs de mise puisque le non-renouvellement constitue une des « mesures disciplinaires » pouvant être imposée à un médecin ou un dentiste. Or, dans ce

41. Actuellement, l'article 100(3°) du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (*supra*, note 27) n'exige pas le dépôt d'une demande formelle de renouvellement de nomination par le médecin ou le dentiste. Cette question doit être examinée automatiquement, à des périodes déterminées, par le comité d'examen des titres du C.M.D.P.

42. Voir le nouvel article 237.

43. L'actuel article 131 (*supra*, note 40) prévoit que le non-renouvellement de statut ou de privilèges constitue une « mesure disciplinaire » ; obligeant ainsi le conseil d'administration d'un centre hospitalier qui décide de ne pas accueillir une demande de renouvellement de suivre la procédure disciplinaire. De ce fait, le non-renouvellement n'est pas considéré comme une mesure pouvant être adoptée en soi mais plutôt comme une des possibles sanctions disciplinaires applicables à l'encontre d'un médecin ou d'un dentiste. Dans cette veine, la Commission des affaires sociales, dans le cadre de l'appel, lui applique, en général, les principes de proportionnalité de la sanction comme toute autre mesure disciplinaire. Voir à ce sujet : *Galéa c. Centre hospitalier Rouyn-Noranda*, [1984] C.A. 34, p. 41.

44. Il faut comprendre par cette expression non seulement le non-renouvellement total de la nomination d'un médecin ou d'un dentiste mais également la situation où le conseil d'administration ampute ou modifie un ou l'autre des aspects du statut ou des privilèges qui ont été originellement octroyés au médecin ou au dentiste lors de sa nomination et que ce dernier souhaitait voir à nouveau confirmés à l'occasion du renouvellement.

45. Article 131(3). *Supra*, note 40.

46. À ce sujet, nous nous référons tout particulièrement à l'affaire *Galéa c. Centre hospitalier Rouyn-Noranda*, *supra*, note 43 où le juge Bernier de la Cour d'appel du Québec précise clairement : « [...] il est évident qu'il ne suffit pas que le conseil d'administration ait fondé sa décision sur des motifs de l'article 132, encore faut-il que non seulement ils soient fondés, mais aussi qu'ils soient suffisamment graves pour justifier le retrait ou non-renouvellement des privilèges [...] » (p. 42) (nos italiques).

contexte de sanction, il est donc normal que les exigences pouvant fonder une telle décision, dont l'impact est majeur quant à l'exercice de la profession d'un médecin ou d'un dentiste⁴⁷, soient élevées.

14. En optant pour la mise en place d'une procédure de non-renouvellement autonome, le législateur « dédiscipline » cette question et — point important — en profite pour modifier également la rédaction même des motifs pouvant justifier le non-renouvellement d'une nomination. Avec la réforme, la Loi ne parlera plus, en effet, de « défaut de qualification », « d'incompétence scientifique, de négligence ou d'inconduite »⁴⁸ mais de la possibilité qu'une demande de renouvellement soit refusée en fonction « des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement [...] eu égard aux exigences propres à l'établissement »⁴⁹. Or, nous ne croyons pas que cette nouvelle terminologie soit sans conséquence. À notre avis, cette différence de rédaction⁵⁰ indique que le législateur, en se référant à la notion de « critères » de qualification, de compétence scientifique ou de comportement « eu égard aux exigences propres à l'établissement », entend introduire dans le processus d'évaluation de la demande de renouvellement de nomination une flexibilité

47. Voir à titre d'exemple l'affaire *Services de santé et services sociaux* — 9, [1989] C.A.S. 899 où la Commission des affaires sociales mentionne, à propos d'un dossier impliquant une suspension de privilèges et une annulation de nomination d'un médecin auprès d'un centre hospitalier : « [...] les conséquences d'une telle annulation complète et définitive des privilèges débordent de beaucoup le cadre de l'hôpital intimé et se répercutent sur toute sa carrière » (p. 912).

48. Il s'agit là des termes utilisés à l'actuel article 131, *supra*, note 40.

49. Article 238 : Le conseil d'administration accepte ou refuse la demande de nomination d'un médecin ou d'un dentiste en tenant compte du plan d'organisation de l'établissement, du nombre de médecins et de dentistes autorisé dans ce plan d'organisation, des ressources disponibles, des exigences propres à l'établissement et, le cas échéant, de la vocation suprarégionale de l'établissement déterminée par le ministre en vertu de l'article 112.

Le conseil d'administration peut aussi refuser la demande de nomination en se fondant sur le fait que le médecin ou le dentiste a, au cours des trois années précédentes, omis de donner à ce conseil le préavis exigé en application de l'article 254.

Le conseil d'administration peut également refuser la demande de nomination d'un médecin ou d'un dentiste en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin ou du dentiste, eu égard aux exigences propres à l'établissement.

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

Si l'établissement exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, le conseil d'administration doit aussi consulter l'université à laquelle l'établissement est affilié.

50. Cette différence apparaît encore plus nettement lorsqu'on constate que la terminologie de l'actuel article 131 (défaut de qualification, incompétence scientifique, etc.) a été reprise par le législateur au nouvel article 249(2) (*infra*, note 95) qui est relatif aux mesures disciplinaires ; termes différents qui, selon nous, démontrent l'intention du législateur d'imposer une démarche analytique distincte selon la nature du dossier à l'étude (disciplinaire ou demande de nomination ou de renouvellement de celle-ci).

que le libellé de l'actuel article 131(3°) ne permet que très difficilement. Ne sera-t-il pas, en effet, plus facile pour un conseil d'administration de reprocher à un médecin ou dentiste de ne pas avoir respecté des « critères » de qualification, de compétence scientifique que d'avoir à établir l'incompétence, le défaut de qualification ? Tout en reconnaissant que la définition de ces critères pourra prendre diverses formes, nous estimons néanmoins que, en théorie, le fardeau de preuve imposé actuellement aux conseils d'administration — et qui s'avère très sévère parce que tributaire de la nature disciplinaire du non-renouvellement de nomination — devrait être dorénavant moins lourd parce qu'exempt, en principe, du caractère « extrême » (défaut de qualification, incompétence scientifique, etc.) auquel il est présentement assujéti.

15. D'évidence, l'énonciation de ces « critères » sera déterminante. S'il est possible d'anticiper que le C.M.D.P. — vu son expertise professionnelle⁵¹ — jouera un rôle significatif quant aux recommandations concernant l'élaboration de ces « critères de qualification, de compétence ou de comportement », il faut toutefois rappeler que la décision de ne pas renouveler une nomination relèvera exclusivement du conseil d'administration de l'établissement⁵² qui devra, en somme, assumer la responsabilité de l'application, et donc, ultimement, du choix de ces critères.

16. Le conseil d'administration gagnera également en souplesse à l'égard de la question de l'évaluation du « comportement » du médecin ou du dentiste. À ce sujet, en effet, le conseil sera le seul maître de cet aspect du dossier puisque la réforme n'a pas conféré au C.M.D.P. la responsabilité d'effectuer une recommandation à ce sujet au conseil d'administration⁵³. Ainsi affranchi d'une éventuelle recommandation du C.M.D.P. qui, à l'occasion, peut s'avérer difficile à écarter ou ignorer⁵⁴, le conseil d'administration pourra

51. Nous nous référons tout particulièrement au nouvel article 214(3°) qui prescrit la responsabilité du C.M.D.P. en matière d'évaluation professionnelle.

