

RAPPORT

Rationalisation de la procédure de traitement des plaintes contre les médecins en Ontario

Le 9 février 2016

Hon. Stephen Goudge, c.r.

PARTIE I. Mandat	1
PARTIE II. Aperçu.....	4
PARTIE III. Exécution de la procédure d'examen.....	6
PARTIE IV. Contexte	8
A. Histoire de la <i>Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées</i>	8
B. Régime législatif et réglementaire.....	8
1. LPSR	8
2. Code des professions de la santé	9
3. <i>Loi de 1991 sur les médecins</i>	10
C. Mandat du CPSO	10
D. Structure du CPSO.....	11
1. Service des enquêtes et des résolutions de problèmes.....	12
2. CEPR.....	12
3. Service des affaires juridiques	13
4. Comité de discipline	13
E. Rôle de l'ACPM dans la procédure de traitement des plaintes en Ontario	15
PARTIE V. Accroissement de l'efficience et de l'efficacité par rapport au coût à l'étape de l'enquête du CPSO	19
A. Introduction.....	19
B. Réception de plaintes	20
C. Plaintes du public	21
1. Données	21
2. Enquêtes à la suite de plaintes du public	23
D. Enquêtes du registrateur	38
PARTIE VI. Accroissement de l'efficience et de l'efficacité par rapport au coût à l'étape du CEPR.....	46
PARTIE VII. Accroissement de l'efficience et de l'efficacité par rapport au coût de l'examen par la CARPS.....	56
PARTIE VIII. Accroissement de l'efficience et de l'efficacité par rapport au coût à l'étape de l'audience disciplinaire	61
A. Divulgation	61
B. Conférence préparatoire.....	63
C. Audience disciplinaire	65
PARTIE IX. Résumé des recommandations et conclusion	70

Rationalisation de la procédure de traitement des plaintes contre les médecins en Ontario

PARTIE I. MANDAT

1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») a retenu mes services pour que je formule des recommandations au ministre sur les points suivants :

- (a) moyens par lesquels rationaliser la procédure mise en place par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (« CPSO », sigle du nom anglais) afin de rendre la prise de décisions plus efficiente et économique;
- (b) moyens par lesquels réduire le nombre, la durée et le coût des audiences, tout en conservant un processus équitable.

2. Dans le mandat, le Ministère a mentionné le contexte suivant de cette tâche :

- (a) de tous les organismes de réglementation des services de santé au Canada, le CPSO est celui qui reçoit le nombre le plus élevé de plaintes contre les médecins;
- (b) les médecins se tournent de plus en plus vers l'Association canadienne de protection médicale (« ACPM ») pour obtenir des conseils et une représentation en réponse à ces plaintes. Cette situation fait augmenter le coût de fonctionnement de l'ACPM;
- (c) les coûts de l'ACPM sont principalement assumés par l'Ontario, qui rembourse les frais d'adhésion des médecins à l'ACPM en vertu d'une

entente avec l'Ontario Medical Association (« OMA »);

- (d) l'Ontario est intéressée à examiner certains volets de la procédure de traitement des plaintes contre les médecins en vue de la rationaliser, de simplifier les enquêtes et de réduire la complexité des audiences. La province aspire ainsi à rendre la procédure de traitement des plaintes plus efficiente et économique pour tous les participants, tout en conservant un processus équitable;
- (e) l'Ontario prévoit du même coup établir un groupe d'experts pour examiner le régime législatif existant pour traiter des questions d'agression sexuelle des patients par des professionnels de la santé réglementés, en vue d'actualiser et de renforcer l'engagement de la province à appliquer une politique de tolérance zéro. Cela demanderait un examen des procédures de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* qui s'appliquent aux plaintes d'agression sexuelle déposées devant tous les ordres de professions de la santé réglementées.¹

3. Le mandat me donnait également les indications suivantes :

- (a) formuler des recommandations axées sur les problèmes de procédures dans le cadre législatif actuel, et d'autres ciblant les problèmes liés aux procédures de traitement des plaintes qui sont susceptibles de mener à des modifications aux lois. L'examen ne portera toutefois pas sur les procédures d'autres ordres de professions de la santé réglementées ni sur les processus de droits hospitaliers;

¹ Un groupe d'experts de ce type a été nommé sous la direction de l'honorable Marilou McPhedran.

- (b) formuler des recommandations qui établiraient un équilibre entre le droit des patients à une évaluation efficace de leurs plaintes et le droit des médecins à avoir une chance équitable de répondre à ces plaintes;
- (c) profiter de l'expérience du CPSO dans l'examen du nombre de plaintes et de leur acheminement dans les procédures de traitement et d'audience, et des renseignements de l'ACPM sur les facteurs déterminants qui influent sur les coûts aux divers stades de la procédure de traitement des plaintes.

PARTIE II. APERÇU

4. Le contexte législatif dans lequel je dois travailler me procure l'architecture de base de la procédure de traitement des plaintes contre les médecins. Elle comporte les éléments suivants :

- (a) une politique « porte ouverte » pour la réception des plaintes du public contre les médecins, avec peu d'obstacles institutionnels au dépôt d'une plainte;
- (b) un mécanisme qui permet au registrateur d'instaurer des enquêtes, même en l'absence de plainte du public;
- (c) un processus composé d'étapes de base, à savoir la réception des plaintes, l'enquête, l'aiguillage en discipline et l'audience disciplinaire;
- (d) un mécanisme indépendant d'examen des plaintes du public qui ne sont pas aiguillées en discipline par la Commission d'appel et de révision des professions de la santé (« CARPS »);
- (e) des décisions relatives à la discipline, prises par des jurys composés de médecins et de non-médecins.

5. Dans ce contexte, les faits montrent qu'il existe un certain nombre de possibilités d'accroître l'efficacité sans sacrifier l'équité. Prenons entre autres le fait que près de 80 % des plaintes du public n'aboutissent à aucune poursuite intentée contre les médecins en cause, à peu de cas près. La même chose s'observe dans un plus petit nombre d'enquêtes du registrateur. Seul 0,3 % des dossiers ouverts résultent

ultimement en une audience disciplinaire entièrement contestée.

6. Comme je le décrirai, j'ai axé mon rapport sur les secteurs suivants, riches en possibilités :

- (a) examen sommaire et décision relative aux plaintes non fondées du public;
- (b) modification des règles relatives au règlement extrajudiciaire des différends (RED) et recours à la médiation;
- (c) définition améliorée de la portée des enquêtes du registrateur;
- (d) recours accru aux issues non disciplinaires par le Comité des enquêtes, des plaintes et des rapports (« CEPR »);
- (e) rationalisation du mécanisme d'examen de la CARPS;
- (f) réforme du stade préparatoire, notamment par des conférences préparatoires plus efficaces et une forme de divulgation réciproque;
- (g) réforme de certains volets de l'audience disciplinaire en elle-même.

PARTIE III. EXÉCUTION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN

7. Comme me le suggérait mon mandat, je me suis engagé dans un processus itératif d'interaction avec les principaux acteurs de la procédure de traitement des plaintes, le CPSO et l'ACPM. J'aspirais ainsi à acquérir :

- (a) une meilleure compréhension de la procédure intégrée au cadre administré et de son mode de fonctionnement sur le terrain;
- (b) une appréciation qualitative des stress, des engorgements et des parties de la procédure coûteuses en ressources;
- (c) dans la mesure du possible, des preuves empiriques sur la progression des cas dans le système, de la réception de la plainte à la décision relative à celle-ci.

8. J'ai en outre consulté les particuliers et les organismes suivants, que je tiens d'ailleurs tous à remercier pour leur aide judicieuse :

- (a) l'OMA;
- (b) des médecins intéressés;
- (c) le groupe de travail sur les agressions sexuelles;
- (d) l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Alberta;
- (e) Robert Cosman, avocat indépendant du Comité de discipline du CPSO.

9. Conformément à mon mandat, j'ai soumis une ébauche de ce rapport au Ministère à l'automne 2015. Cette ébauche a été transmise à l'ACPM et au

CPSO aux fins d'examen et de commentaires. J'ai reçu ces commentaires et les ai pris en considération. Je remercie l'ACPM et le CPSO pour leurs suggestions et leurs commentaires avisés. Le présent rapport final témoigne de ma prise en compte de ces commentaires et suggestions.

10. Le premier geste que j'ai posé après ma nomination aura été de retenir les services de Richard Stephenson en tant que conseiller juridique. Ses conseils et son aide ont été inestimables. Je lui en suis très reconnaissant. Il va sans dire que j'assume l'entière responsabilité des recommandations que je présente ici.

PARTIE IV. CONTEXTE

A. Histoire de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées

11. La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (« LPSR ») a succédé à la *Loi sur les sciences de la santé*. Elle a été adoptée après un long processus d'étude et de consultation. À la fin, plus de 20 professions de la santé sont entrées dans son champ d'application. Auparavant, les diverses professions étaient assujetties à une multitude de lois ou à aucune. La LPSR a fait perdurer et étendu le régime d'autoréglementation de ces professions.²

12. Une des principales philosophies adoptées par la LPSR est que toutes les professions réglementées seraient régies par un seul code uniforme, le Code des professions de la santé. Ce dernier serait jumelé à des lois professionnelles individuelles régissant des volets spécifiques de chaque profession. Cette structure, conçue pour être avantageuse, donne à la population les mêmes droits et recours à l'égard de toutes les professions de la santé réglementées. De plus, une orientation stratégique coordonnée serait possible et le processus de modification des lois, grandement simplifié.³

B. Régime législatif et réglementaire

1. La LPSR

13. La LPSR est une loi générique qui regroupe dans un même ensemble plus d'une vingtaine de professions de la santé diverses. Certaines de ces professions sont vastes et ont une longue histoire de gouvernance sophistiquée. D'autres, plus modestes, n'ont

² *Report of the Health Professions Legislative Review*, 1989, p. 11

³ *Report of the Health Professions Legislative Review*, 1989, p. 3

aucun antécédent d'autoréglementation officielle.

14. Une des principales dispositions de la LPSR est sa création d'une liste détaillée d'« actes autorisés ». La LPSR interdit à toute autre personne qu'un membre autorisé par la loi relative à une profession de la santé de poser ces actes autorisés⁴. En effet, un monopole de droit est ainsi créé pour la prestation de divers actes et services. La justification de cette restriction est nettement de protéger la population en faisant en sorte que ces actes potentiellement préjudiciables ne soient posés que par des personnes qualifiées, régies par une structure officielle de surveillance et de gouvernance.

2. Code des professions de la santé (Code)

15. La LPSR compte deux « annexes », qui sont des parties intégrantes. L'annexe 1 dresse la liste des professions de la santé autonomes et indique la loi sur la profession de la santé qui régit chacune d'elles. La médecine fait partie des professions énumérées.⁵

16. L'annexe 2 de la LPSR est occupé par le Code. Il s'agit d'un long document détaillé.⁶ Comme son nom le suggère, il s'agit d'un code prescriptif détaillé qui porte sur les règles de procédure régissant le processus disciplinaire des professions de la santé réglementées, notamment la procédure de traitement des plaintes, de la réception de la plainte à la décision relative à celle-ci. Cependant, en raison de son statut de loi, seule l'Assemblée législative est en mesure d'y apporter des modifications. De plus, lorsqu'une modification est envisagée, l'Assemblée législative doit décider si

⁴ LPSR, art. 27

⁵ LPSR, Annexe 1

⁶ Il est nettement plus long que la LPSR elle-même.

celle-ci se limitera à une seule profession (ce qui mettrait ainsi fin au régime d'uniformité) ou si les motifs de toute modification proposée s'appliquent à toutes les autres professions réglementées.

3. La Loi de 1991 sur les médecins

17. L'annexe 1 de la LPSR indique la loi relative à une profession de la santé qui régit chacune des professions. Dans le cas des médecins, il s'agit de la *Loi de 1991 sur les médecins*. Conformément à l'article 1, le Code entre dans les définitions intégrées à la *Loi sur les médecins*. Le Règl. de l'Ont. 856/93 pris en application de la *Loi sur les médecins* donne la définition d'une faute professionnelle applicable aux médecins.

18. La définition est très générale et englobe diverses formes de comportements non éthiques ou inappropriés, ainsi qu'un défaut de respecter les normes de pratique.⁷

C. Mandat du CPSO

19. Le CPSO est maintenu conformément aux dispositions de la *Loi de 1991 sur les médecins*.⁸ Il est désigné en tant qu'ordre responsable des médecins en vertu de l'annexe 1 de la LPSR. Le mandat du CPSO consiste à mettre en place et à maintenir un régime d'autoréglementation efficace pour les médecins de l'Ontario. Le CPSO a le devoir de servir et de protéger l'intérêt public en réglementant la pratique et la profession et en les régissant conformément à la LPSR.⁹

20. Les devoirs du CPSO comprennent entre autres :

- (a) la délivrance de certificats d'inscription, pour les médecins, qui leurs permettent de pratiquer la médecine;

⁷ Le texte (traduction non officielle) du Règl. de l'Ont. 856/93 est présenté à l'annexe A.

⁸ L.O. 1991, chap. 30, art. 3

⁹ Rapport annuel du CPSO de 2013, p. 2

- (b) la surveillance et le maintien des normes de pratique grâce à une évaluation par des pairs et à des corrections;
- (c) la réalisation d'enquête pour le compte du public à la suite de plaintes à l'endroit de médecins;
- (d) la tenue d'audiences disciplinaires dans les cas où les médecins auraient peut-être commis une faute professionnelle ou fait preuve d'incompétence.¹⁰

D. Structure du CPSO

21. Le Conseil est le corps dirigeant du CPSO. La LPSR stipule qu'il est constitué d'au moins 32 et d'au plus 34 membres, qui comprennent :

- (a) 16 médecins élus par leurs pairs, sur une base géographique, tous les 3 ans;
- (b) 3 médecins nommés, faisant partie du corps professoral de l'une des 6 facultés de médecine (celles de l'Université Western, de l'Université McMaster, de l'Université de Toronto, de l'Université Queen's, de l'Université d'Ottawa et de l'École de médecine du Nord de l'Ontario);
- (c) au moins 13 et au plus 15 membres du « grand public », qui ne sont pas médecins, nommés par le gouvernement provincial pour des mandats déterminés par le gouvernement.¹¹

22. Le personnel de gestion du CPSO est dirigé par le président et le registraire.

¹⁰ <http://www.cpso.on.ca/About-Us> (en anglais seulement)

¹¹ <http://www.cpso.on.ca/About-Us/About-Council> (en anglais seulement)

23. Au sein du CPSO, quatre groupes sont d'une importance primordiale dans mon propos : (a) le Service des enquêtes et des résolutions de problèmes (« Service E et R »); (b) le Comité des enquêtes, des plaintes et des rapports (« CEPR »); (c) le Service des affaires juridiques; (d) le Comité de discipline.