52. Voir le troisième alinéa de l'article 238, *supra*, note 49.

53. Cette constatation ressort tout particulièrement à la lecture des nouveaux articles 237(4) et 214(3°) (*supra*, note 32) où toute référence à une possible évaluation du « comportement » du médecin ou du dentiste a été omise. Il est à noter que cette situation diffère de la procédure actuelle où, dans le cadre de la procédure disciplinaire, le comité de discipline du C.M.D.P. peut examiner le dossier d'un médecin ou dentiste en fonction de sa « conduite » (*Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, *supra*, note 27, art. 107) ; notion d'une grande connexité avec celle du « comportement ».

54. Ceci s'explique facilement : c'est le comité de discipline du C.M.D.P. qui est actuellement responsable de l'enquête afin d'évaluer les reproches adressés à l'endroit d'un médecin ou d'un dentiste et tirer des conclusions quant à leur bien-fondé (voir *Pierre-Pierre c. Finlay*, [1991] R.J.Q. 1947 (C.S.), p. 1951). Le conseil d'administration n'est saisi que d'un rapport du comité exécutif du C.M.D.P. qui, on peut l'imaginer, ne permet pas une appréciation aussi directe de la situation. Même s'il est vrai que le conseil d'administration doit, avant de décider de l'application d'une mesure disciplinaire comme le non-renouvellement de statut ou de privilèges, permettre au professionnel concerné de se faire entendre (art. 109, *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, *supra*, note 27), il n'en demeure pas moins que le résultat de l'enquête du comité de discipline a généralement un impact très important sur la décision finale du conseil d'administration.

refuser le renouvellement en invoquant des critères de comportement. On peut toutefois se demander comment une telle décision s'articulera pratiquement. Le conseil d'administration pourra-t-il, en effet, invoquer le motif du « comportement » sur la seule base d'un suivi du médecin ou du dentiste que ses membres effectueront pendant la période de sa nomination ? Ou une telle intervention du conseil d'administration devra-t-elle être précédée de plaintes extérieures ?^{54a}

17. La modification majeure qu'introduira la réforme relativement à la composition des conseils d'administration⁵⁵ et où les représentants de la population et des usagers — soit des personnes qui ne travaillent pas dans l'établissement et, hormis les représentants des usagers, qui sont peu présents à l'intérieur de celui-ci — détiendront la parité, voire même la majorité des sièges permet de croire que les reproches à propos du « comportement » ne pourront être invoqués *proprio motu*. La liberté d'action conférée par la Loi au chapitre de l'analyse du comportement du médecin ou du dentiste semble donc plus apparente que réelle et pourrait même s'avérer, en définitive, plus difficile d'application que la situation actuelle.

18. Enfin, et ceci constitue une innovation importante, le conseil d'administration pourra refuser un renouvellement de nomination en tenant

54 a À ce titre, nous ne croyons pas que le nouveau mécanisme permettant aux usagers de porter plainte (art. 29-71) puisse être applicable à l'égard d'un problème de « comportement » d'un médecin ou dentiste car l'article 38 circonscrit l'objet de la possible plainte à un « acte médical, dentaire ou pharmaceutique ». À notre avis, le « comportement » d'un médecin ou dentiste, même s'il est contemporain à l'acte médical lui-même, ne peut lui être associé parce qu'extérieur à la nature intrinsèque de celui-ci.

55. De conseils d'administration où la présence d'usagers ou de bénévoles est actuellement exceptionnelle (voir les art. 78 a), b) (C.L.S.C.) ; 79 a), b) (Centre hospitalier) ; 81 a), b) (C.S.S.) ; 82 a), b) (Centre d'accueil), minoritaire (2 ou 3 personnes sur un total d'environ 12 individus) et où les représentants des diverses institutions du réseau des services de santé et des services sociaux détiennent la majorité des sièges (voir les art. 78, 79 et 81), la réforme renversera complètement cette tendance. Par exemple, pour un centre hospitalier qui n'est pas désigné « centre universitaire », qui n'est pas une corporation visée par l'article 139 (il s'agit de cas exceptionnels où des corporations privées sont propriétaires des immeubles servant aux activités de l'établissement) et où un « comité des usagers » a été mis sur pied, les représentants de la population et des usagers détiendront 8 des 14 sièges du conseil d'administration (en tenant pour acquis qu'une personne représente une fondation attachée à l'établissement) (art. 132). Dans l'hypothèse où le centre est désigné « universitaire », les représentants de la population occuperont alors la moitié des sièges. La situation est analogue pour les autres établissements (voir les art. 130 et 131).

La préséance ou l'égalité des représentants de la population et des usagers pourrait être compromise dans les établissements où la mise sur pied d'un « comité des usagers » n'est pas obligatoire, (elle ne l'est que pour les établissements qui exploitent un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation, un centre hospitalier de soins psychiatriques ou un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse : art. 209(1)), mais seulement facultative. Nous voyons toutefois difficilement quel motif pourrait invoquer un établissement se trouvant dans cette dernière catégorie pour refuser d'implanter un comité des usagers si une demande en ce sens est effectuée par les usagers de cet établissement.

compte du respect ou non « des obligations rattachées à la jouissance des privilèges »⁵⁶, obligations à l'égard desquelles — nous l'avons déjà mentionné⁵⁷ — le médecin ou le dentiste se sera engagé à l'occasion de sa nomination par le conseil d'administration. Plutôt que de se limiter à examiner si, d'une façon générale, le médecin ou le dentiste a respecté les règlements du conseil d'administration ou ceux du C.M.D.P.⁵⁸, ce nouveau moyen de contrôle — beaucoup plus personnalisé parce que directement lié aux termes mêmes de la résolution de nomination — permettra au conseil d'administration d'évaluer promptement la situation et, en cas de non-respect desdites obligations, de pouvoir agir dès le stade de la demande de renouvellement de nomination.

Plus important encore, et on peut même se demander si cet aspect n'a pas échappé au législateur⁵⁹, la décision concernant le non-renouvellement d'une nomination ne pourra — si elle est fondée sur le *seul motif* du non-respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges — faire l'objet d'un appel à la Commission des affaires sociales⁶⁰, droit qui existera si la décision invoque un des autres motifs prévus par la Loi.

19. Le caractère définitif de la décision du conseil d'administration à l'égard de ce dernier motif renforce donc notre proposition préliminaire à l'effet que cette nouvelle notion « d'obligations rattachées à la jouissance des privilèges » constitue une notion dominante de la réforme au chapitre du contrôle des activités des médecins et des dentistes au sein d'un établissement.

III. RÈGLES D'UTILISATION DES RESSOURCES

20. À nouveau exclusivement applicables aux centres hospitaliers⁶¹, les règles d'utilisation des ressources — à l'efficacité actuelle plus que fragile

56. Voir le nouvel article 238(4), *supra*, note 49.

57. *Supra*, par. 9-11.

58. Article 131(3°), *supra*, note 40.

59. Cette omission pourrait s'expliquer par les modifications apportées au texte de loi entre la première lecture et sa version définitive. En première lecture, l'article 177 (*supra*, note 5) prévoyait l'existence d'un appel pour le médecin ou le dentiste qui n'était pas satisfait d'une décision sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou portant sur des mesures disciplinaires. L'article 178 ajoutait la possibilité d'un autre recours lorsqu'une décision était fondée « sur tout autre critère ». Or, cette seconde possibilité de recours, couvrant implicitement les motifs de comportement et de non-respect d'obligations rattachées aux privilèges, ne se retrouve plus dans la version finale de la loi.

60. Pour s'en convaincre, lire le nouvel article 252(1) et se rappeler que l'appel d'une décision n'est possible que s'il est prévu par le législateur : voir, entre autres, R. DUSSAULT, L. BORGEAT, *Traité de droit administratif*, t. III, 2^e éd., Québec, P.U.L., 1989, p. 571.

61. Pour la situation actuelle, voir l'art. 71.1, *infra*, note 63. Pour arriver à cette conclusion relativement à la réforme, il faut retenir que c'est le chef de département clinique qui a la responsabilité d'élaborer, pour son département, des règles d'utilisation des ressources (art. 189(3°)). Or, il n'y a « département clinique » avec à sa tête un « chef de département clinique » que dans les centres hospitaliers (art. 188).

dans une perspective de réel contrôle des activités des médecins et des dentistes⁶² — devraient occuper dans le futur, vu leur resserrement appréciable, un rôle très important dans le cadre de la gestion d'un centre hospitalier.

21. Première remarque : la large expression « utilisation des ressources » que l'on retrouve à l'actuel article 71.1(2°)⁶³ et dont l'objet est en soi source d'interrogation quant à sa possible étendue⁶⁴, est maintenant précisée : les règles pourront viser l'utilisation des « ressources médicales et dentaires » ainsi que les « ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes »⁶⁵. Si ce dernier aspect ne pose généralement pas de difficulté présentement, il nous paraît que la précision relative aux règles concernant l'utilisation des

62. Pour un bon exemple des limites actuelles, voir la récente affaire *Perron c. La Cité de la santé*, C.A.S., SS — S0613, 5 juillet 1991. Le directeur des services professionnels d'un centre hospitalier a adopté une directive sur l'application et la supervision des quotas en obstétrique (pp. 9-10), directive qui a été subséquemment approuvée par le conseil d'administration de l'établissement (p. 163). Même si la C.A.S. reconnaît que cette directive en est une « de gestion des ressources » (p. 168), elle décide que le directeur des services professionnels n'a pas le pouvoir d'émettre en vertu de l'article 118 (2) de la Loi — corollaire direct de l'article 71.1(2°) relatif aux « règles d'utilisation des ressources » — une directive comportant des sanctions disciplinaires mais seulement des sanctions administratives (pp. 163-164). Or, la mesure imposée au D^r Perron affectait ses privilèges et était donc de nature disciplinaire (p. 168). Même en admettant que la directive du directeur des services professionnels était valide (p. 165) — et c'est ce point qui est intéressant pour notre étude — la C.A.S. considéra que le non-respect de la directive relative à l'utilisation des ressources ne pouvait fonder la décision de suspendre les privilèges du médecin concerné car cette directive, en limitant les privilèges de ce dernier, ne pouvait « s'appuyer sur aucun des motifs énoncés à l'article 131 de la loi [...] » (p. 172). Cet article, comme nous le verrons (*infra*, par. 28-33), constitue la disposition qui encadre le processus disciplinaire. La décision *Perron* fait donc clairement voir que l'application des sanctions prévues en cas d'inobservation des règles d'utilisation des ressources est sérieusement compromise puisque dès que ces sanctions affectent les privilèges d'un médecin ou d'un dentiste (et c'est l'essence même de ces sanctions selon l'article 71.1(2°), le débat doit se situer sur le plan des mesures disciplinaires. Or, le non-respect des règles d'utilisation des ressources n'est pas visé par l'article qui régit les mesures disciplinaires. Nous verrons sous peu (*infra*, par. 24) que le législateur a corrigé cette lacune en adoptant le nouvel article 189(2).

63. Art. 71.1 : Sous l'autorité du directeur des services professionnels du centre hospitalier, le chef de département clinique :

2° élabore, pour son département, des règles d'utilisation des ressources du centre hospitalier ; ces règles peuvent prévoir des sanctions administratives pour, notamment, limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources du centre hospitalier.

64. Puisque le législateur ne précisait pas le type de ressources visées, il est arrivé qu'on se demande si cette expression couvrait seulement les ressources matérielles ou incluait également celles de nature médicale : voir, entre autres, *Perron c. La Cité de la Santé*, *supra*, note 62, pp. 167-168.

65. Art. 189(3°) : Le chef de département clinique exécute, sous l'autorité du directeur des services professionnels, les responsabilités suivantes :

[...]

3° élaborer, pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes ; lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, élaborer les règles d'utilisation des ressources pharmaceutiques ainsi que des ressources matérielles de son département.

ressources « médicales et dentaires » s'avère importante car elle confirmera clairement l'autorité légale d'un centre hospitalier⁶⁶ de régir les nombreux volets pouvant être visés par l'expression « ressources médicales et dentaires »⁶⁷.

22. Seconde remarque : si le processus d'élaboration desdites règles est sensiblement identique à celui existant présentement⁶⁸, nous notons toutefois une modification qui n'est sûrement pas dénuée de signification. En effet, contrairement à la discrétion qui existe actuellement⁶⁹, la réforme stipule expressément que les règles d'utilisation des ressources *doivent* prévoir des sanctions administratives⁷⁰. Ce changement s'avère, selon nous, un indice qui ne trompe pas quant à la nouvelle portée que l'on a voulu attribuer aux règles d'utilisation des ressources. Car il ne fait pas de doute, à notre avis, que le législateur a profité de la réforme pour conférer une nouvelle vigueur à ces dispositions concernant l'utilisation des ressources et ce, dans l'objectif d'optimiser l'exercice de ce moyen de réglementation et de contrôle. Pour ce faire, une modification majeure s'imposait cependant.

23. En effet, le recours aux actuelles sanctions administratives en cas de non-respect des règles d'utilisation des ressources mène d'une façon quasi inéluctable à l'application de la procédure applicable aux mesures disciplinaires. Cette « disciplinarisation » d'une procédure qui est pourtant qualifiée d'« administrative »⁷¹ s'explique tout simplement par le fait que les sanctions administratives consistent, en général, à limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources d'un centre hospitalier⁷². Il

66. La décision d'appliquer la sanction administrative en cas de non-respect des règles d'utilisation des ressources appartiendra encore au directeur des services professionnels du centre hospitalier : art. 204(3°), *infra*, note 77. Ce pouvoir est actuellement prévu à l'article 118(2°).

67. Selon nous, l'expression « ressources médicales et dentaires » couvre la gestion des activités des médecins et des dentistes en fonction de la mission d'un établissement (art. 81), de ses fonctions (art. 100-101) et de son plan d'organisation (art. 378). En raison de l'objet même de ces règles qui visent « l'utilisation des ressources » elles ne peuvent régir toutefois, selon nous, le contenu même des actes médicaux et dentaires.

68. Actuellement, l'art. 71.1 dernier alinéa prévoit que les règles, élaborées par le chef de département clinique, doivent être soumises, avant leur approbation par le conseil d'administration de l'établissement, au C.M.D.P. pour obtenir son avis. Cette approche a été reprise à la seule nuance près que le C.M.D.P. sera invité à donner son avis au directeur général d'un établissement à propos des aspects administratifs des règles d'utilisation des ressources (art. 215(2°)) et au conseil d'administration pour les aspects professionnels (art. 214 9° b)).

69. Voir l'art. 71.1(2°), *supra*, note 63.

70. Art. 189 (2) : Les règles d'utilisation prévues au paragraphe 3° du premier alinéa doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement. Toutefois, ces sanctions ne peuvent être considérées comme une atteinte aux privilèges accordés par le conseil d'administration au médecin ou au dentiste, selon le cas.