1. Service des enquêtes et des résolutions de problèmes

24. Le Service E et R est responsable, au niveau du personnel, entre autres choses, de mener des enquêtes sur la conduite d'un médecin. Cela s'applique que l'événement déclencheur soit une plainte du public ou une enquête amorcée par le registrateur en vertu de l'article 75 du Code (une « enquête du registrateur »), qui correspondent aux deux voies par lesquelles la procédure de traitement des plaintes est lancée. Lorsque ces enquêtes sont menées, elles sont en définitive sous la responsabilité et la direction du CEPR.

2. CEPR

25. Dans l'application du Code, l'ordre de chaque profession de la santé réglementée doit avoir un CEPR. Le CEPR du CPSO a la responsabilité législative d'enquêter sur une faute professionnelle potentiellement commise par un médecin. Dans la pratique, cette responsabilité est déléguée au personnel enquêteur, qui agit sous la direction du CEPR. Le CEPR a aussi la responsabilité législative d'établir si un dossier doit être renvoyé devant le Comité de discipline aux fins de décision ou, pour l'imposition d'une autre conséquence pouvant prendre la forme d'un avertissement, être renvoyé à un programme d'enseignement, ou encore de n'entraîner la prise d'aucune mesure.¹²

¹² Vous trouverez ci-dessous une liste de toutes les conséquences possibles.

26. Le CEPR se compose de médecins (dont certains sont membres du Conseil du CPSO) et de membres du public nommés par le gouvernement. Le quorum d'un groupe du CEPR compte trois personnes, dont au moins un membre du public.¹³

3. Service des affaires juridiques

27. Le CPSO est doté d'un Service des affaires juridiques interne pour la prestation d'une variété de services juridiques. Le Service des affaires juridiques joue un rôle de soutien après du Service E et R dans le cadre d'enquêtes. Il occupe une place centrale lorsque des cas sont renvoyés à la discipline; il présente ces cas au Comité de discipline et, une fois les cas soumis, entreprend toute négociation pour leur résolution totale ou partielle.

4. Comité de discipline

28. Comme le CEPR, le Comité de discipline se compose de médecins (dont certains sont membres du Conseil du CPSO) et de membres du public.

29. Un sous-comité disciplinaire se compose d'au moins trois membres – dont deux doivent être des membres du public et un, un médecin membre du Conseil. Les sous-comités sont habituellement constitués de quatre à cinq membres.¹⁴

30. Si le sous-comité estime que le médecin a commis une faute professionnelle ou a fait preuve d'incompétence, il peut rendre une ordonnance exigeant que le registrateur :

- (a) révoque le certificat d'inscription d'un médecin;
- (b) suspende le certificat d'inscription d'un médecin;

¹³ <http://www.cpso.on.ca/About-Us/About-Council/Committees> (en anglais seulement)

¹⁴ <http://www.cpso.on.ca/About-Us/About-Council/Committees> (en anglais seulement)

- (c) impose des modalités, des conditions ou des limites précises au certificat du médecin.¹⁵

31. Si le sous-comité estime que le médecin a commis une faute professionnelle, il peut aussi rendre une ordonnance :

- (a) exigeant que le médecin se présente devant lui pour être réprimandé;
- (b) exigeant que le médecin verse une amende d'un maximum de 35 000 \$ au ministère des Finances;
- (c) si la faute professionnelle était l'agression sexuelle d'un patient, exigeant que le médecin rembourse à l'Ordre les fonds versés au patient pour la consultation et la thérapie, et exigeant que le médecin dépose une garantie pour le paiement.¹⁶

32. Dans certains cas, le sous-comité pourrait également exiger qu'un médecin verse la totalité ou une partie des frais et débours de la procédure juridique, de l'enquête et de l'audience.¹⁷

33. Si le sous-comité estime que le médecin a commis une faute professionnelle sous forme d'une agression sexuelle sur un patient, il doit :

- (a) réprimander le médecin;
- (b) révoquer le certificat du médecin si l'agression sexuelle consistait en certains actes ou en faisait partie.¹⁸

¹⁵ *supra*

¹⁶ *supra*

¹⁷ *supra*

¹⁸ *supra*

34. Le Comité de discipline a promulgué des règles de procédure applicables à toutes les procédures portées devant lui.

E. Rôle de l'ACPM dans la procédure de traitement des plaintes en Ontario

35. L'ACPM est un organisme national à caractère mutuel, sans but lucratif, créé en 1913 par une loi spéciale du Parlement. En 2014, l'Association comptait plus de 91 000 membres, soit la grande majorité des médecins au Canada.¹⁹ Il ne s'agit pas d'une compagnie d'assurance. Elle procure une représentation par avocat à ses membres dans une variété de situations, y compris les affaires liées à la discipline.²⁰

36. L'ACPM est active dans tout le pays et offre des services similaires à ses membres faisant face à des procédures disciplinaires devant les organismes de réglementation provinciaux.²¹

37. L'ACPM aide aussi chaque année plus de 4 000 de ses membres, à travers le Canada, dans des affaires à caractère disciplinaire. En Ontario, l'ACPM a fourni de l'aide dans 2 180 nouvelles causes du CPSO par année, en moyenne, entre 2010 et 2014²²

38. L'Association a observé une augmentation des demandes d'assistance formulées par ses membres pour des affaires à caractère disciplinaire en Ontario, comme partout au Canada, au cours de la dernière décennie, ce qui a occasionné une hausse concomitante de ses dépenses juridiques.²³

¹⁹ Rapport annuel de l'ACPM 2014

²⁰ Mémoire de l'ACPM (février), p. 1-2

²¹ Mémoire de l'ACPM (février), p. 2

²² Mémoire de l'ACPM (février), p. 2

²³ Mémoire de l'ACPM (février), p. 2

39. L'ACPM fournit de l'aide à ses membres lorsqu'ils font l'objet d'une enquête par le CPSO. Et cette démarche engendre des coûts. Il est important de comprendre la nature de ces coûts, de même que leur origine, le moment de leur occurrence et leur raison. Il existe deux grandes catégories de coûts, pour l'ACPM : les conseillers médicaux internes et les conseillers juridiques externes.

40. Les conseillers médicaux sont des employés salariés de l'ACPM ayant reçu une formation médicale. Ils sont disponibles pour donner des conseils à des membres de l'ACPM soumis à une enquête. Les conseillers médicaux ne consignant pas leur temps, il n'existe aucune donnée systématique qui indique le temps et les efforts consacrés au système disciplinaire en général. Ils entrent toutefois en scène dès les premières étapes d'une enquête. Ils interviennent relativement peu dans les cas une fois ceux-ci présentés devant le Comité de discipline.

41. L'ACPM retient les services de conseillers juridiques externes pour représenter ses membres engagés dans une procédure disciplinaire. Un médecin qui veut être représenté sur le plan juridique peut décider de retenir à ses frais un avocat de son choix, ce qui arrive à l'occasion. Par contre, dans la grande majorité des cas, la représentation est fournie par l'ACPM.

42. L'ACPM a indiqué ce qui suit :

- (a) ses dépenses annuelles pour des causes du CPSO en Ontario, au cours des cinq dernières années, ont principalement été encourues dans des cas relevant du CEPR, des enquêtes du registrateur et des procédures devant le Comité de discipline;
- (b) le nombre, le champ d'application et l'étendue des enquêtes du

registrateur en Ontario ont fait en sorte que les dépenses provinciales de l'ACPM pour des cas d'ordre disciplinaire liées à des enquêtes du registrateur correspondaient à une fois et demie celles encourues dans le reste du Canada;

- (c) de même, ses coûts associés à des audiences du Comité de discipline en Ontario s'élèvent à plus du double de ceux engendrés dans le reste du Canada, mesurés en tant que proportion des dépenses provinciales pour des cas d'ordre disciplinaire;
- (d) de façon plus générale, la très forte allocation de coûts dans les dépenses de l'ACPM révèle que les dépenses internes de l'ACPM associées à des cas de l'Ordre en Ontario sont 50 % plus élevées que dans le reste du Canada, même s'il faut retenir que l'Ontario a un nombre proportionnellement supérieur de cas.

43. L'Ontario compte environ 40 % de tous les médecins du Canada, mais plus de 50 % du total des causes d'ordre disciplinaire, et plus de 60 % du total des heures consacrées par des avocats de l'ACPM à des dossiers d'ordre disciplinaire à l'échelle nationale.²⁴

44. Environ 30 % des plaintes du public déposées devant le CPSO dans lesquelles l'ACPM intervient aboutissent à une absence de mesure ou à un conseil. Ces dossiers représentent près de 40 % des heures consacrées par l'avocat de l'ACPM en services juridiques liés à des plaintes du public.²⁵

45. Je fais référence aux ressources que l'ACPM a consacrées en Ontario et à

²⁴ Rencontre avec l'ACPM, 6 avril 2015

²⁵ Mémoire de l'ACPM (7 mai), p. 2

l'échelle nationale afin de montrer qu'il est possible de rationaliser la procédure de traitement des plaintes en Ontario afin d'accroître son efficacité et son efficacité par rapport au coût. Je ne suggère pas ici qu'un écart de coût entre les provinces et territoires serait attribuable à la conduite d'une des parties au régime.

PARTIE V. ACCROISSEMENT DE L'EFFICIENCE ET DE L'EFFICACITÉ PAR RAPPORT AU COÛT À L'ÉTAPE DE L'ENQUÊTE DU CPSO

A. Introduction

46. La première étape d'un examen justifiant une procédure disciplinaire est celle de l'enquête. Comme dans les autres étapes de la procédure disciplinaire, les ressources consacrées à cette étape dépendront de deux grands facteurs : (i) le nombre de dossiers; (ii) la façon dont ces dossiers sont traités.

47. Comme je l'ai décrit plus haut, les dossiers de plaintes contre un médecin entrent dans deux catégories : les plaintes du public et les enquêtes du registrateur. Il faut faire le point sur une question avant de se tourner vers des zones qui, à mon avis, se révéleront plus efficaces. Pour différentes raisons, je ne crois pas qu'il soit dans l'intérêt public de chercher à faire des économies en tentant de réduire le nombre de dossiers ouverts dans chaque catégorie.

48. La décision de déposer une plainte publique repose entièrement entre les mains de chaque plaignant. Il existe des moyens qui permettraient de réduire le nombre de plaintes du public, par exemple en rendant la procédure de dépôt d'une plainte plus difficile ou onéreuse (à l'aide de formulaires prescrits ou de frais de dépôt). Cependant, à mon avis, ce genre de mesures ne servirait pas l'intérêt public. Si un membre du public avait vécu une expérience insatisfaisante avec un médecin qui aurait manqué de professionnalisme, l'examen de ce comportement est d'intérêt public, puisqu'il traitera convenablement tout risque à la santé ou à la sécurité publiques.

49. Les enquêtes du registrateur sont lancées dès que le registrateur du CPSO a des motifs raisonnables et probables de croire qu'un médecin a commis une faute

professionnelle. Ce mécanisme est essentiel pour la protection de l'intérêt public. Les plaintes du public ne peuvent être invoquées pour aborder une question soulevant des préoccupations personnelles, exception faite des préoccupations systémiques soulevées par la pratique d'un médecin. Par conséquent, je ne pense pas qu'une coupure du nombre d'enquêtes du registrateur servirait l'efficacité.

50. Ainsi, la réalisation d'économies dans la procédure de traitement des plaintes nécessite l'apport d'améliorations quant à la manière de traiter les plaintes du public et les enquêtes du registrateur à l'intérieur du régime.

51. Dans la poursuite de ces améliorations, un seul fait est à retenir. Plus de temps et d'argent sont consacrés en Ontario que dans les autres provinces et territoires pour rendre une décision, pour peu d'avantages apparents pour le public en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité ou de la sécurité des services médicaux. Des décisions plus précoces sont plus efficaces et, par conséquent, tendent à être moins coûteuses et, si les règlements demeurent justes et équitables, elles servent mieux l'intérêt public.

52. Nos conversations m'ont amené à conclure, de façon assez simple, qu'un trop grand nombre de plaintes et d'enquêtes restent trop longtemps dans le système. Cette constatation a éclairé bon nombre de mes recommandations à propos de l'étape de l'enquête, mais s'est aussi avérée importante en faisant de même pour mes perspectives sur les étapes suivantes.

53. La procédure d'enquête du CPSO compte trois catégories.

B. Réception de plaintes

54. La catégorie « réception de plaintes » est occupée par les dossiers qui sont portés à l'attention du Service E et R du CPSO par différentes voies, mais non sous la forme de plaintes du public réelles. Si aucune mesure n'est prise, elles ne deviennent

pas de vraies plaintes du public et ne font pas l'objet d'enquête.²⁶

55. Le personnel tient compte de la nature de l'information fournie, ainsi que des antécédents du médecin avant de clore un dossier à l'étape de la réception. Les conseillers médicaux examinent toutes les propositions de fermeture de dossier à cette étape, aux fins d'« approbation ».²⁷

56. Entre 2010 et 2014, il y a eu une moyenne de 988 nouvelles réceptions de plaintes : dossiers par année (695 nouveaux dossiers en 2014). Les chiffres ont affiché une tendance à la baisse pendant cette période.²⁸

57. À l'étape de la réception, les dossiers sont traités plutôt rapidement. Le temps moyen écoulé avant la conclusion, entre 2011 et 2014, était de l'ordre de 27 à 33 jours.²⁹

58. Dans une perspective de coût, les dossiers traités à la réception ne constituent pas une dépense importante pour le CPSO, et le temps écoulé n'indique pas de manque d'efficacité.

C. *Plaintes du public*

1. Données

59. La seconde catégorie, les plaintes du public, est le volet de la charge de travail liée à la procédure de traitement des plaintes la plus coûteuse et longue, tant pour le CPSO que pour l'ACPM.³⁰ Une moyenne de 2 412 nouvelles plaintes du public ont été

²⁶ Réponses du CPSO de mai, p. 8

²⁷ Réponses du CPSO de mai, p. 8

²⁸ Rapport annuel sur les enquêtes du CPSO de 2014, p. 16

²⁹ Rapport annuel sur les enquêtes du CPSO de 2014, p. 18

³⁰ Mémoire de l'ACPM (7 mai), p. 2

déposées chaque année entre 2010 et 2014 (2 361 en 2014).³¹

60. En se concentrant sur les 25 % de plaintes du public qui ont fait l'objet des décisions les plus rapides, il aura fallu au CEPR 97 jours, en moyenne, pour clore un de ces cas en 2014.³²

61. Selon le paragraphe 28 (1) du Code, le CEPR est tenu de rendre une décision relativement à une plainte du public dans les 150 jours suivant son dépôt. Il existe un mécanisme qui permet de prolonger cette échéance.³³ En pratique, l'échéance de 150 jours n'est bien souvent pas respectée. Entre 2011 et 2014, le temps moyen écoulé entre la réception de la plainte du public et la décision du CEPR était d'environ 200 jours (176 jours en 2014).³⁴

62. Le CPSO est confronté à un certain nombre de difficultés dans l'achèvement des enquêtes en temps opportun. Il s'agit, entre autres :

- (a) du processus itératif de la correspondance écrite entre le plaignant et le médecin, qui peut être longue et prendre beaucoup de temps;
- (b) des demandes croissantes de « divulgation complète » au membre présentées au CPSO durant l'étape de l'enquête. Le CPSO s'attend à une augmentation de ces demandes, puisque le régime se voit imposer une plus grande transparence et que les médecins ont de plus en plus tendance à croire que les jalons de l'étape de l'enquête sont porteurs de plus de risques pour eux;

³¹ Rapport annuel sur les enquêtes du CPSO de 2014, p. 16

³² Réponses du CPSO de mai, p. 18

³³ Code, article 28

³⁴ Rapport annuel sur les enquêtes du CPSO de 2014, p. 18

- (c) l'existence de poursuites criminelles ou autres intentées en parallèle entraîne des retards, surtout en ce qui concerne l'accessibilité aux documents pertinents;
- (d) de nombreuses enquêtes sont « lourdement documentées » et l'obtention des documents pertinents peut prendre beaucoup de temps, surtout s'ils proviennent de tierces parties;
- (e) la rétention des services d'experts compétents pour procéder à l'examen et à l'évaluation des dossiers peut prendre du temps;
- (f) la planification de l'examen du dossier par le sous-comité du CEPR concerné peut être longue.³⁵

2. Enquêtes à la suite de plaintes du public

63. Les membres du CEPR sont responsables des enquêtes, mais ces dernières sont réalisées par du personnel enquêteur. Les sous-comités du CEPR examinent les enquêtes et demandent parfois à l'enquêteur d'apporter des éclaircissements, d'obtenir des renseignements additionnels ou de demander à un membre de répondre à une question particulière. Le sous-comité pourrait également demander une opinion indépendante sur le cas. De plus, les membres du CEPR sont plus particulièrement amenés à donner leur approbation à propos de certaines démarches d'enquête plus intrusives ou inhabituelles qu'un enquêteur souhaite employer, comme l'assignation de certains témoins, la « sollicitation à froid » de certains patients ou la demande d'un

³⁵ Réponses du CPSO de février, p. 5-7

mandat de perquisition.³⁶

64. Toutes les plaintes du public sont soumises à un processus de « triage » lorsqu'elles sont reçues par le responsable de la réception du Service des enquêtes.³⁷

Les cas sont triés par élément constitutif pour être acheminés vers une des quatre équipes spécialisées dans un type particulier d'enquête (p. ex. soins médicaux-chirurgicaux, soins de santé mentale, agression sexuelle). Les cas pourraient autrement être triés par ordre de priorité/complexité/mérite apparent.³⁸

65. Puisque le CPSO n'a aucun contrôle sur le contenu des plaintes du public, il est inévitable qu'une certaine proportion de celles-ci déborde entièrement de son mandat ou soit d'une certaine façon sans validité.

66. Les statistiques historiques révèlent qu'une moyenne de plus de 80 % des plaintes du public aboutissent à une décision de prise d'aucune mesure ou d'avertissement au médecin.³⁹

67. Ces plaintes doivent néanmoins faire l'objet d'une enquête avant de prendre quelque décision que ce soit à leur sujet, tant par souci de saine politique publique qu'en vertu des dispositions du Code. Dans une perspective d'efficience, la question consiste à s'assurer que les enquêtes sont proportionnées à la validité inhérente des motifs de la plainte et aussi efficaces que celle-ci.

68. Il existe différents domaines d'enquête qui mènent à différents sous-comités du CEPR, selon la nature et l'importance de la plainte.

³⁶ Réponses du CPSO de mai, p. 19 Cela comprend les pouvoirs que le CEPR peut exercer en vertu de l'alinéa 75 (1) c) du Code.

³⁷ Réponses du CPSO de mai, p. 9

³⁸ Réponses du CPSO de mai, p. 9

³⁹ Rapport annuel de 2014, p. 22

- (a) Voie rapide : ce sous-comité entend les résultats d'« enquêtes abrégées », dans les cas où les parties acceptent cette procédure (décrite en détail ci-dessous);
- (b) Voie modérée : ce sous-comité gère des dossiers à faible risque ou simples. Environ 100 cas par année entrent dans cette catégorie. Ce sous-comité s'occupe également des cas que les enquêteurs qualifient de potentiellement futiles ou vexatoires;
- (c) Risque et priorité élevés : ce sous-comité traite une série de cas d'un genre que le CPSO considère « grave », ce qui justifie l'allocation de ressources additionnelles ou spéciales. Ces cas comportent des allégations de : violation d'un engagement ou d'un ordre; comportement perturbateur d'un médecin; exercice de la profession alors que la compétence est compromise; inconduite sexuelle ou transgression de limites;
- (d) Voie régulière.

69. Le CPSO estime que la proportionnalité des ressources allouées à l'enquête se fait de façon naturelle, en ce sens que les enquêtes s'écourtent d'elles-mêmes lorsque le cas est simple.⁴⁰

70. Le CEPR détient le pouvoir, conformément aux paragraphes 26 (4) et (5) du Code, de mettre fin à une enquête avant son achèvement, mais seulement s'il appert clairement que la plainte est futile, vexatoire ou qu'elle a été faite de mauvaise foi. Le CPSO indique toutefois que la procédure prescrite par le Code pour rendre ce type de décision est si longue qu'il y recourt rarement. Dans cette optique, il est plus rapide de

⁴⁰ Réponses du CPSO de mai, p. 30

clure simplement l'enquête et de déterminer le résultat selon le cours normal.⁴¹ Ainsi, les dispositions des paragraphes 26 (4) et (5) sont peu utilisées. Au cours des 3 dernières années, le nombre de cas clos chaque année sans rien coûter parce que qualifiés de « futile ou vexatoire » est passé de 39 à 200.⁴²

71. Cela témoigne de la démarche adoptée par l'Ontario pour enquêter sur les plaintes du public. Chaque province a un régime réglementaire équivalent, dont chacun présente des caractéristiques uniques. À mon avis, l'exemple de l'Alberta est particulièrement utile. Il donne lieu à des résultats très différents de ceux obtenus en Ontario.

72. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Alberta (« CPSA ») reçoit chaque année des plaintes du public dont le nombre se compare à celui du CPSO compte tenu des populations respectives de l'Alberta et de l'Ontario.⁴³ Par contre, en Alberta, beaucoup plus de plaintes sont résolues beaucoup plus tôt qu'en Ontario. Seul un très petit nombre de cas (un total de 5 entre 2011 et 2014) ont mené à des audiences disciplinaires, une fraction du nombre porté devant le Comité de discipline en Ontario.⁴⁴

⁴¹ Réponses du CPSO de février, p. 2

⁴² Rapport annuel du Service des E et R de 2014, p. 23

⁴³ En 2014, la population de l'Ontario était 3,34 fois plus importante que celle de l'Alberta (Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo02a-fra.htm>). Le CPSA a reçu 677 plaintes du public en 2014 : $677 \times 3,34 = 2\,261$. Le CPSO a reçu 2 361 plaintes du public en 2014 (statistiques sur les plaintes du CPSA, 2014, p. 4).

⁴⁴ CPSA Complaint Statistics, 2014, p. 3

73. Le CPSA a deux personnes employées à temps plein appelées « représentants des patients ». Le but explicite du représentant des patients consiste, comme son titre l'indique, à défendre les droits des plaignants, en leur nom.

74. Chaque plainte du public reçue par le CPSA est d'abord examinée par un représentant des patients. Dans la mesure où le représentant des patients estime que la plainte écrite est embêtante ou qu'elle nécessite des éclaircissements ou l'apport de renseignements additionnels, il communique avec le plaignant, de façon proactive, pour déterminer la vraie nature de la plainte. Le représentant des patients compile un dossier sur chaque plainte. Ce dossier renferme la plainte, les documents d'accompagnement et tout autre renseignement recueilli par le représentant des patients.

75. Les représentants des patients, de même que les enquêteurs, les gestionnaires et les administrateurs, font partie de l'équipe qui se réunit deux fois par semaine avec le directeur des plaintes afin d'examiner les plaintes du public nouvellement arrivées. Ces réunions aboutissent à une variété de résultats. Dans un d'entre eux, le représentant des patients doit retourner auprès du plaignant pour obtenir plus de renseignements. Le directeur des plaintes rejette environ le tiers des dossiers dès cette étape (« rejet pur et simple »)⁴⁵. Lorsqu'un cas est purement et simplement rejeté, le plaignant reçoit une lettre du directeur des plaintes l'informant des raisons du rejet et de son droit de porter sa cause en appel.

76. Un autre tiers des plaintes est résolu grâce à une collaboration entre le médecin et le plaignant, assistés du directeur des plaintes (consignés en tant que « résolution directe » ou « résolution avec consentement »). Ces cas portent majoritairement sur des

⁴⁵ Ces rejets sont permis par l'alinéa 55 (2) f) de la HPA.

dossiers médicaux ou une publicité de nature médicale. Le directeur des plaintes soumet le dernier tiers des cas à une enquête.

77. La procédure de traitement des plaintes, en Alberta, est régie par la *Health Professions Act* (loi sur les professions de la santé, ou « HPA »).⁴⁶ En vertu du paragraphe 55 (1) de la HPA, le directeur des plaintes doit aviser le plaignant dans les 30 jours suivant la réception de la plainte de la décision qu'il a prise quant au traitement qu'elle recevra.⁴⁷ Il doit plus particulièrement lui indiquer laquelle des huit décisions prescrites au paragraphe 55 (2) de la loi il aura prise. Ces décisions possibles sont les suivantes :

Paragraphe 55 (2) [traduction libre] – le directeur des plaintes peut :

- (a) encourager le plaignant et la personne sous enquête à se parler pour régler la plainte;**
- (a.1) avec le consentement du plaignant et de la personne sous enquête, tenter de régler la plainte;**
- (b) renvoyer le cas devant une autre procédure de résolution des plaintes, conformément à la section 2;**
- (c) demander à un expert d'évaluer la plainte et de remettre un rapport écrit sur l'élément constitutif de la plainte;**
- (d) mener une enquête ou nommer un enquêteur pour qu'il la mène;**
- (e) rejeter la plainte s'il est convaincu que la plainte est insignifiante ou vexatoire;**
- (f) rejeter la plainte s'il est convaincu du manque ou du défaut de preuves d'une faute professionnelle;**
- (g) donner toute directive conforme à l'article 118.**

78. Si un cas est purement et simplement rejeté, le plaignant a le droit d'interjeter appel de la décision devant le Comité de révision des plaintes (« CRP »). En 2014, les statistiques pertinentes indiquent ce qui suit :

⁴⁶ RSA 2000, chap. H-7

⁴⁷ HPA, para. 55 (1)

- (a) il y a eu 230 rejets purs et simples;
- (b) environ 25 de ces décisions sont allées en appel;
- (c) seuls 1 ou 2 appels ont été autorisés et soumis à une enquête plus approfondie;
- (d) dans tous les autres cas, la décision du directeur des plaintes a été respectée.⁴⁸

79. Les statistiques de 2011 à 2013 sont comparables, tant pour le nombre d'appels que pour le taux de réussite.⁴⁹

80. Le tableau suivant présente la manière dont le CPSA a pris ses décisions relatives aux dossiers de plainte et au temps qu'il y a consacré⁵⁰ :

Décision	Rejet pur et simple	Résolution directe	Résolution avec consentement	Enquête/rejet	Enquête/résolution	Audience
2013	239	69	172	306	149	8
2014	230	70	92	171	87	3
Moyenne	234,5	69,5	132	238,5	118	5,5
Durée moyenne (jours)	15	40	105	223	371,5	332

81. Ce petit exemple révèle qu'une décision est rapidement prise pour environ 30 % des cas (en 15 jours) et que près de 55 % des cas sont réglés en quelque 100 jours. Pour les besoins de mon examen, il s'agit de la statistique la plus intéressante.