71. Les articles 71.1(2°), (*supra*, note 63), et 118(2°) parlent de « sanctions administratives ».

72. Voir le texte de l'article 71.1(2°), *supra*, note 63.

n'est pas nécessaire d'insister pour démontrer que de telles limitations ou suspensions du droit d'utilisation affectent — voire même annihilent complètement — les privilèges octroyés à un médecin ou un dentiste à l'occasion de sa nomination⁷³. Or, la Loi stipule que la privation ou la suspension de privilèges constituent des « mesures disciplinaires »⁷⁴. Ainsi les centres hospitaliers, qui reprochent à un médecin ou dentiste de ne pas avoir respecté les règles d'utilisation des ressources, sont obligés de se conformer à la procédure régissant les mesures disciplinaires et de situer le manquement à l'égard de ces règles dans une telle perspective. La seule inobservance aux règles d'utilisation des ressources ne permet donc pas l'application d'une sanction⁷⁵.

24. Afin de corriger cette situation qui mine considérablement l'efficacité de ces règles, le législateur a expressément prévu que les sanctions administratives « qui peuvent avoir pour effet de limiter ou de suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement [...] ne peuvent être considérées comme une atteinte aux privilèges accordés par le conseil d'administration »⁷⁶. En énonçant cette présomption, qui contredit évidemment la réalité, le législateur compartimente les sanctions administratives et les mesures disciplinaires ; permettant ainsi que le motif d'inobservation des règles d'utilisation des ressources puisse être, *in se*, invoqué par un directeur des services professionnels⁷⁷ à l'encontre d'un médecin ou d'un dentiste.

25. À notre avis, même si le médecin ou le dentiste visé par une sanction administrative jouira d'un droit d'appel à la Commission des affaires sociales⁷⁸ — ce qui n'est pas directement le cas actuellement⁷⁹ — nous estimons que la décision de scinder les sanctions administratives et la procédure disciplinaire confèrera à la direction des centres hospitaliers⁸⁰ la possibilité d'exercer un meilleur contrôle des activités des médecins et des dentistes. Dans la mesure, en effet, où les règles d'utilisation des ressources seront claires, adoptées

73. Pour un bon exemple de cette interrelation, voir l'affaire *Perron c. La Cité de la Santé de Laval*, *supra*, note 62, pp. 168-172. Voir aussi *Services de santé et services sociaux*, [1991] C.A.S. 291, p. 299.

74. Article 131 (1), *supra*, note 40.

75. *Perron c. La Cité de la santé*, *supra*, note 62.

76. Pour le texte de l'article 189 (2), voir *supra*, note 70.

77. Art. 204 : Sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels visé au premier alinéa de l'article 202 doit, en outre des fonctions prévues à l'article 203 : [...]

3° appliquer les sanctions administratives prévues au deuxième alinéa de l'article 189 et en informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et les chefs de département clinique concernés.

78. Art. 205.

79. Actuellement, le médecin ou le dentiste peut porter en appel la décision dans la mesure où celle-ci affecte ses privilèges et est donc de nature disciplinaire : voir l'art. 132.

80. Nous nous référons au directeur des services professionnels qui agit, à l'égard des sanctions administratives, sous l'autorité du directeur général du centre hospitalier : art. 204.

conformément à la loi⁸¹, que l'inobservation de celles-ci sera bien établie et que les sanctions administratives applicables seront clairement déterminées, il nous paraît que la sanction administrative devrait être en principe à l'abri d'une intervention de la Commission des affaires sociales⁸².

IV. MESURES DISCIPLINAIRES

26. Au cœur de l'ensemble des moyens permettant à un établissement de contrôler l'activité des médecins et des dentistes qui y détiennent des privilèges se trouvent les mesures disciplinaires dont l'application est évidemment cruciale pour le médecin ou le dentiste qui est concerné⁸³. Or, la réforme modifiera plusieurs aspects de cet important moyen de contrôle.

27. Notons, en premier lieu, la correspondance législative qui existera dorénavant entre les dispositions relatives aux demandes de nomination d'un médecin ou d'un dentiste qui, rappelons-le, viseront tous les établissements et la sphère d'application des mesures disciplinaires. Ces dernières⁸⁴ se juxtaposeront donc maintenant à titre d'élément « contrôleur » complémentaire aux étapes de demandes de nomination⁸⁵ et de renouvellement⁸⁶ de la part des médecins et des dentistes dans tout centre exploité par un établissement⁸⁷.

28. Second point d'intérêt : à la description précise et exhaustive des mesures disciplinaires pouvant être appliquées à un médecin ou un dentiste⁸⁸ succédera une formule législative où se manifeste un élément de souplesse⁸⁹ à l'égard des divers types de mesures disciplinaires pouvant être prises par un conseil d'administration. Si nous sommes persuadés que cette nouvelle approche n'autorisera évidemment pas le recours à des mesures disciplinaires

81. Les articles 190 et 191 prescrivent très précisément la procédure qui doit être suivie relativement à l'adoption de ces règles.

82. Même si nous reconnaissons que la Commission des affaires sociales possède, à titre de tribunal d'appel, de larges pouvoirs, y incluant « celui de substituer son opinion à celle du conseil d'administration de l'hôpital », (*Galéa c. Centre hospitalier Rouyn-Noranda*, *supra*, note 43, p. 39), nous croyons que la Commission devrait, compte tenu de la nature administrative des règles d'utilisation des ressources, s'abstenir d'intervenir si la preuve révèle que les règles d'utilisation des ressources n'ont pas été respectées et que la sanction appliquée s'avère précisément celle qui est en vigueur.

83. Cette constatation s'impose à la lecture de certaines mesures disciplinaires qui peuvent être imposées à l'endroit d'un médecin ou d'un dentiste : privation de privilèges, suspension du statut ou des privilèges pour une période déterminée ou révocation du statut ou des privilèges : art. 249(2), *infra*, note 95.

84. Art. 237. *Supra*, par. 5.

85. Art. 238. *Supra*, par. 4-11.

86. Art. 237, 238(4). *Supra*, par. 12-19.

87. Art. 79 et 94.

88. Voir le texte de l'article 131(1), *supra*, note 40.

89. Le texte de l'article 249(2), *infra*, note 95, stipule que : « Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises *vont de la réprimande [...] jusqu'à* la révocation du statut ou des privilèges » (nos italiques).

abusives, capricieuses ou discriminatoires, nous estimons que les conseils d'administration pourront néanmoins — à la lumière de certains dossiers — adopter des mesures disciplinaires qui tiendront compte des particularités du cas concerné, de l'impact sur l'établissement, etc.

29. Le troisième élément à noter est d'importance : contrairement à la discrétion conférée actuellement aux conseils d'administration quant à la motivation sous-jacente à plusieurs mesures disciplinaires⁹⁰, le législateur imposera maintenant une liste précise et limitative de motifs pouvant être invoqués au soutien de *l'ensemble* des mesures disciplinaires⁹¹. Majeure en soi puisqu'elle circonscrit très strictement le champ des reproches pouvant être opposés à un médecin ou un dentiste, nous croyons que cette modification est intéressante puisqu'elle permettra, justement en raison de sa rigidité, une plus grande rigueur au niveau du processus décisionnel des conseils d'administration et, conséquemment, une meilleure protection des droits des médecins et des dentistes. Il faut d'ailleurs souligner que les motifs qui pourront être invoqués⁹² — sans être d'une portée illimitée — laisseront encore une certaine discrétion aux conseils d'administration⁹³.