⁴⁸ Rapport annuel du CPSA de 2014

⁴⁹ Rapport annuel du CPSA de 2014

⁵⁰ CPSA Complaint Statistics, 2013-2014

Comme il est mentionné plus haut, en Ontario, le temps moyen de résolution des 25 % de cas pour lesquels la décision aura été la plus rapide est de 97 jours.

82. Court-on un risque que la prise d'une décision rapide dans un nombre si important de cas donne lieu à une injustice, en ce sens qu'une plainte valable en droit soit « balayée du revers de la main »? Si la possibilité existe, elle est peu probable, pour les trois raisons suivantes :

- (a) d'abord, en Ontario et en Alberta, une très grande proportion des plaintes du public aboutit à une « absence de mesure ». Un rejet sommaire ou pur et simple d'un sous-ensemble de ces cas, qui sont les moins valables en droit, portera très probablement sur des cas menant à une « absence de mesure », et est peu susceptible d'éliminer de façon inadéquate des cas vraiment valables;
- (b) par ailleurs, sous le régime albertain, il existe une procédure d'appel qu'un plaignant insatisfait peut utiliser si son dossier est fermé. Les cas sont rarement interjetés en appel, et encore plus rarement remportés;
- (c) enfin, rien ne laisse croire à un tollé général manifeste ayant trait à une manière trop expéditive dont le CPSA traiterait les plaignants.

83. En Ontario, l'article 26 du Code interdit qu'une instance autre que le CEPR rende une décision à propos d'une plainte, et il ne peut la rendre qu'après la tenue d'une enquête complète. Il apparaît toutefois, de toute évidence :

- (a) qu'un très grand pourcentage des plaintes aboutit à un rejet en tant que

non valables;

- (b) que le traitement de ces plaintes monopolise énormément de temps et de ressources.

84. À mon avis, il y a beaucoup à apprendre du modèle albertain afin d'accroître l'efficacité du processus d'enquête sur des plaintes du public en Ontario.

85. Je recommande que le registrateur (ou son délégué, sous sa supervision, ou encore le titulaire d'un poste nouvellement créé de directeur des plaintes), comme le directeur des plaintes en Alberta, soit appelé à procéder à un examen précoce des plaintes du public et qu'il détienne le pouvoir :

- (a) d'approuver l'abandon d'une plainte par le plaignant;
- (b) de rejeter purement et simplement une plainte du public lorsqu'il est convaincu qu'il n'existe aucune probabilité raisonnable d'une décision du CEPR autre que celle d'« absence de mesure »⁵¹,
 - (i) dans ce cas, le plaignant recevra une brève description écrite des raisons du rejet,
 - (ii) un appel de la décision de rejet incombera au CEPR.

86. Je suis conscient qu'il faudra modifier le Code pour arriver à ce résultat. Cela nécessiterait également la prise d'une décision du législateur sur la possibilité d'étendre cette modification à tous les ordres des professions de la santé réglementées. Il ne fait toutefois aucun doute à mon esprit que cela rendrait la procédure de traitement des plaintes plus efficace et économique, sans sacrifier son équité.

⁵¹ Cette disposition serait semblable à celle de l'alinéa 55 (2) f) de la HPA de l'Alberta.

87. C'est pourquoi je recommande que le CPSO crée un poste de représentant des patients. Bien que cela n'exige pas de nouvelle embauche, le poste et son titre distincts enverraient un message important. Le représentant des patients aurait à interagir avec le plaignant dès le dépôt de la plainte afin d'examiner la vraie nature de la plainte et d'apporter des éclaircissements. Pour un nombre significatif de plaignants, qui ne connaissent tout simplement pas les limites du champ d'application de la compétence du CPSO, une explication appropriée de la part d'une personne qui accueille avec bienveillance la perspective des patients pourrait les satisfaire et les mener à abandonner leur plainte, ou leur faire comprendre qu'elle ne relève pas de la compétence du CEPR et que la solution à leur problème repose ailleurs.

88. Je tourne maintenant mon attention vers un autre mode de résolution des plaintes du public sans que le CEPR ait besoin de procéder à une enquête, parce qu'il y a aussi matière à accroître l'efficacité à l'étape de l'enquête, dans la procédure de traitement des plaintes.

89. À l'heure actuelle, la seule exception au modèle obligatoire « d'enquête et de décision rendue par le CEPR » établi dans le Code est le mécanisme de règlement extrajudiciaire introduit dans le Code en 2007, en tant qu'article 25.1. Dans l'éventualité où un dossier est résolu par règlement extrajudiciaire dans l'application de cette disposition, le paragraphe 25.1 (4) indique spécifiquement que le CEPR peut adopter la résolution proposée, rendant ainsi une décision relativement à la plainte du public, sans avoir à mener d'enquête.

90. En théorie, cette procédure de règlement extrajudiciaire est applicable à toutes

les plaintes du public, sauf les cas d'allégations d'agression sexuelle⁵². Elle visait sans aucun doute à favoriser un plus grand nombre de résolutions de plaintes, et dans de meilleures conditions. Il semble ironiquement qu'elle ait eu l'effet contraire.

91. Le CPSO a indiqué qu'avant l'adoption de ces dispositions, ses enquêteurs animaient des rencontres multipartites pour régler les dossiers. Ils étaient des participants actifs dans le processus. Les résultats convenus étaient soumis au CEPR aux fins d'approbation. Le CPSO signale qu'environ 600 cas étaient réglés chaque année de cette manière.⁵³

92. Le CPSO a manifesté son inquiétude sur plusieurs éléments de la procédure de règlement extrajudiciaire qui étaient garantis par le Code en 2007 et sont entrés en vigueur en 2009. Il indique que la procédure se concentre sur le plaignant et le membre, sans égard au rôle essentiel pour l'intérêt public du CPSO lui-même. Bien que le CEPR ait à approuver les résultats, à moins que le CPSO soit un participant au lieu d'être un simple animateur, il existe un risque que les résultats du règlement extrajudiciaire soumis au CEPR n'aillent pas dans le sens de l'intérêt public, ce qui ferait en sorte qu'ils ne soient pas acceptés.

93. De plus, la procédure semble présenter un certain nombre de problèmes pratiques :

- (a) toutes les communications d'un règlement extrajudiciaire sont confidentielles. Cela place le CPSO dans une position difficile si, en tant qu'animateur, il entre en possession de renseignements pertinents pour son mandat à l'égard de l'intérêt public;

⁵² Code, para. 25.1(1)(b)

⁵³ Réponses du CPSO de mai, p. 14

- (b) de plus, l'animateur d'un règlement extrajudiciaire ne peut pas participer davantage à la procédure en cas d'échec du règlement. Cela empêche la personne d'occuper le rôle d'enquêteur ou de prendre part à une enquête, ce qui donne lieu à un très important dédoublement d'efforts;
- (c) le fait qu'un règlement extrajudiciaire soit mis en branle ne soustrait pas le CPSO aux échéances prescrites. Le CPSO a toujours beaucoup de mal à respecter les échéances. L'échec d'une tentative de règlement extrajudiciaire entraîne pour le CPSO un net dépassement des échéances prescrites;
- (d) comme il est mentionné plus haut, le CEPR doit juger les résultats d'un règlement extrajudiciaire acceptables. L'obligation de faire approuver les résultats engendre une incertitude chez les participants, ce qui réduit la motivation de compromis⁵⁴.

94. Par conséquent, le CPSO n'utilise tout simplement pas la procédure de règlement extrajudiciaire.

95. En réponse à cette situation, le CPSO tente depuis 2009 d'adapter ses procédures en vue d'adopter d'autres moyens de résoudre de façon plus expéditive certains types de cas. L'un de ces moyens consiste à procéder à des « enquêtes abrégées ».

96. Dans les enquêtes abrégées, l'enquêteur tente de régler la plainte en rencontrant le plaignant et le médecin pour parler des problèmes. Les enquêteurs cherchent un arrangement entre le plaignant et le médecin qui soit satisfaisant à partir d'une enquête abrégée, dans lequel aucune des deux parties ne souhaite d'enquête approfondie ou de

⁵⁴ Réponses du CPSO de mai, p. 2-3

prise de mesures. L'enquêteur envoie ensuite l'enquête abrégée à un sous-comité du CEPR composé de trois membres, appelé sous-comité de la voie rapide. Le sous-comité examine le cas et rend une décision à partir des renseignements de l'enquêteur et des souhaits des parties. Il rédige une brève décision, accompagnée des raisons⁵⁵.

97. À l'heure actuelle, environ 200 cas sont réglés chaque année de cette façon. Le CPSO étudie des moyens d'étendre l'utilisation de ce mécanisme⁵⁶.

98. Comme une enquête abrégée ne sert que dans les cas où le plaignant et le médecin acceptent la procédure et son résultat, les décisions du CEPR qui en découlent sont très rarement soumises à un examen par la CARPS. Cependant, dans les rares cas où cette situation s'est présentée, la CARPS a manifesté son insatisfaction à l'égard de la procédure en arguant qu'elle constitue une « enquête inadéquate »⁵⁷.

99. À mon avis, bien que cette procédure d'enquête abrégée ait une certaine valeur, et je n'en suggère pas l'élimination, il faudra prendre des mesures pour mettre en place une procédure de règlement des différends plus dynamique qu'il serait possible d'appliquer durant l'étape de l'enquête. Il faudra modifier le Code pour faire de la place à une telle procédure.

100. La procédure en place avant 2009 affiche les résultats positifs qu'il est possible d'obtenir. Ce qu'il faut, en ce moment, c'est une procédure qui ne présenterait pas les inconvénients de la procédure obligatoire de règlement extrajudiciaire mise en place en 2007. Il est important qu'il s'agisse aussi d'une procédure guidée par l'importance de

⁵⁵ Réponses du CPSO de mai, p. 10

⁵⁶ Réponses du CPSO de mai, p. 10

⁵⁷ Réponses du CPSO de mai, p. 13

servir l'intérêt public. Le CPSO doit remplir ce mandat. Après tout, il s'agit là d'un élément essentiel à la réglementation des médecins. L'obligation de transparence serait satisfaite en exigeant que le registrateur ou son délégué explique pourquoi la résolution proposée est de l'intérêt public et que le CEPR traite spécialement tout désaccord du plaignant quant à la résolution proposée. Ainsi, même si l'accord du plaignant est souhaitable pour une résolution, il ne doit pas être obligatoire.

101. Le régime actuel de règlement extrajudiciaire comporte un autre volet qui, selon moi, doit être corrigé. La procédure obligatoire de règlement extrajudiciaire actuelle est protégée par un voile complet et opaque de confidentialité. Les renseignements obtenus dans le cadre de cette procédure ne peuvent servir en aucun cas, que ce soit dans le contexte de la procédure en cours ou ailleurs. Je suis conscient que cela encourage au plus haut point la participation des médecins. Cependant, ce degré de confidentialité pourrait poser un sérieux problème pratique si, durant la procédure, l'enquêteur du CPSO trouve des preuves d'une nouvelle faute sans lien avec celle en cause. Ce problème semble être une des raisons du délaissement de cette procédure.

102. Afin d'amoindrir cet obstacle, la nouvelle procédure de règlement extrajudiciaire que je propose doit s'écarter quelque peu de la confidentialité pleine et entière, sans s'en départir complètement. Cela procurerait un équilibre entre la volonté d'encourager la participation des médecins et la responsabilité du CPSO de protéger l'intérêt public.

103. Je propose donc, dans la nouvelle procédure de règlement extrajudiciaire, que toutes les communications relatives à une plainte soient inadmissibles dans toute procédure ayant trait à cette plainte. Cela laissera le médecin entièrement libre de participer à la tentative de résolution de cette plainte. Mais si, dans le cadre de la

nouvelle procédure de règlement extrajudiciaire, le CPSO obtient des renseignements pertinents pour une nouvelle plainte ou une plainte différente, il serait libre de les utiliser en déposant une autre plainte, dans le respect de son mandat de protection de l'intérêt public. Cette solution surmonte un des obstacles à l'utilisation de la procédure de règlement extrajudiciaire actuellement prévue par la loi.

104. Je recommande donc que la nouvelle procédure de règlement des différends renferme les éléments suivants :

- (a) elle peut être initiée par l'enquêteur du CPSO à toute étape de l'enquête;
- (b) la procédure doit être animée par une personne neutre, ayant les compétences nécessaires et capable d'arriver à une résolution, comme un membre du CEPR ou un médiateur indépendant, mais pas un membre du personnel du CPSO;
- (c) l'enquêteur du CPSO doit jouer un rôle actif dans la procédure;
- (d) dans la nouvelle procédure de règlement extrajudiciaire, toutes les communications relatives à une plainte doivent être inadmissibles dans toute procédure liée à cette plainte, mais le CPSO pourrait utiliser les renseignements pertinents pour une nouvelle plainte ou une plainte différente pour déposer une autre plainte;
- (e) l'accord du plaignant n'est pas une condition préalable à la résolution;
- (f) en cas de résolution, cette dernière doit être soumise à l'approbation du CEPR;

- (g) lorsqu'une proposition de résolution est soumise au CEPR, le registrateur ou son délégué doit mentionner, dans ses conclusions, que la résolution respecte l'intérêt public, de même que le fondement de ces conclusions;
- (h) si le plaignant n'accepte pas la résolution proposée, sa position doit être consignée et traitée particulièrement par le CEPR;
- (i) le CEPR présumera qu'il convient d'approuver les résolutions proposées en l'absence de toute raison perceptible de croire qu'elles ne sont pas dans l'intérêt public.

D. Enquêtes du registrateur

105. Les enquêtes du registrateur constituent une source entièrement distincte de travail d'enquête pour le Service E et R. Ces enquêtes ne sont pas amorcées à la suite d'une plainte déposée par le public. Elles sont plutôt initiées par le CPSO lui-même, depuis le bureau du registrateur, conformément à l'alinéa 75 (1) a) du Code.

106. Le registrateur ne contrôle pas le nombre de situations portées à son attention qui justifieront potentiellement une enquête dans l'application de l'article 75. Le bureau du registrateur a un devoir de protection de l'intérêt public, qui assure que les dossiers portés à son attention sont évalués correctement et font l'objet d'une enquête.

107. Puisqu'il est question de politique publique, l'importance d'accorder au registrateur l'autorité nécessaire pour initier des enquêtes est indéniable. L'intérêt public qui consiste à s'assurer que les médecins respectent des normes de conduite et de pratique convenables ne peut reposer uniquement sur les caprices des personnes qui choisissent de porter plainte ou de ne pas le faire. De plus, les circonstances qui

justifient une enquête ne sont pas nécessairement susceptibles d'entraîner des plaintes de particuliers.

108. Le nombre de nouvelles enquêtes n'a pas connu de hausse marquée au cours des 5 dernières années (les chiffres annuels vont de 280 à 380 nouvelles enquêtes du registrateur par année)⁵⁸. Il semble toutefois y avoir plus d'enquêtes du registrateur qu'il y a 10 ans.

109. Les enquêtes du registrateur prennent en moyenne beaucoup plus de temps que celles découlant de plaintes du public. Dans les enquêtes du registrateur menées par le CEPR, le temps moyen écoulé avant l'achèvement est d'environ 450 jours⁵⁹.

110. Les enquêtes du registrateur sont habituellement beaucoup plus coûteuses que celles découlant de plaintes du public. Le coût de chaque enquête du registrateur est en moyenne quatre fois plus élevé que le coût moyen d'une enquête découlant d'une plainte du public⁶⁰. De plus, l'ACPM est plus encline à participer activement, de façon importante, à une enquête du registrateur qu'à une enquête moyenne découlant d'une plainte du public.

111. Dans le budget combiné du CPSO réservé aux plaintes du public et aux enquêtes du registrateur, les plaintes du public consomment environ deux tiers du budget et les enquêtes du registrateur, un tiers⁶¹.

112. Au moins deux raisons expliquent le fait que les enquêtes du registrateur sont plus coûteuses, en moyenne, que les enquêtes découlant de plaintes du public :

⁵⁸ Rapport annuel sur les enquêtes du CPSO de 2014, p. 19

⁵⁹ Rapport annuel sur les enquêtes du CPSO de 2014, p. 19

⁶⁰ Il est à noter qu'il existe une très grande variation des coûts d'enquête entre la plainte du public la plus simple et la plus complexe.

⁶¹ État des coûts du Service E et R, décembre 2014.

- (a) il y a nettement moins d'enquêtes du registrateur non valables (c.-à-d. des cas résolus par une enquête simple et rapide). Dans la période allant de 2010 à 2014, 74 % des plaintes du public ont abouti à une « absence de mesure », tandis qu'à peine 28 % des enquêtes du registrateur se sont conclues de cette manière. Autrement dit, 72 % des enquêtes du registrateur ont entraîné « une certaine mesure » (que ce soit un renvoi devant le Comité de discipline ou autre), tandis que seulement 26 % des plaintes du public ont abouti à une « certaine mesure »⁶²;
- (b) les plaintes du public tendent à constituer des enquêtes sur des événements distincts. D'autre part, les enquêtes du registrateur comportent très souvent une évaluation systématique d'un volet de la pratique d'un médecin. Cette dernière tend ainsi à occasionner des exercices plus intensifs et longs.

113. Exception faite de l'identité de la personne ayant initié l'enquête, il existe un certain nombre d'autres différences entre les enquêtes découlant de plaintes du public et les enquêtes du registrateur.

114. Premièrement, contrairement aux plaintes du public, l'alinéa 75 (1) a) du Code exige que le registrateur ait des « motifs raisonnables et probables » de croire qu'un membre « a commis une faute professionnelle ou a fait preuve d'incompétence » pour lancer une enquête du registrateur. Dans les enquêtes du registrateur, le CEPR doit approuver la nomination de l'enquêteur.

⁶² Rapport annuel de 2014, p. 22, 24

115. Les dossiers susceptibles de mener à une enquête du registrateur sont portés à l'attention du CPSO de diverses manières, notamment des signalements obligatoires au CPSO que différents organismes sont tenus de faire en vertu de divers régimes réglementaires; des rapports des médias; des inquiétudes soulevées par le public ou d'autres médecins qui ne prennent pas la forme d'une « plainte » aux termes du Code.

116. Pour que le registrateur soit en mesure de regrouper les motifs raisonnables et probables dont il a besoin pour lancer une enquête officielle, il faut presque toujours procéder à certaines interrogations préliminaires sur la question. Cette tâche revient aux enquêteurs du CPSO.

117. Deuxièmement, dès qu'il est nommé et approuvé par le CEPR, l'enquêteur est investi d'un ensemble de pouvoirs juridiques en matière d'intrusion qui facilitent l'enquête, notamment :

- (a) le pouvoir de pénétrer sur le lieu d'exercice du médecin;
- (b) le pouvoir d'examiner des éléments trouvés dans ce lieu d'exercice;
- (c) le pouvoir d'exiger la coopération du membre à l'enquête;
- (d) l'interdiction relative à toute obstruction, rétention, dissimulation ou destruction;
- (e) le pouvoir de demander un mandat de perquisition et de saisie, sans préavis, auprès d'un juge de paix⁶³.

118. Troisièmement, les enquêtes du registrateur portent habituellement moins sur des actes isolés d'un médecin et plus sur des problèmes systémiques liés à la norme de pratique du médecin.

⁶³ Code, articles 76 et 77

119. Quatrièmement, comme ces enquêtes sont initiées par le CPSO lui-même et en raison du critère des motifs raisonnables et probables, la probabilité pour qu'elles ne soient absolument pas valables est beaucoup plus faible que dans le cas d'une plainte du public moyenne. Ainsi, la possibilité qu'une enquête soit bouclée dans les premières étapes est faible. Il existe également une plus forte probabilité de conséquences néfastes pour le médecin, pouvant aller jusqu'à un renvoi devant le Comité de discipline.

120. Par conséquent, il est plus probable qu'un médecin soit représenté par un conseiller juridique fourni par l'ACPM tout au long de l'enquête du registrateur. L'ACPM retient des services juridiques en grande partie pour des enquêtes du registrateur⁶⁴. Cette situation a des répercussions directes sur les dépenses de l'ACPM.

121. À mon avis, il existe deux grandes occasions d'accroître l'efficacité et, par conséquent, l'efficacité par rapport au coût des enquêtes du registrateur à l'étape de l'enquête.

122. Dans les cas où il est question de la qualité des soins prodigués par un médecin, le CPSO réalise son enquête en confiant l'examen des dossiers à un évaluateur externe. Cette pratique est courante dans les enquêtes du registrateur. Dans le passé, le CPSO demandait à l'évaluateur d'examiner un échantillon de 25 dossiers, en moyenne. Le temps et les dépenses liés à cet exercice dépendent directement du nombre de dossiers soumis à l'examen. Depuis 2012, le CPSO a entrepris un projet de recherche pour savoir s'il était possible et souhaitable de réduire ce nombre à

⁶⁴ L'ACPM a observé une augmentation de l'étendue du champ d'application et de l'exhaustivité des enquêtes du registrateur ces dernières années. Cela a entraîné un recours accru aux services juridiques par les médecins. Au cours de la période de 2010 à 2014, l'augmentation du recours à des services juridiques dans les enquêtes du registrateur s'élevait à 33 %. (Mémoire de l'ACPM [7 mai], p. 7.)

potentiellement aussi peu qu'une dizaine de dossiers. Cette étude devrait être achevée en 2015⁶⁵. L'ACPM est fortement convaincue que le nombre de dossiers examinés peut être considérablement réduit. À ce jour, l'examen du CPSO semble aller dans ce sens.

123. Je recommande l'achèvement de cette étude aussitôt que possible, et le postulat stipulant l'examen d'un maximum de 10 dossiers dans le cadre des enquêtes du registrateur. Il me semble que si les normes appliquées par un médecin dans un volet particulier de son exercice posent un problème, un examinateur qualifié sera très probablement en mesure de le déceler dans un échantillon de cette taille. De toute évidence, dans l'éventualité où il a un motif raisonnable de le faire, un évaluateur doit être en mesure d'augmenter le nombre de dossiers à examiner, mais ce postulat est aussi bon qu'un autre et permet son application immédiate au lieu d'attendre les résultats ou la réalisation d'une étude plus approfondie.

124. L'autre volet des enquêtes du registrateur qui offre une occasion d'accroître l'efficience est l'étendue de ladite enquête, vue dans le contexte de l'obligation de motifs raisonnables et probables.

125. L'ACPM se préoccupe depuis un certain nombre d'années de ce qu'elle estime être un champ d'application non ciblé et illimité des enquêtes du registrateur. Elle se plaint du fait que (du moins dans le passé) le registrateur était autorisé par le CEPR à enquêter à partir d'allégations de faute professionnelle tout à fait abstraites. Les enquêteurs détiennent alors des pouvoirs de coercition pour se lancer dans une « expédition de pêche » dans toute la pratique d'un médecin.

126. Dans l'affaire Sazant, en 2012, la Cour d'appel de l'Ontario a traité des obligations et

⁶⁵ Rapport annuel du CPSO de 2013, p. 9-10

des limites du CPSO dans ce domaine et a donné des éclaircissements à cet égard⁶⁶. La Cour a conclu que lorsque ses actes sont dictés par l'alinéa 75 (1) a) du Code, le registrateur doit fournir une brève description de la ou des faute(s) professionnelle(s) qu'il croit, pour des motifs raisonnables et probables, constituer une faute. Cette description limite le champ d'application des renseignements « saisissables » en vertu de l'article 77, parce que ce champ d'application, qui est assujéti à une assignation, doit être pertinent dans le cadre de l'enquête autorisée⁶⁷.

127. Si, au cours de son enquête, un enquêteur découvre quelque chose qui dénote une faute différente de celle sur laquelle il est autorisé à enquêter, il devra revenir vers le registrateur afin d'obtenir un nouvel engagement en vertu de l'alinéa 75 (1) a) pour enquêter dans la zone nouvellement définie de faute présumée.

128. L'ACPM reconnaît que depuis la décision *Sazant*, le champ d'application des enquêtes du registrateur autorisées affiche un plus grand degré de particularité. Toutefois, selon elle, les autorisations demeurent trop ouvertes et les enquêtes ont toujours une trop grande portée et sont trop intrusives. Le CPSO est en désaccord avec cette perception.

129. Il m'est impossible de déterminer s'il existe un bon équilibre dans la limitation du champ d'application de ces enquêtes. J'ai néanmoins un fort penchant pour la position de l'ACPM sur la question, ne serait-ce que parce que des enquêtes mieux ciblées sont plus susceptibles d'être réalisées et terminées rapidement, à moindres coûts pour le CPSO et l'ACPM. Par ailleurs, plus la définition du champ d'application d'une enquête est précise, moins les différends à son propos sont probables.

⁶⁶ *Sazant v. College of Physicians and Surgeons of Ontario*, 2012 ONCA 727 (CanLII)

⁶⁷ *supra*, para. 160, 162.

130. Lorsque le registrateur est en position de rassembler les motifs raisonnables et probables de croire qu'un médecin a commis une faute professionnelle, il devra avoir une idée raisonnablement bien définie de l'acte exact que le médecin a posé ou omis de poser et qui constitue une faute professionnelle. La définition précise de cet acte rétrécira très probablement le champ d'application de la pertinence pour les fins de l'enquête. Cela procurera à l'enquêteur des directives importantes et au médecin un certain soulagement de ne pas être soumis à une vérification complète de sa pratique. Autrement dit, une définition floue ou imprécise entraîne un risque de glissement du champ d'application de l'enquête.

131. Évidemment, rien ici ne limite la capacité du registrateur à demander une autorisation plus générale ou différente, dans l'éventualité de la découverte de preuves relatives à d'autres fautes professionnelles dans le cadre de l'enquête. Malgré les coûts supplémentaires encourus par l'obtention d'une nouvelle autorisation, il s'agit là d'une démarche plus judicieuse, tant du point de vue de l'équité que de celui de l'efficacité.

132. Par conséquent, pour éviter tout « glissement du champ d'application », je recommande que dès le début de son enquête, le registrateur précise les actes qui l'ont mené à croire, à partir de motifs raisonnables et probables, qu'il s'agissait d'une faute, et les fondements de cette conclusion. À mon avis, il s'agit là d'éléments que le médecin est en droit de connaître. Cela permettra, selon moi, de mener des enquêtes du registrateur bien ciblées, au profit de l'équité et de l'efficacité.

PARTIE VI. ACCROISSEMENT DE L'EFFICIENCE ET DE L'EFFICACITÉ PAR RAPPORT AU COÛT À L'ÉTAPE DU CEPR

133. Après avoir examiné l'étape de l'enquête de la procédure de traitement des plaintes, je me tourne maintenant vers l'étape suivante, celle où le CEPR examine le cas. Cette étape comprend les enquêtes du registrateur que le registrateur veut entreprendre et toutes les plaintes du public⁶⁸.

134. Le nombre de membres du CEPR est passé de 35 en 2010 à 57 en 2014⁶⁹. Le CPSO a également créé des sous-comités du CEPR pour améliorer les délais de traitement et la qualité de la prise de décisions.

135. Les membres du CEPR ont un engagement à temps partiel. Ils occupent habituellement d'autres emplois. Le CPSO éprouve de plus en plus de difficultés à assembler des sous-comités du CEPR en temps opportun. Pour les dossiers urgents, il doit former des sous-comités spéciaux avec un court préavis. Une partie du problème découle des difficultés à harmoniser les horaires conflictuels de professionnels occupés. Une autre partie est attribuable au manque de membres du public nommés au Conseil, puisque chaque sous-comité doit compter un membre du public⁷⁰.

136. Les enquêtes se fondent sur l'élément constitutif et concernent le champ de pratique du médecin. À ces fins, le CEPR dispose de divers types de sous-comités :

⁶⁸ Selon l'article 25 du Code, toutes les plaintes du public doivent être examinées par le CEPR qui rendra une décision pour qu'elles soient résolues. Le registrateur n'a aucun pouvoir pour clore un dossier de plainte du public.