30. Une seule réserve — et elle nous paraît significative — doit toutefois être notée à ce chapitre : si l'article 131(3) prévoit actuellement que le conseil d'administration peut invoquer « l'inobservance des règlements » du centre

90. Seuls le non-renouvellement ou la révocation du statut ou des privilèges devaient être, selon l'article 131(3) motivés et être fondés uniquement sur des motifs déterminés par la loi : *supra*, note 40.

91. Voir l'article 249(3) : *infra*, note 95. Le nouveau texte précise bien que « toute mesure disciplinaire [...] doit être motivée et fondée uniquement [...] » (nos italiques). Même si notre étude vise le régime applicable aux médecins et aux dentistes, soulignons, sur ce point une particularité concernant les pharmaciens. Actuellement, l'art. 131(1) prévoit que la « révocation du statut » constitue une des mesures disciplinaires pouvant être prises à l'encontre d'un pharmacien. Or, nous savons que l'alinéa 3 de cet article 131 (*supra*, note 40) exige que cette mesure disciplinaire soit fondée sur des motifs bien précis. Dans le cadre de la réforme, l'article 250, qui régit les mesures disciplinaires applicables aux pharmaciens, dispensera les conseils d'administration d'une justification fondée sur des motifs déterminés car le troisième alinéa de l'article 250 omet toute référence au texte de l'article 249 qui impose une telle limite (soit le troisième alinéa, *infra*, note 95).

92. Le défaut de qualification, l'incompétence scientifique, la négligence, l'inconduite, l'inobservation des règlements ou le non-respect des termes apparaissant à la résolution de nomination : art. 249(3), *infra*, note 95.

93. Nous pensons tout particulièrement au motif d'inconduite. À notre avis, une nouvelle approche interprétative devrait être adoptée à l'égard de ce motif. Si la portée de l'inconduite est actuellement limitée et ce, tout particulièrement parce qu'il faut tenir compte des responsabilités précises du C.M.D.P. (art. 112) dont la consultation préalable à toute mesure disciplinaire est obligatoire (art. 131(2), *supra*, note 40), la nouvelle « autonomie » du conseil d'administration d'un établissement vis-à-vis le C.M.D.P., dont nous ferons état sous peu (*infra*, par. 32-34), implique, selon nous, que la conduite (ou l'inconduite) d'un médecin ou d'un dentiste pourra être évaluée en fonction des nombreuses responsabilités du conseil d'administration prévues aux articles 171-172, soit évidemment à la lumière de critères et de facteurs couvrant l'ensemble des facettes de l'activité d'un médecin ou d'un dentiste exerçant sa profession dans un établissement.

hospitalier ou du conseil des médecins, dentistes ou pharmaciens⁹⁴, le nouveau texte se réfère plus succinctement à « l'inobservation des règlements de l'établissement »⁹⁵. Concrètement, ce changement signifie, à notre avis, que seuls les règlements adoptés par le conseil d'administration d'un établissement⁹⁶ pourront servir de fondement juridique à ce motif disciplinaire ; excluant donc du même coup les nombreux règlements adoptés par le C.M.D.P. Ce conseil est, en effet, une entité distincte de l'« établissement » et, fait très significatif, est d'ailleurs lui-même assujéti, dans le cadre de l'exercice de ses responsabilités, « aux règlements de l'établissement »⁹⁷. Nous voyons donc difficilement comment le C.M.D.P. pourrait être à la fois régi par les règlements de l'établissement et voir néanmoins ses règlements considérés comme étant ceux « de l'établissement » ...

31. L'impact de cette modification ne sera pas négligeable : le C.M.D.P., en raison de ses responsabilités statutaires actuelles⁹⁸ constitue dans un établissement une source réglementaire importante, voire même déterminante, à l'égard du contrôle de la qualité des actes médicaux et dentaires et de la compétence des professionnels concernés. En enlevant à ces règlements la portée coercitive qui découle de leur association à de possibles mesures disciplinaires, nous croyons que le législateur a non seulement affaibli un des motifs souvent invoqué pour justifier une mesure disciplinaire mais ébranlera également l'autorité même du C.M.D.P. Cette réduction du rôle du C.M.D.P. en matière de mesures disciplinaires ne se limite d'ailleurs pas à ce seul mais néanmoins important aspect de la réglementation, mais prend véritablement toute sa signification à l'examen des dispositions relatives à l'exercice même des mesures disciplinaires à l'encontre d'un médecin ou d'un dentiste.

94. Pour le texte de l'art. 131(3), *supra*, note 40.

95. Art. 249 : Le conseil d'administration peut prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin ou d'un dentiste.

Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises vont de la réprimande, le changement de statut, la privation de privilèges, la suspension du statut ou des privilèges pour une période déterminée jusqu'à la révocation du statut ou des privilèges.

Toute mesure disciplinaire prise à l'endroit d'un médecin ou d'un dentiste doit être motivée et fondée uniquement sur le défaut de qualification, l'incompétence scientifique, la négligence, l'inconduite, l'inobservation des règlements de l'établissement, eu égard aux exigences propres à l'établissement, ou le non-respect des termes apparaissant à la résolution visée à l'article 242. L'imposition des mesures disciplinaires doit se faire selon la procédure prévue par le règlement pris en vertu du paragraphe 2° de l'article 506.

Le directeur général doit communiquer à la corporation professionnelle concernée un exemplaire de la décision.

96. L'« établissement » est défini à l'article 94 comme suit : « Est un établissement toute personne ou société qui exerce des activités propres à la mission de l'un ou de plusieurs des centres visés à l'article 79 ». Quant au pouvoir réglementaire de l'établissement relativement à la « conduite de ses affaires et à l'exercice de ses responsabilités », celui-ci est prévu à l'article 106 et sera exercé par le conseil d'administration (art. 170).

97. Voir le nouvel article 214, par. introductif ; *supra*, note 32.

98. Voir les actuels articles 112 et 113 et l'art. 98 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, *supra*, note 27.

A. OBLIGATION DE CONSULTATION DISPARUE

32. Afin de bien saisir la portée du changement apporté, rappelons d'abord que la Loi reconnaît présentement au conseil d'administration le pouvoir d'adopter des mesures disciplinaires mais qu'il doit « avant de décider de l'application de telles mesures », consulter le C.M.D.P.⁹⁹ C'est d'ailleurs dans la foulée de cette consultation obligatoire et du pouvoir exprès d'énoncer une procédure concernant « l'imposition des mesures disciplinaires »¹⁰⁰ que le gouvernement a adopté les articles 106 à 110 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*¹⁰¹. La lecture de ces dispositions prévoyant la création d'un comité de discipline¹⁰², le dépôt d'un rapport auprès du comité exécutif du C.M.D.P.¹⁰³ ainsi que la formulation de possibles recommandations de ce comité au conseil d'administration¹⁰⁴ permet de constater le rôle prédominant que joue actuellement le C.M.D.P. relativement aux diverses facettes du cheminement menant à l'imposition d'une mesure disciplinaire par le conseil d'administration.