⁶⁹ Réponses du CPSO de février, p. 6

⁷⁰ Code, para. 25 (2)

- (a) un sous-comité « général » de quatre ou cinq membres;
- (b) un sous-comité « spécialisé » de quatre ou cinq membres;
- (c) un sous-comité médical interne;
- (d) un sous-comité « d'aptitude professionnelle » de quatre ou cinq membres;
- (e) un sous-comité de trois membres, appelé « voie modérée », pour les dossiers à faible risque, les plaintes simples et les dossiers futiles et vexatoires;
- (f) un sous-comité de trois membres, appelé « voie rapide », pour les enquêtes abrégées;
- (g) des conférences téléphoniques hebdomadaires pour les dossiers urgents ou l'approbation de nominations pour les enquêtes du registrateur⁷¹.

137. Ces dernières années, le CEPR (par le biais de ses divers sous-comités) s'est réuni 77 jours par année⁷².

138. Les enquêteurs ne formulent pas de recommandations au CEPR à propos des résultats potentiels. J'ai toutefois été avisé que dans certains cas, des enquêteurs chevronnés informent les médecins en cause ou leur avocat à propos de ce que l'enquêteur croit que le CEPR considérera comme un résultat satisfaisant pour le cas. Cela pourrait comprendre un engagement ou une suggestion pour que le médecin prenne un cours. Si un engagement est pris de cette façon avant que le dossier se retrouve devant le CEPR, et que le médecin accepte de son plein gré certaines modalités, le CEPR pourrait rendre une décision en « ordonnant » un engagement.

⁷¹ Réponses du CPSO de mai, p. 11

⁷² Rapport annuel du Service des enquêtes et des résolutions de problèmes de 2014, p. 5

139. Le CEPR pourrait prendre en considération une variété de facteurs dans l'examen d'une enquête donnée, notamment :

- (a) les faits du cas;
- (b) le nombre et l'importance des préoccupations liées aux soins ou à la conduite en cause;
- (c) la norme de soins attendue des médecins;
- (d) le fait que le médecin exerce dans les limites de son champ d'expertise;
- (e) la réaction du médecin face à l'enquête;
- (f) l'opinion du médecin, et sa détermination des aspects à améliorer dans sa pratique et des changements à y apporter;
- (g) la capacité manifeste du médecin à apporter des corrections;
- (h) les antécédents du médecin en matière d'enquêtes et de mesures disciplinaires;
- (i) les opinions d'experts obtenues dans le cadre de l'enquête;
- (j) d'autres renseignements annexes ou provenant de témoins⁷³.

140. Le CEPR rend une décision écrite. Des copies sont remises au plaignant et au médecin. Leur contenu n'est pas rendu public.

141. Par définition, toutes les décisions du CEPR autres que le renvoi devant le Comité de discipline sont de nature autre que disciplinaire, puisque seul le Comité de discipline peut imposer des mesures disciplinaires et seulement après un constat de faute. Toutefois, même des résultats autres que disciplinaires pourraient avoir des conséquences néfastes pour les médecins, et être perçus ainsi par les médecins.

⁷³ Rapport annuel du Service des enquêtes et des résolutions de problèmes de 2014, p. 1

142. Il est donc judicieux d'examiner les divers résultats possibles à l'étape du CEPR, moins graves que le renvoi devant le Comité de discipline.

143. Le CEPR conclut une très grande proportion des plaintes du public par une « absence de mesure ». De 2010 à 2014, le CEPR a fermé de 60 à 83 % de toutes les plaintes du public sur une décision d'« absence de mesure »⁷⁴.

144. Au cours de cette période, de 17 à 36 % des enquêtes du registrateur aboutissaient à cette même décision⁷⁵.

145. Les résultats d'« absence de mesure » n'entraînent toutefois pas littéralement une « absence de mesure ». Dans 5 à 10 % des cas liés à des plaintes du public et dans quelque 10 à 20 % des enquêtes du registrateur, les décisions d'absence de mesure rendues par le CEPR pour des dossiers s'accompagnaient d'un « Énoncé des attentes »⁷⁶ à l'intention du médecin.

146. À compter de 2012, le CEPR a introduit un nouveau résultat appelé « Avis », applicable aux plaintes du public et aux enquêtes du registrateur. Ce résultat a remplacé ceux qui étaient auparavant considérés comme des formes d'absence de mesure appelés « Rappels » et « Conseils ». À partir de ce moment, le pourcentage de cas de plaintes du public pour lesquelles le CEPR a rendu une décision d'absence de mesure a diminué, de ses 80 % antérieurs à environ 60 %. Environ 20 % de ces cas font maintenant l'objet d'une décision sous forme d'avis. L'association Absence de mesure plus Avis est demeurée constante, à environ 80 % des décisions du CEPR⁷⁷.

⁷⁴ Rapport annuel sur les enquêtes du CPSO de 2014, p. 22-23

⁷⁵ Rapport annuel sur les enquêtes du CPSO de 2014, p. 24

⁷⁶ Cela indique au médecin ce qui est attendu de tous les médecins devant une telle situation. Rapport annuel sur les enquêtes du CPSO de 2014, p. 23-25

⁷⁷ Rapport annuel sur les enquêtes du CPSO de 2014, p. 22-23

147. En matière d'importance, l'Avis est le résultat le moins néfaste pour un médecin, après l'Absence de mesure. Il s'agit d'un résultat éducatif obtenu dans les cas où la nature des soins ou d'autres préoccupations présentent un faible risque⁷⁸.

148. Le résultat Avertissement en personne a été utilisé dans 3 à 5 % des cas liés à des plaintes du public et dans 4 à 7 % de ceux liés à des enquêtes du registrateur entre 2010 et 2014⁷⁹. Il s'agit d'un résultat plus sérieux qu'un Avis, pour le médecin.

149. Le résultat Engagement a été utilisé dans moins de 1 % des cas liés à des plaintes du public et dans 20 à 35 % de ceux liés à des enquêtes du registrateur entre 2010 et 2014⁸⁰. Selon les modalités de l'Engagement, ce résultat pourrait avoir de très graves répercussions sur la pratique du médecin. Elles comprennent l'engagement à abandonner l'exercice de la profession.

150. Un autre résultat possible est un Renvoi devant le comité d'aptitude professionnelle. En théorie, ce résultat transférerait le dossier potentiellement disciplinaire à une audience sur l'aptitude professionnelle. En pratique, le CEPR le fait rarement⁸¹.

151. Autre résultat possible, l'Avis au directeur du RAMO. Il s'agit des cas où règnent des soupçons d'irrégularités dans la facturation au RAMO. Cette décision peut être associée à l'une des précédentes. Dans la dernière catégorie, un seul renvoi du genre découle de dossiers liés à des plaintes du public pour la période de 2010 à 2014, et deux découlant d'enquêtes du registrateur pour la même période⁸².

⁷⁸ Réponses du CPSO de mai, p. 22

⁷⁹ Rapport annuel de 2014, p. 22, 24

⁸⁰ Rapport annuel de 2014, p. 22

⁸¹ Rapport annuel de 2014, p. 22

⁸² Rapport annuel de 2014, p. 22, 24

152. L'Avertissement par écrit est un résultat qui a été utilisé dans 8 ou 9 % des cas liés à des plaintes du public et dans 6 à 12 % de ceux découlant d'enquêtes du registrateur entre 2010 et 2014⁸³. De tous les résultats non disciplinaires, seul un Avertissement en personne et certains engagements particuliers sont plus graves pour le médecin.

153. Le CEPR peut également décider d'un cas en utilisant un résultat appelé Formation continue ou Mesures correctives particulières. Au cours de la période de 2010 à 2014, ce résultat a été utilisé dans 2 ou 3 % des cas liés à des plaintes du public et dans 7 à 19 % de ceux liés à des enquêtes du registrateur⁸⁴. Il entraîne un renvoi à un régime d'enseignement obligatoire, conçu pour combler certaines lacunes dans les connaissances ou les compétences du médecin, et visent à avoir un effet correctif.

154. La dernière possibilité est l'Ordonnance d'une lettre du registrateur. Un des cas liés aux enquêtes du registrateur ont mené à une telle décision entre 2010 et 2014.

155. Ni la LPSR ni le Code n'imposent explicitement au CEPR une norme à respecter pour établir si un cas doit être renvoyé devant le Comité de discipline. L'interprétation la plus répandue de la norme aura été : [traduction libre] « l'allégation devrait être renvoyée devant une audience disciplinaire seulement lorsqu'elle le justifie et qu'il existe une probabilité raisonnable de faire un constat contre un membre »⁸⁵.

156. L'aspect « justifications d'une audience » de cette norme demande la prise en compte de l'importance des allégations, de la possibilité qu'elles correspondent à un événement ou à un comportement isolé, de la motivation du membre, du dossier

⁸³ Rapport annuel de 2014, p. 22, 24

⁸⁴ Rapport annuel de 2014, p. 22

⁸⁵ R. Steinecke, *A Complete Guide to the Regulated Health Professions Act*, (Thomson Reuters, 2015), p. 5-

antérieur du membre, de la nécessité d'une dissuasion générale à l'égard de ce comportement, de la manière avec laquelle le membre a réagi à l'enquête et de la possibilité qu'autre chose que l'imposition d'une mesure disciplinaire règle la situation de façon appropriée⁸⁶.

157. La « probabilité raisonnable de faire un constat » de la norme demande une évaluation des preuves afin d'établir leur capacité à appuyer un constat de faute. Même si le CEPR ne fait pas de constats de fait, il a le droit d'observer les faits d'un œil critique⁸⁷.

158. Entre 2010 et 2014, 72 cas en moyenne ont été renvoyés devant le Comité de discipline chaque année. En moyenne toujours, 60 % des cas (ou 43) découlaient de plaintes du public et 40 % (ou 29) d'enquêtes du registrateur⁸⁸.

159. Le taux de renvoi des cas issus d'enquêtes du registrateur devant le Comité de discipline était nettement plus élevé que chez ceux issus de plaintes du public (13,6 % contre 1,9 %, en moyenne entre 2010 et 2014)⁸⁹.

160. L'ACPM indique que, selon son expérience, la proportion des cas renvoyés devant le Comité de discipline est supérieure à celle des autres provinces et territoires du Canada.

161. Cela ne semble pas s'expliquer par une non-validité de cas y étant renvoyés. Une très forte proportion des cas renvoyés devant le Comité de discipline ont abouti

⁸⁶ R. Steinecke, *A Complete Guide to the Regulated Health Professions Act*, (Thomson Reuters, 2015), p. 5-52

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ Rapport annuel de 2014, p. 22, 24

⁸⁹ ⁸⁹ Rapport annuel de 2014, p. 22, 24

(a) à des constats de faute après une audience entièrement contestée; (b) à une résolution approuvée par le Comité de discipline, avec ou sans constat de faute; (c) à un abandon de toutes les charges, par le CEPR, en échange d'engagements qui ont entraîné de graves conséquences pour le médecin, y compris des limitations de la pratique ou son abandon⁹⁰.

162. Toutefois, comme je l'ai indiqué précédemment, le CEPR dispose d'une variété de décisions dans lesquelles puiser à part le renvoi devant le Comité de discipline. Ces décisions s'intensifient en gravité, allant de l'absence de mesure à une Formation continue ou des Mesures correctives particulières, jusqu'à l'Avertissement en personne et aux Engagements.

163. Il existe à n'en pas douter une différence de perception entre l'ACPM et le CPSO à savoir si les choix de décisions rendues par le CEPR dans sa volonté d'agir dans l'intérêt public insistent trop peu sur les corrections à apporter par les médecins et beaucoup trop sur les sanctions punitives.

164. Exception faite des deux observations présentées ci-dessous, je considère que cette différence ne relève pas de mon mandat. Le choix d'une décision me semble une question de substance, non une question de procédure qui pourrait être analysée dans l'optique de l'efficacité et de l'efficacité par rapport au coût.

⁹⁰ Note de service du CPSO à S. Goudge, en date du 2 mars 2015.

165. Je suis toutefois d'avis qu'une saine politique publique et une protection adéquate de l'intérêt public nécessitent que le CEPR s'assure de trouver un juste équilibre entre ces deux considérations au moment de rendre ses décisions, dans chaque cas. Par ailleurs, au-delà ce fait, la perception qu'ont les médecins de l'équité de cet équilibre aura assurément une énorme incidence sur les coûts qu'eux et l'ACPM encourront dans la défense de leurs droits face à des plaintes, tant à l'étape de l'enquête qu'à celle du CEPR.

166. Il existe cependant une autre voie, que le CEPR n'emprunte pas actuellement, mais à laquelle il a accès, pour rendre une décision sur les cas et qui, de mon point de vue, permettrait d'accroître l'efficacité et l'efficacités par rapport au coût. Dans les cas appropriés, le CEPR pourrait renvoyer devant le Comité de discipline sous certaines conditions qui, si elles sont remplies, feraient en sorte que le CEPR considérerait le cas comme résolu.

167. L'efficacité et les économies de coût engendrées par cette décision comparativement à une audience disciplinaire complète sont évidentes. Cette solution est compatible avec la norme bipartite dont le CEPR se sert pour renvoyer des cas devant le Comité de discipline, parce qu'il est implicite qu'une norme est la conclusion du fait que bien que l'acte en question pourrait constituer une faute professionnelle, une sanction disciplinaire pourrait ne pas être nécessaire pour protéger l'intérêt public.

168. Cette proposition est différente de la décision d'Engagement, parce que le CEPR n'impose pas d'engagement. Celui-ci est offert par le médecin et constitue, s'il est accepté par le CEPR, une promesse obligatoire faite par le médecin de faire ou de

ne pas faire certaines choses. Les engagements sont un important résultat non disciplinaire. Ce sont des outils souples, adaptés à des circonstances particulières. Ils peuvent également entraîner une importante modification du comportement en éliminant la conduite répréhensible. Cette proposition vise à accroître son utilisation.

169. Lorsque le CEPR arrive à une conclusion selon laquelle, dans l'éventualité où le médecin est prêt à prendre un engagement dûment encadré, un renvoi du dossier devant le Comité de discipline n'est pas de l'intérêt public, mais où le médecin n'offre pas l'engagement, la solution efficiente ne tient pas. Cette proposition apporterait une solution à cette lacune.

170. Je recommande par conséquent que le CEPR ait le pouvoir de demander des engagements adéquats aux médecins. Dans les cas appropriés, le CEPR pourrait plus particulièrement rendre « conditionnels » les renvois devant le Comité de discipline. Le CEPR pourrait aviser le médecin que le cas serait réglé sans renvoi devant le Comité de discipline, mais seulement à condition qu'il s'engage à se plier à une solution de rechange prescrite. Cela permettrait au CEPR de faciliter les résolutions, dans les cas appropriés, et de donner une motivation additionnelle au médecin de prendre l'engagement demandé. Une fois l'engagement pris, il n'y aurait plus de renvoi devant le comité de discipline, tout en préservant l'intégrité des droits d'appel du plaignant.

171. Je reconnais qu'il pourrait être impossible d'appliquer cette proposition aux cas frappés de l'interdiction réglementaire de recourir à un règlement extrajudiciaire, c'est-à-dire pour des agressions sexuelles. Je crois cependant que sa disponibilité accroîtra l'efficience et, par conséquent, l'efficacité par rapport au coût, tout en préservant l'équité.

PARTIE VII. ACCROISSEMENT DE L'EFFICIENCE ET DE L'EFFICACITÉ PAR RAPPORT AU COÛT DE L'EXAMEN PAR LA CARPS

172. La loi accorde le droit de demander un examen par la CARPS des décisions rendues par le CEPR, sauf pour une décision de renvoyer le dossier à des procédures liées à l'aptitude professionnelle. Ce droit d'examen est applicable à toutes les professions réglementées par la LPSR⁹¹.

173. Ces dernières années, de 60 à 70 % des demandes d'examen soumises à la CARPS portaient sur des décisions rendues par le CEPR au CPSO⁹².

174. Les plaignants et les médecins peuvent exercer ce droit. Le registrateur n'a pas de droit d'examen⁹³.

175. En fait, la quasi-totalité (environ 95 %) des examens réalisés par la CARPS sont demandés par des plaignants⁹⁴.

176. La CARPS ne peut appliquer que deux considérations lorsqu'elle examine une décision rendue par le CEPR : (a) l'enquête était-elle adéquate; (b) la décision était-elle raisonnable⁹⁵?

177. Il est intéressant de noter que malgré l'important volume d'examens de la CARPS, le taux de réussite est très faible. Au cours de la période de 2010 à 2014, en moyenne, chaque année :

⁹¹ Code, article 29

⁹² Rapport annuel de la CARPS, 2012-2013, p. 9

⁹³ Code, para. 29 (2). Il est à noter qu'il est théoriquement possible, pour un médecin, de demander un examen judiciaire d'une décision du CEPR renvoyant un dossier devant une audience disciplinaire, mais que ce type d'examen est presque toujours prématuré, dans l'attente de la décision d'un sous-comité disciplinaire relativement au dossier.

⁹⁴ Renseignements soumis par le CPSO

⁹⁵ Code, para. 33 (1)

- (a) 2 226 décisions sujettes à examen avaient été rendues par le CEPR;
- (b) 398 examens demandés à la CARPS, ou 18 %, ont réellement été entrepris;
- (c) 352 décisions ont été maintenues;
- (d) 46 de ces examens, ou 11,5 %, ont été permis et renvoyés au CEPR;
- (e) cela représente un taux d'annulation de 2 % du nombre de décisions rendues sujettes à examen;
- (f) environ 60 % des annulations reposaient sur une « enquête inadéquate » et 40 %, sur une « décision déraisonnable »;
- (g) seulement 55 % environ des cas retournés devant le CEPR ont mené à une décision nettement différente.

178. Ainsi, la procédure de la CARPS n'a donné lieu à des résultats nettement différents que pour 1,1 % des décisions rendues par le CEPR⁹⁶.

179. Les examens de la CARPS prennent beaucoup de temps. Entre 2010 et 2014, le temps moyen écoulé du début d'un examen par la CARPS jusqu'à une décision était de 547 jours. Évidemment, dans l'éventualité d'un examen concluant, le CEPR devra prendre lui aussi du temps pour appliquer la décision de la CARPS en réexaminant le dossier.

180. Le CPSO ne participe pas officiellement aux examens de la CARPS. Son rôle se limite à monter le dossier de la décision du CEPR et à le fournir, et à faire en sorte que le personnel soit disponible en tant que ressource pour la CARPS relativement au

⁹⁶ Rapport annuel sur les enquêtes du CPSO de 2014, p. 27; Réponses du CPSO de mai, p. 33-34

dossier et à ses pratiques. Les examens de la CARPS n'occasionnent pas de dépenses importantes pour le CPSO.

181. Toutefois, l'ACPM fournit invariablement des services juridiques aux médecins visés par les examens de la CARPS. Les conseillers juridiques qui participent à ces examens vont jusqu'aux comparutions dans le cadre de l'audience devant la CARPS pour formuler leurs observations oralement. Les examens de la CARPS comptent pour environ 5 % des dépenses juridiques générales de l'ACPM en Ontario⁹⁷.

182. Le CPSO et l'ACPM se questionnent sur la pertinence de recourir à la CARPS, compte tenu du très faible taux de réussite, de même que des coûts et des efforts associés aux procédures⁹⁸.

183. L'ACPM fait remarquer, par exemple, qu'une vaste proportion des examens de la CARPS sont rejetés sur le simple fait que la partie ayant demandé l'examen n'a signalé aucun cas du ressort de la CARPS.

184. Je ne pense néanmoins pas qu'il soit judicieux d'éliminer les examens de la CARPS, même dans la seule perspective de l'efficacité. Puisque les décisions du CEPR constituent un pouvoir décisionnel prévu par la loi, il doit exister un certain mécanisme permettant de les examiner. En l'absence de solution de rechange prévue par la loi, une partie insatisfaite pourrait invoquer le pouvoir de contrôle des cours supérieures, qui seraient encore plus coûteuses et chronophages. La sagesse d'avoir un organisme d'examen spécialisé ne semble pas donner place à un sérieux questionnement. La question consiste à savoir si la procédure d'examen de la CARPS

⁹⁷ Mémoire de l'ACPM (mai), p. 2

⁹⁸ Mémoire du CPSO (février), p. 11-12

pourrait être plus efficiente et plus efficace par rapport au coût.

185. À l'heure actuelle, la CARPS est en mesure de statuer sur les demandes d'examen par écrit au lieu de procéder à une audience. Toutefois, elle ne se sert pas de ce pouvoir très fréquemment. À mon avis, les examens par écrit devraient constituer la règle, non l'exception. Une procédure juste ne nécessite pas d'audience, et ce ne sont certainement pas tous les cas qui l'exigent. Je recommande que la CARPS fasse des examens par écrit la règle, non l'exception.

186. En faire une procédure présumée écrite réduira les coûts d'ensemble et éliminera les problèmes d'ordonnancement qui empêchent de rendre des décisions en temps opportun. Les échéances pour le dépôt de documents et l'examen du dossier par un sous-comité de la CARPS peuvent être prescrits, et doivent être faits dans les délais les plus raisonnables possibles. La CARPS devrait toutefois détenir le pouvoir, dans les cas exceptionnels :

- (a) de prolonger les délais dans l'éventualité où un cas est anormalement important ou complexe, ou pour atténuer les difficultés;
- (b) d'ordonner la tenue d'une audience, lorsqu'il y a une bonne raison de le faire.

187. L'autre volet de la procédure de la CARPS qui mérite notre attention a trait à la pertinence de la norme d'enquête qu'elle est obligée d'appliquer. À mon avis, il est important de reconnaître que chaque fois qu'un plaignant demande un examen par la CARPS, l'ACPM n'était pas la seule à avoir conclu à une enquête adéquate. Le CPSO, en tant qu'intendant de l'intérêt public, en a fait autant. Il faut carrément garder cette réalité en tête.

188. Les enquêtes abrégées en sont un bon exemple. Il s'agit de cas où le plaignant a consenti à écourter une enquête après la conclusion d'une entente acceptable entre le médecin, le plaignant et le CPSO. L'examen est demandé par le plaignant qui a résilié son entente précédente de résolution. En appliquant la règle de la pertinence de la norme d'enquête à ces cas, je recommande le rejet d'un examen en l'absence de justifications impérieuses de la politique publique exigeant une enquête plus poussée.

189. En ce qui concerne le résultat d'autres enquêtes, je recommande que la CARPS établisse la pertinence de mener une enquête en ayant entre autres à l'esprit la nature des intérêts en jeu, l'importance de la faute alléguée (en présumant que la faute est établie), les preuves présentées par le plaignant pour étayer la plainte, l'intérêt public à ce que des plaintes soient résolues de façon proportionnelle aux intérêts en jeu, et le fait que l'ACPM et le CPSO jugent l'enquête adéquate.

190. Je ne crois pas que l'une de ces recommandations nécessite une modification à la loi. Elles peuvent toutes deux, du moins je l'espère, être concrétisées par l'apport d'une modification conséquente des pratiques de la CARPS.

PARTIE VIII. ACCROISSEMENT DE L'EFFICIENCE ET DE L'EFFICACITÉ PAR RAPPORT AU COÛT À L'ÉTAPE DE L'AUDIENCE

A. *Divuligation*

191. Lorsqu'il se prépare à une audience disciplinaire, le CPSO divulgue la totalité des documents pertinents en sa possession, conformément aux principes mentionnés dans l'affaire *R. v. Stinchcombe*⁹⁹. Cela peut être volumineux et prendre du temps.

192. Le médecin n'est pas tenu de fournir au CPSO tout élément à divulguer, à l'exception des rapports de témoins experts qu'il compte appeler à l'audience. Les pratiques du médecin sur la présentation volontaire de renseignements au CPSO avant l'audience varient grandement. Parfois, aucun renseignement n'est fourni (listes de témoins, résumés de déclaration, production documentaire). Parfois, le médecin fournira un renseignement important au CPSO juste avant ou pendant l'audience. Dans ces cas, un ajournement peut être nécessaire pour composer avec la divulgation tardive¹⁰⁰.

193. Il semble que la démarche relative à la divulgation repose habituellement sur le fait que la nature des procédures disciplinaires du CPSO est perçue comme quasi criminelle et, ce faisant, le membre a exercé son droit de garder le silence. De nos jours, toutefois, il vaudrait mieux percevoir la nature des procédures disciplinaires de l'Ordre non comme quasi criminelle, mais bien administrative, et visant à protéger l'intérêt public¹⁰¹. À mon avis, il n'y a aujourd'hui aucune justification convaincante pour l'exemption du médecin de son obligation de divulgation.

⁹⁹ [1991] 3 S.C.R. 326

¹⁰⁰ Réponses du CPSO de février, p. 9

¹⁰¹ *Sazant v. College of Physicians and Surgeons of Ontario*, 2012 ONCA 727 (CanLII)

Au moins une autre profession de la santé réglementée réclame une forme de divulgation réciproque depuis de nombreuses années¹⁰².

194. De mon point de vue, pour accroître l'efficacité de l'étape d'audience disciplinaire, il faut imposer une obligation de divulgation au médecin. Puisque les procédures disciplinaires devraient être vues comme administratives au lieu d'être de nature quasi criminelle, le besoin d'exigences de divulgation ne sert pas le paradigme du droit de se taire.

195. Je recommande par conséquent que le médecin soit tenu de divulguer les documents sur lesquels il compte se fonder, les sommaires des dépositions de témoins des faits à appeler et des rapports d'experts fiables. Cette obligation ne doit pas être concurrente à la divulgation du CPSO. Elle devrait toutefois être exigée, à un moment raisonnable après la divulgation du CPSO, afin de permettre au médecin d'y répondre. Afin d'optimiser l'efficacité, la divulgation par le médecin devrait précéder toute conférence préparatoire du cas. Le Comité de discipline doit cependant avoir la discrétion d'admettre des preuves non divulguées plus tôt aux conditions qu'il estime justes si, par exemple, il s'agissait d'une omission.

196. Selon moi, exiger du membre de fournir des documents à divulguer accroîtra considérablement l'efficacité de l'étape de l'audience disciplinaire de la procédure de traitement des plaintes d'un certain nombre de manières :

- (a) cela permettra au médecin et au CPSO d'avoir une meilleure idée des points forts ou des points faibles du cas du CPSO et de le faire nettement plus tôt, au profit d'une résolution possible;

¹⁰² Ordre des pharmaciens de l'Ontario.

- (b) cela forcera les deux parties à faire preuve de réalisme quant à l'issue probable d'une audience contestée, si elle est tenue;
- (c) cela permettra aux deux parties d'obtenir des directives précises quant à la résolution;
- (d) cela procurera au président de la conférence préparatoire plus de renseignements à partir desquels tenter d'arriver à une résolution;
- (e) cela accroîtra la possibilité que les parties en viennent à une entente relative à une résolution complète, à une résolution des problèmes, à des énoncés des faits convenus ou à la production d'une preuve officielle, le tout étant favorable à l'efficacité.

197. Sur le plan critique, une telle divulgation obtiendrait ces effets salutaires à une étape relativement plus hâtive de la procédure. Il semble que trop de règlements ne surviennent que très tard dans la procédure, principalement la veille d'une audience contestée. Si les parties peuvent toutes deux arriver à la même constatation quant à l'issue probable, à une étape plus hâtive, il en découlerait une nette efficacité et l'évitement de coûts et de retards importants.

198. Je ne crois pas que le changement que je propose nécessite une modification à la loi. Je suis d'avis qu'il devrait être apporté par une instruction relative à la pratique du CPSO et j'ose espérer que, pour les raisons que j'ai évoquées, les parties les suivraient.