33. À notre avis, la symbiose — obligatoire faut-il le rappeler — conseil d'administration / C.M.D.P. en matière de mesures disciplinaires a été radicalement bouleversée par la réforme. En effet, l'obligation de consultation préalable qui scelle présentement la relation entre le conseil d'administration et le C.M.D.P. n'est plus ; le nouvel article 249¹⁰⁵ étant totalement muet à ce sujet. Ce silence, loin d'être fortuit, nous paraît vraiment révélateur quant aux intentions du législateur lorsqu'on consulte le nouvel article 250 qui, à propos des mesures disciplinaires pouvant être prises à l'égard d'un pharmacien, prévoit expressément le devoir pour le conseil d'administration d'obtenir l'avis du C.M.D.P. avant de prendre des mesures disciplinaires¹⁰⁶. Cette nette démarcation textuelle entre deux dispositions dont l'objet est identique¹⁰⁷ et

99. Voir l'article 131(1), *supra*, note 40.

100. Art. 131(4), *supra*, note 40.

101. *Supra*, note 27.

102. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, art. 106, *supra*, note 27.

103. *Id.*, art. 107.

104. *Id.*, art. 108. Il faut noter que cette disposition confère une discrétion au comité exécutif du C.M.D.P. car on y précise que ce n'est que « lorsque le comité exécutif décide de recommander l'application d'une mesure disciplinaire » que le dossier d'une plainte est transmis au conseil d'administration.

105. Pour son texte, *supra*, note 95.

106. Le premier paragraphe de l'article 250 se lit ainsi : « Le conseil d'administration d'un établissement peut prendre également des mesures disciplinaires à l'égard d'un pharmacien *après avoir pris l'avis* du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le cas échéant » (nos italiques).

107. Les deux articles confèrent au conseil d'administration le pouvoir d'imposer des mesures disciplinaires. Seul le sujet de ces mesures diffère : médecin et dentiste (art. 249), pharmaciens (art. 250).

qui, par surcroît, se succèdent, constitue un élément déterminant qui nous permet de soutenir que le législateur a bel et bien modifié le droit existant¹⁰⁸.

34. Cette situation nouvelle ne pourrait-elle pas être considérablement nuancée si le gouvernement adoptait, par le biais de son pouvoir réglementaire, une « procédure » obligeant le conseil d'administration d'un établissement à obtenir l'avis préalable du C.M.D.P. avant de prendre des mesures disciplinaires ?¹⁰⁹ Cette possibilité de donner son « avis sur les mesures disciplinaires » ne figure-t-elle pas, après tout, parmi les responsabilités du C.M.D.P. ? À la lumière du libellé même de l'article 249¹¹⁰ qui, rappelons-le, constitue « la » disposition octroyant aux conseils d'administration le pouvoir de prendre des mesures disciplinaires, nous sommes d'opinion que le gouvernement ne pourrait stipuler une obligation de consultation préalable auprès du C.M.D.P. parce que ce faisant, il ajouterait un devoir qui n'est pas prévu à la loi habilitante¹¹¹. De plus, nous ne croyons pas que la possibilité de réglementer la « procédure » relative à l'imposition des mesures disciplinaires puisse constituer une assise juridique permettant au gouvernement de suppléer au silence de l'article 249 et de contraindre les conseils d'administration à une

108. Cette nouvelle approche législative tranche, en effet, radicalement avec la philosophie adoptée dans le passé à ce sujet. En effet, si l'obligation de consultation auprès du C.M.D.P. n'a été inscrite législativement qu'en 1974 (*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1974, c. 42, art. 92(1)b)) et reprise en 1984 (*Loi modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 1984, c. 47, art. 131(2)), un examen attentif de la *Loi des hôpitaux* (S.Q. 1962, c. 44, ; S.R.Q. c. 164) révèle que le législateur attribue depuis longtemps un rôle de premier plan au conseil des médecins (à l'époque, la loi parlait du « bureau médical ») relativement aux sanctions disciplinaires pouvant être prises à l'égard d'un médecin. L'article 11 de cette Loi précisait que « tout conflit entre le conseil d'administration et le comité exécutif du bureau médical sur une question médicale, y compris [...] le congédiement de personnel médical [...] » (les médecins et dentistes étaient visés par cette expression) devait être soumis à un comité conjoint et éventuellement à une commission de conciliation. Ce recours conférant un rôle quasi paritaire au bureau médical en matière, entre autres, de congédiement permet d'inférer à tout le moins selon nous l'obligation qu'avait le conseil d'administration de consulter le bureau médical avant d'imposer la sanction du congédiement. D'ailleurs, le règlement de 1969 (*Arrêté en conseil concernant les règlements de la Loi des hôpitaux*, A.C. 288, (1969) G.O., 101, p. 1593) allait expressément dans ce sens en prévoyant que le conseil d'administration pouvait « après avoir reçu ou sollicité la recommandation du comité exécutif [...] » (du bureau médical) décréter des sanctions disciplinaires (art. 165). Voir également le *Règlement en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux* (A.C. 3322-72, (1972) G.O. 104, p. 10566) et tout particulièrement les articles 5. 3. 2. 19 à 5. 3. 2. 26 où le rôle de recommandation du C.M.D.P. apparaît vraiment déterminant et incontournable.

109. Art. 506 : Le gouvernement peut, par règlement :

[...]

2° déterminer la procédure selon laquelle des mesures disciplinaires peuvent être prises par le conseil d'administration à l'égard d'un médecin, dentiste ou d'un pharmacien.

110. *Supra*, note 95.

111. Voir à ce sujet, entre autres auteurs : R. DUSSAULT, L. BORGEAT, *Traité de droit administratif*, Québec, T. I, 2^e éd., P.U.L., 1984, pp. 519-521 ; D.P. JONES, A.S. DE VILLARS, *Principles of Administrative Law*, Carswell, Toronto, 1985, pp. 60-63.

consultation préalable avant l'adoption de mesures disciplinaires. Déjà qualifiée, avant la réforme, par la Commission des affaires sociales d'« obligation fondamentale »¹¹², l'obligation de consultation est essentiellement, selon nous, une notion de fond que seule une disposition législative spécifique puisse imposer.

35. Avec la réforme, le conseil d'administration des établissements s'avérera donc, en principe, le véritable maître d'œuvre en matière de mesures disciplinaires à l'égard des médecins et des dentistes. Est-ce à dire que les conseils d'administration seront toutefois tenus d'agir seuls ? Évidemment, la réponse à cette question est négative. Les conseils d'administration pourront — et le règlement relatif à la procédure pourra prévoir à ce titre un mécanisme¹¹³ — obtenir l'avis du C.M.D.P. D'ailleurs, nous avons vu précédemment que cette responsabilité d'aviseur auprès des conseils d'administration relèvera expressément du C.M.D.P.¹¹⁴ Nous pouvons très facilement anticiper qu'une telle démarche « consultative » s'imposera d'elle-même lorsque le défaut de qualification, l'incompétence scientifique ou la négligence seront invoqués et ce, eu égard à l'obligation de motiver la mesure disciplinaire en fonction des seules causes précisées par la loi¹¹⁵. Dans cette perspective, vu les responsabilités du C.M.D.P. en matière d'appréciation des actes médicaux et d'évaluation de la compétence des médecins et des dentistes¹¹⁶, l'obtention d'un avis du C.M.D.P. — même facultative — s'avérera une nécessité.

36. La situation pourra être toutefois différente lorsque les reproches à l'endroit du médecin ou du dentiste concerneront l'inconduite, l'inobservation des règlements de l'établissement ou le non-respect des termes apparaissant à la résolution de nomination¹¹⁷. Les nouveaux conseils d'administration, plus près en principe de l'établissement que les actuels conseils à la composition plus institutionnelle¹¹⁸, pourraient estimer, en effet, être en mesure d'évaluer directement, et sans autres ressources extérieures, la justesse de ces différents reproches qui peuvent paraître de nature moins scientifique. Il ne faudrait

112. *Services de Santé et Services Sociaux — 11*, [1989] C.A.S. 923, p. 939 : « *L'intervention du conseil des médecins et dentistes est donc essentielle en matière de discipline d'un médecin pratiquant en milieu hospitalier et l'obligation d'une consultation préalable auprès de lui est fondamentale. Un manquement à ce niveau constitue une irrégularité grave et on peut même se demander si elle n'atteint pas la compétence d'agir du conseil d'administration, ce dernier étant constitué illégalement lorsqu'il prend une décision disciplinaire à l'égard d'un médecin sans avoir préalablement consulté le conseil des médecins et dentistes sur la question* » (nos italiques).

113. Ce règlement, rappelons-le, pourra être adopté en vertu des articles 249(4) et 506(2), *supra*, note 95 et 109.

114. Voir le nouvel article 214(9°).

115. Article 249(3°), *supra*, note 95.

116. Article 214(1°), (2°).

117. Il s'agit des autres motifs qui peuvent être invoqués au soutien d'une mesure disciplinaire : art. 249(3), *supra*, note 95.

118. Voir nos remarques à ce sujet : *supra*, par. 17 et note 55.

d'ailleurs pas se surprendre que cet interventionnisme de « première ligne » de la part de conseils d'administration — qui semble souhaité dans une large mesure par le législateur puisqu'il a éliminé l'obligation de consultation préalable auprès du C.M.D.P. — se transpose rapidement dans la réalité ; les conseils d'administration y voyant une possibilité d'action plus directe et donc plus rapide.

Ce dernier avantage n'est cependant qu'illusoire selon nous car les conseils d'administration devront composer avec les règles de justice naturelle¹¹⁹ ; règles dont l'application n'est pas nécessairement compatible avec une approche « expéditive »¹²⁰.

119. Il est, selon nous, certain (autant qu'on peut toutefois l'être dans cette matière ...) que le conseil d'administration qui décide et impose une sanction disciplinaire à un médecin ou un dentiste exerce des fonctions quasi judiciaires (pour les critères permettant de qualifier une décision de quasi judiciaire, voir : *Ministère du Revenu National c. Coopers and Lybrand*, [1979] 1 R.C.S. 495 ; *Syndicat des employés de production du Québec et de l'Acadie c. Commission canadienne des droits de la personne*, [1989] 2 R.C.S. 879). Soulignons également que la Cour supérieure a considéré, dans l'affaire *Pierre-Pierre c. Finlay* (*supra*, note 54) que le comité de discipline du C.M.D.P. qui enquête et fait un rapport concernant une plainte adressée à l'encontre d'un médecin ou d'un dentiste « exerce des pouvoirs quasi judiciaires » (p. 1954). Nous estimons que l'analyse du tribunal sur ce point est bien fondée en droit et tient compte tant de l'orientation plus « statutaire » de l'arrêt *Syndicat des employés de production* (*supra*) (p. 899, juge SOPINKA) que du critère de l'affectation des droits. Si le comité de discipline du C.M.D.P. exerce des fonctions quasi judiciaires, nous croyons que l'organisme qui prend la décision d'imposer la sanction disciplinaire — soit le conseil d'administration — doit *a fortiori* être qualifié de la même façon.

Nous nous interrogeons toutefois très sérieusement quant à l'exactitude en droit de la dernière partie du jugement *Pierre-Pierre*. Après avoir conclu que le comité de discipline du C.M.D.P. exerce des pouvoirs quasi judiciaires lorsqu'il enquête et fait son rapport concernant une plainte à l'encontre d'un médecin ou d'un dentiste et donc que les règles de justice naturelle s'appliquent à ce comité (pp. 1955-1956), la Cour supérieure décida que ledit comité pouvait entendre, *en l'absence du médecin concerné*, des personnes dont le témoignage lui paraissait utile et se limiter à transmettre subséquemment au médecin des copies sténographiques de ces déclarations orales afin qu'il puisse faire des commentaires (p. 1957). Cette conclusion nous étonne.

Même si nous sommes conscient que la jurisprudence considère que la règle *audi alteram partem* ne confère pas un droit absolu à la possibilité d'effectuer un contre-interrogatoire (voir sur ce point : R. DUSSAULT, L. BORGEAT, *op. cit.*, note 60, pp. 409-410), il n'en demeure pas moins que le seul accès, pour fins de commentaires, aux notes sténographiques des témoins s'avère fort peu compatible avec l'objectif même de cette règle de justice naturelle (voir à ce sujet : R. DUSSAULT, L. BORGEAT, *id.*, pp. 389-391 ; P. GARANT, *Droit administratif*, vol. 2, 3^e éd., Cowansville, Éd. Yvon Blais Inc., 1991, p. 206-208).

À notre avis, cette partie de la décision *Pierre-Pierre* est d'autant plus fragile lorsqu'on constate que le tribunal s'est fortement inspiré (pp. 1957-1958) de l'arrêt *Roper c. Royal Victoria Hospital*, [1975] 2 R.C.S. 62. Or, des différences importantes existent entre les deux affaires. Dans *Roper*, un médecin demandait sa nomination auprès de l'hôpital. Les comités de l'ancien bureau médical (l'ancêtre de l'actuel C.M.D.P.) font enquête et le comité exécutif de ce bureau décida de ne pas recommander au conseil d'administration de l'hôpital la nomination du médecin concerné. Ce dernier demanda que des témoins soient entendus devant le comité exécutif en

37. Soulignons enfin qu'en matière d'urgence, la réforme reprend les mêmes dispositions que celles prévues actuellement au *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*¹²¹ à l'importante exception près que la suspension des privilèges d'un médecin ou d'un dentiste ne sera valide que pour une durée maximale de dix jours¹²², ce qui obligera une décision prompte de la part du conseil d'administration.

38. Nouvelles portée et définition des mesures disciplinaires, nouvelle exigence quant à leur motivation et nouvelle orientation, quant à leur exercice, voilà autant de changements importants qui devraient avoir un véritable retentissement à l'égard du contrôle de l'activité professionnelle des médecins et dentistes¹²³.

invoquant l'article 159 du *Règlement de la Loi des hôpitaux* (*supra*, note 108) qui permettait — une fois la recommandation du comité exécutif prise par le comité exécutif — au médecin de se faire entendre soit devant ce comité ou devant le conseil d'administration. Ceci fut refusé par le comité exécutif. La Cour suprême du Canada estima que cette position était bien fondée puisque selon elle, la décision du comité exécutif était « d'ordre administratif » (p. 66) et que la règle *audi alteram partem* perdait de sa force dans cette affaire (p. 67) et n'impliquait pas toujours, mais bien plutôt, exceptionnellement (p. 67), le droit de faire entendre des témoins. Il faut bien noter que le *Règlement* (*supra*) n'obligeait nullement le comité exécutif (ou les autres comités) du bureau médical d'entendre le médecin qui avait fait une demande de nomination *pendant* le processus d'enquête mais seulement une fois que la décision quant à la recommandation qui serait formulée était prise.

Ce dernier point — outre la différence de nature même des deux affaires (nomination dans *Roper* ; mesure disciplinaire dans *Pierre-Pierre*) — est selon nous, très important. L'actuel *Règlement sur l'organisation des établissements*, (*supra*, note 27) précise, à l'article 107, que le comité de discipline du C.M.D.P. *entend le médecin concerné* et nous comprenons, à la lecture du dernier alinéa de l'article 107, que cette audition doit avoir lieu *avant* que le comité adresse son rapport d'enquête au comité exécutif. Comment alors cette audition, devant avoir lieu dans le cadre de l'enquête et non pas, comme dans *Roper*, qu'à la suite de celle-ci, peut-elle avoir pleinement son sens si, d'une part, elle se fait en partie en l'absence du professionnel concerné et, d'autre part, que les personnes entendues ne peuvent être contre-interrogées. Nous voyons difficilement comment les membres du comité de discipline du C.M.D.P. — dont la tâche est, selon le tribunal, d'« analyser les éléments de preuve qu'il collige et tirer des conclusions » (p. 1955) — pourront atteindre cet objectif sans accorder au médecin ou dentiste concerné la possibilité d'un contre-interrogatoire qui leur permettrait d'apprécier véritablement la crédibilité des témoins entendus.

120. Nous pensons évidemment au caractère plus formel qu'impose au processus menant à une décision l'application des règles de justice naturelle (avis, audition, etc.).

121. *Supra*, note 27, art. 110.

122. Art. 251(4).

123. L'adoption de la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (*supra*, note 2) aura également un sérieux impact à l'égard de plusieurs dispositions du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, *supra*, note 27. En effet, à la lumière de l'article 13(2) de la *Loi d'interprétation* (L.R.Q. I-16), qui prévoit que « les règlements [...] édictés en application de la disposition remplacée [...] demeurent en vigueur *dans la mesure où ils sont compatibles* avec les dispositions nouvelles » (nos italiques), nous croyons que plusieurs dispositions relatives au renouvellement et à la procédure disciplinaire ne « survivront » pas à la mise en vigueur de la réforme. Nous pensons, par exemple, à l'article 100(3°) du *Règlement* (*supra*, note 27) qui prévoit une mise en marche automatique de la procédure de renouvellement

CONCLUSION

39. Du fait que le médecin et le dentiste ne font pas, en principe, partie du personnel d'un établissement¹²⁴, le contrôle de leur activité professionnelle au sein de l'établissement où ils ont été nommés et où ils jouissent de privilèges ne peut obéir aux règles classiques de la subordination. Une approche particulière, devant tenir compte à la fois de cette relation juridique originale existant entre l'établissement et les médecins ou dentistes, des droits des usagers¹²⁵, des responsabilités des établissements¹²⁶ et également de l'impact déterminant, voire même crucial, que peuvent avoir les moyens de contrôle à l'égard de l'exercice de la profession d'un médecin ou d'un dentiste¹²⁷, constituent autant d'éléments qui caractérisent les principaux axes de ce domaine du droit.

40. Sans l'annoncer formellement mais en arrivant à ce résultat en effectuant une série de « retouches » significatives, le législateur a, comme nous l'avons vu, profité de la réforme de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pour positionner bien clairement les conseils d'administration au cœur des diverses décisions impliquant le contrôle initial et subséquent de l'activité professionnelle des médecins et des dentistes. L'emprise est plus directe, la marge d'appréciation a été élargie, les moyens de contrôle ont été plus clairement définis ; bref, l'établissement, par le biais de son conseil d'administration — ou, pour une des mesures¹²⁸, le directeur des services professionnels — gagnera selon nous en latitude avec la réforme.

41. Cette responsabilisation accrue des conseils d'administration, ce raffinement et même cette augmentation des moyens de contrôle iront toutefois de pair avec l'imposition à leur égard de nouvelles obligations de motivation,

de statut et de privilèges au cours de la deuxième année suivant la nomination. Or, nous avons vu (*supra*, par. 12) que le nouvel article 237 prévoit une démarche active de la part du médecin ou dentiste qui désire obtenir un tel renouvellement.

Il est de même de la section relative à l'étude des plaintes concernant les médecins, dentistes et pharmaciens (art. 106 à 110 *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, *supra*, note 27). Nous avons vu (*supra*, par. 32-34) que le conseil d'administration ne sera plus obligé de consulter le C.M.D.P. à propos de l'adoption de mesures disciplinaires à l'encontre d'un médecin ou d'un dentiste (art. 249). Dans cette veine, nous voyons difficilement comment, entre autres dispositions, l'article 108 du *Règlement* qui, rappelons-le, confère discrétion au comité exécutif du C.M.D.P. de recommander au conseil d'administration l'application d'une mesure disciplinaire, pourra être compatible avec le nouveau rôle d'aviseur facultatif du C.M.D.P. Nous croyons donc que le *Règlement* devra, au chapitre des mesures disciplinaires, être remplacé par un nouveau texte où le rôle déterminant du conseil d'administration de tout centre exploitant un établissement devra ressortir.

124. Actuellement, voir l'article 1 *in fine*. Avec la réforme, ce principe a été repris à l'article 236.

125. Ces droits sont inscrits aux articles 4 à 16 de la nouvelle Loi.

126. Voir tout particulièrement les art. 80-84, 100, 101 et 105 de la réforme.

127. *Supra*, note 47.

128. Soit l'imposition des sanctions découlant du non-respect des règles d'utilisation des ressources ; voir *infra*, par. 9-11, 20-25.

la création de nouveaux recours pour contester leurs décisions, etc. En somme, si le processus de contrôle s'avère plus sophistiqué, son application pose cependant le délicat problème de la judiciarisation grandissante du contrôle de l'activité professionnelle des médecins et des dentistes au sein des établissements.

42. D'autre part, le profond réaménagement que la réforme législative opérera relativement à la composition des conseils d'administration n'est pas sans soulever une sérieuse préoccupation. Si l'objet de ce texte ne consistait pas à examiner cet aspect de la réforme, il apparaît néanmoins légitime de s'interroger relativement à l'impact que provoquera, quant à l'objet de notre étude, la mise en place de ces nombreux conseils d'administration où, comme nous l'avons déjà souligné¹²⁹, les représentants de la population seront appelés à jouer un rôle déterminant. La « démocratisation » des conseils d'administration conjuguée à une accentuation du pouvoir de ceux-ci en matière de contrôle de l'activité professionnelle des médecins et dentistes ne sont évidemment pas sans susciter des interrogations.

43. Les nouveaux conseils d'administration insuffleront-ils une approche moins « institutionnelle » à toute cette question de contrôle et se révéleront-ils plus sensibles aux besoins et attentes des usagers ? Assisterons-nous plutôt, en raison probablement du caractère souvent complexe des problèmes soulevés, à un alignement systématique des représentants de la population sur les positions soutenues par les membres permanents de l'établissement ou du réseau des services de santé et services sociaux et ce, parce que ceux-ci seront toujours en principe, mieux préparés aux difficultés inhérentes de certains dossiers ? La vraisemblance de cette dernière hypothèse ne risque-t-elle pas de rendre caduque le concept « participatif » qui est à la base de la réforme des conseils d'administration ?

44. La diversité des conseils d'administration, des établissements, des régions, etc. empêche évidemment de prédire l'orientation qui sera suivie. Une certitude se dégage toutefois : la réforme législative est porteuse d'une toute nouvelle dynamique qui, sans remettre en question les assises du « régime de sécurité professionnelle »¹³⁰ des médecins et dentistes œuvrant au sein d'un établissement, assujettit l'exercice de la profession de ces derniers à une surveillance plus structurée, plus directe et potentiellement plus efficace. Il ne restera qu'à évaluer si les nouveaux conseils d'administration seront au rendez-vous de ces changements significatifs ...

129. Voir *supra*, par. 17 et note 55.

130. *Galéa c. Centre hospitalier Rouyn-Noranda*, *supra*, note 43, p. 41.