B. Conférence préparatoire

199. Les conférences préparatoires sont réalisées par des membres du Comité de

discipline. Elles visent à établir s'il est possible d'arriver à un règlement complet ou partiel du cas et à simplifier le cas aux fins d'audience.

200. Le CPSO et l'ACPM ont tous deux préoccupé du fait que cette procédure n'est pas aussi efficace qu'elle pourrait ou devrait l'être. Il semble que l'utilisation des conférences préparatoires n'est pas aussi efficace qu'elle devrait l'être pour résoudre un cas. Il semble, par exemple, qu'en règle générale, le président de la conférence préparatoire ne rencontre pas les parties individuellement en utilisant le genre de navette diplomatique qu'emploient avec grand brio les médiateurs accomplis.

201. Pour que les conférences préparatoires constituent un véhicule plus efficace de résolution des cas sans passer par une audience, je recommande la prise des mesures suivantes :

- (a) que les présidents des conférences préparatoires soient des membres du Comité de discipline ayant les compétences et un tempérament plus susceptibles d'obtenir une résolution convenue;
- (b) que les présidents de ces conférences préparatoires reçoivent une formation indépendante complète sur toute la gamme des techniques de médiation, y compris les rencontres individuelles avec les parties;
- (c) pour gérer les cas où il n'est pas nécessaire que le président de la conférence préparatoire soit médecin ou que le fait qu'il ne soit pas médecin se révélerait plus efficace (p. ex. lorsque la crédibilité est en cause), des « non-médecins » ayant des compétences poussées en matière de règlement des différends devraient être nommés au Comité de

discipline pour agir en tant que présidents de conférences préparatoires dans ces cas.

202. Rendre les conférences préparatoires aussi efficaces que possible doit constituer une grande priorité. Une résolution à cette étape évite la tenue d'une audience. Jumelée à la modification relative à la divulgation que j'ai proposée, cette solution règle un problème qui contribue au manque d'efficacité, à savoir le règlement des cas à la dernière minute, après que les deux parties aient encouru les dépenses d'une préparation complète.

C. Audience disciplinaire

203. Au cours de la période de 2010 à 2014, une moyenne de 38,8 cas ont été renvoyés devant le Comité de discipline chaque année. Durant cette même période, une moyenne de 31,4 cas ont été achevés chaque année. De ce nombre, trois quarts étaient des cas d'un jour et le reste, des cas échelonnés sur plusieurs jours.

204. Toujours dans cette période, toutes les charges contre le médecin ont été abandonnées à 7,4 reprises, en moyenne, par année¹⁰³.

205. Entre 2010 et 2013, le Comité de discipline a siégé 101 jours par année, en moyenne, sans afficher de tendance à la hausse¹⁰⁴.

206. Au cours de cette période, le nombre de cas non résolus à la fin de l'année, pour le Comité de discipline, était en moyenne de 71,25, avec une tendance à la baisse¹⁰⁵.

207. La distinction entre les cas d'un jour et ceux échelonnés sur plusieurs journées

¹⁰³ Réponses du CPSO de mai, p. 53; Rapport annuel de 2014, p. 32

¹⁰⁴ Rapport du Comité de discipline du CPSO de novembre 2014, p. 4

¹⁰⁵ Rapport du Comité de discipline du CPSO de novembre 2014, p. 4

est importante. Un cas qui sera entièrement contesté n'est jamais programmé pour un seul jour, puisque théoriquement ce cas ne sera pas réglé en une seule journée. Le nombre de cas d'un jour indique le nombre de cas pour lesquels une résolution totale ou partielle est obtenue ou prévue, par exemple lorsque la seule preuve consiste en un énoncé convenu du fait ou que la responsabilité est admise et que seule la pénalité est contestée. La dernière partie contestée, le cas échéant, peut souvent être gérée en une seule journée.

208. Il ne fait aucun doute que certains cas sont impossibles à régler totalement, ou même en partie, et qu'ils devront ultimement être tranchés au fond. Les statistiques révèlent par contre que le nombre de ces cas est en réalité plutôt minime. Des quelque 2 500 nouvelles plaintes et enquêtes du registrateur reçues ou initiées en un an, environ 8 (0,3 %) font l'objet d'audiences entièrement contestées.

209. Qu'il s'agisse d'une audience concernant un cas entièrement contesté et échelonné sur plusieurs jours ou d'un cas d'un jour portant sur des problèmes limités à résoudre, l'efficacité de la gestion des audiences mérite qu'on s'y attarde.

210. Depuis bon nombre d'années, le Comité de discipline a nommé un conseiller juridique indépendant conformément à l'article 44 du Code, afin d'obtenir des conseils sur les questions juridiques. Le conseiller juridique indépendant s'est révélé très utile dans ce rôle au fil des années. Il a également pu aider au bon déroulement des audiences. Toutefois, le CPSO a indiqué qu'il voudrait avoir la capacité d'assigner la présidence de l'audience, au cas par cas, à une personne ayant reçu une formation en droit et de l'expérience dans le déroulement des audiences (comme un juge à la retraite). Le CPSO considère que cette personne serait en mesure d'afficher de

meilleures compétences dans la gestion d'audiences, pour des procédures plus efficaces. Cela évitera incidemment dans ces cas le besoin de consulter un conseiller juridique indépendant pour traiter des questions de droit.

211. Je suis d'accord. Je recommande donc de nommer plusieurs personnes de ce genre au Comité de discipline en tant que membres du public, afin qu'elles président les sous-comités d'audience dans les cas appropriés. Je conviens avec l'ACPM qu'il faut faire preuve de prudence dans le choix des cas appropriés. Les cas qui portent sur de sérieux problèmes de norme de pratique, par exemple, ne conviennent pas. Je ne doute cependant pas que pour certains cas entièrement contestés et échelonnés sur plusieurs jours ou même des audiences d'un jour sur des problèmes limités, des présidents de sous-comité expérimentés seront très probablement à même d'accroître l'efficacité de la procédure d'audience sans sacrifier l'équité pour les deux parties.

212. De plus, ces nominations pourraient être mises utilement à contribution pour régler une autre question, à savoir l'impression du CPSO que certaines motions présentées sont peu valables, voire pas du tout, même si l'ACPM n'est pas du même avis. Je ne saurais exprimer une opinion sur cette différence de point de vue. Je pense toutefois que le fait de nommer des personnes ayant ce genre d'expérience et de compétences permettrait de rendre des décisions plus efficaces sur les motions susceptibles de faire ressortir cette divergence d'opinion.

213. J'ai été informé du fait qu'avant ma nomination, le CPSO et l'ACPM avaient amorcé des pourparlers en vue d'élaborer un protocole de pratiques exemplaires convenues pour diverses questions liées aux audiences disciplinaires, mais que ces pourparlers avaient été suspendus dans l'attente de mon rapport.

214. Je recommande que les parties reprennent les pourparlers et qu'elles arrivent à une entente le plus rapidement possible. Je suis certain que les parties qui œuvrent jour après jour dans cet environnement ont le bagage de connaissances et d'expérience nécessaires pour arriver à s'entendre sur des règles de procédure qui accroîtraient l'efficacité des audiences disciplinaires.

215. Pour favoriser l'atteinte de cet objectif, je recommande que ces pourparlers intègrent ce qui suit dans le protocole :

- (a) lorsque les avis des experts sont diamétralement opposés (ce qui est souvent le cas devant un problème lié à la norme de pratique), les experts doivent être tenus de se rencontrer à l'avance pour parler ensemble et cerner leurs divergences. Ils doivent ensuite témoigner devant le même sous-comité;
- (b) la principale preuve par présomption doit être soumise par écrit;
- (c) le contre-interrogatoire présumé doit être soumis à des limites de temps convenues par l'avocat ou déterminées par le sous-comité d'audience;
- (d) les témoins présumés doivent être en mesure de témoigner par vidéoconférence au lieu d'être sur place en personne;
- (e) vraisemblablement, lorsque l'authenticité n'est pas remise en question, des preuves documentaires contemporaines devraient être admises à toutes fins que de droit;
- (f) pour ne pas tenir compte de ces dispositions de présomption, il faudrait

montrer que le fait d'en tenir compte entraînerait une importante iniquité.

216. J'inscris ces suggestions d'insertion au protocole en toute confiance, parce qu'elles sont déjà utilisées par de nombreux tribunaux administratifs et dans des enquêtes. Je peux également affirmer que, selon mon expérience, elles accroîtront l'efficience en plus d'améliorer la recherche de la vérité, sans sacrifier l'équité.

217. Je dois souligner ne pas avoir traité de la question des coûts. À mon avis, aucun changement n'est nécessaire. Le régime législatif actuel est le reflet du fait que même si la nature de ces procédures n'est pas quasi criminelle, elle ne peut pas être qualifiée de civile, et que le CPSO n'est pas un plaideur privé qui fait progresser ses propres idéaux, mais un organisme de réglementation qui agit au nom de l'intérêt public.

PARTIE IX. RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

PARTIE V. Accroissement de l'efficacité et de l'efficacité par rapport au c t à l'étape de l'enquête du CPSO

1. Je recommande que le registrateur (ou son délégué, sous sa supervision, ou encore le titulaire d'un poste nouvellement crée de directeur des plaintes), comme le directeur des plaintes en Alberta, soit appelé à procéder à un examen précoce des plaintes du public et qu'il détienne le pouvoir :

- (a) d'approuver l'abandon d'une plainte par le plaignant;
- (b) de rejeter purement et simplement une plainte du public lorsqu'il est convaincu qu'il n'existe aucune probabilité raisonnable d'une décision du CEPR autre que celle d'« absence de mesure »¹⁰⁶,
 - (i) dans ces cas, le plaignant recevra une brève description écrite des raisons du rejet,
 - (ii) un appel de la décision de rejet incombera au CEPR.

2. Je recommande que le CPSO crée un poste de représentant des patients. Bien que cela n'exige pas de nouvelle embauche, le poste et son titre distincts enverraient un message important. Le représentant des patients aurait à interagir avec le plaignant dès le dépôt de la plainte afin d'examiner la vraie nature de la plainte et d'apporter des éclaircissements. Pour un nombre significatif de plaignants, qui ne connaissent tout simplement pas les limites du champ d'application de la compétence du CPSO, une explication appropriée de la part d'une personne qui accueille avec bienveillance la perspective des patients pourrait les satisfaire et les mener à abandonner leur plainte, ou leur faire comprendre qu'elle ne relève pas de la compétence du CEPR et que la

¹⁰⁶ Cette disposition serait semblable à celle de l'alinéa 55 (2) f) de la HPA de l'Alberta.

solution à leur problème repose ailleurs.

3. Je recommande qu'une nouvelle procédure de règlement des différends renferme les éléments suivants :

- (a) elle peut être initiée par l'enquêteur du CPSO à toute étape de l'enquête;
- (b) la procédure doit être animée par une personne neutre, ayant les compétences nécessaires et capable d'arriver à une résolution, comme un membre du CEPR ou un médiateur indépendant, mais pas un membre du personnel du CPSO;
- (c) l'enquêteur du CPSO doit jouer un rôle actif dans la procédure;
- (d) dans la nouvelle procédure de règlement extrajudiciaire, toutes les communications relatives à une plainte doivent être inadmissibles dans toute procédure liée à cette plainte, mais le CPSO pourrait utiliser les renseignements pertinents pour une nouvelle plainte ou une plainte différente pour déposer une autre plainte;
- (e) l'accord du plaignant n'est pas une condition préalable à la résolution;
- (f) en cas de résolution, cette dernière doit être soumise à l'approbation du CEPR;
- (g) lorsqu'une proposition de résolution est soumise au CEPR, le registraire doit mentionner, dans ses conclusions, que la résolution respecte l'intérêt public, de même que le fondement de ces conclusions;
- (h) si le plaignant n'accepte pas la résolution proposée, sa position doit être

consignée et traitée particulièrement par le CEPR;

- (i) le CEPR présumera qu'il convient d'approuver les résolutions proposées en l'absence de raison perceptible de croire qu'elles ne sont pas dans l'intérêt public.

4. Je recommande que l'achèvement dans les plus brefs délais possibles de l'étude de la procédure d'examen des dossiers par le CPSO, et un postulat stipulant l'examen d'un maximum de 10 dossiers dans le cadre des enquêtes du registrateur. Il me semble que si les normes appliquées par un médecin dans un volet particulier de son exercice posent un problème, un examinateur qualifié sera très probablement en mesure de le déceler dans un échantillon de cette taille. De toute évidence, dans l'éventualité où il a un motif raisonnable de le faire, un évaluateur doit être en mesure d'augmenter le nombre de dossiers à examiner.

5. Je recommande que dès le début de son enquête, le registrateur précise les actes qui l'ont mené à croire, à partir de motifs raisonnables et probables, qu'il s'agissait d'une faute, et les fondements de cette conclusion. À mon avis, il s'agit là d'éléments que le médecin est en droit de connaître. Cela permettra, selon moi, de mener des enquêtes du registrateur bien ciblées et moins sujettes à une contestation, au profit de l'équité et de l'efficience.

PARTIE VI. Accroissement de l'efficience et de l'efficacité par rapport au coût à l'étape du CEPR

6. Je recommande que le CEPR ait le pouvoir de demander des engagements adéquats aux médecins. Dans les cas appropriés, le CEPR pourrait plus particulièrement rendre « conditionnels » les renvois devant le Comité de discipline. Le

CEPR pourrait aviser le médecin que le cas serait réglé sans renvoi devant le Comité de discipline, mais seulement à condition qu'il s'engage à se plier à une solution de rechange prescrite.

PARTIE VII. Accroissement de l'efficacité et de l'efficacé par rapport au coût de l'examen par la CARPS

7. Je recommande que la CARPS fasse des examens des décisions du CEPR sous forme écrite la règle, non l'exception. Les échéances pour le dépôt de documents et l'examen du dossier par un sous-comité de la CARPS doivent être prescrits, et doivent être faits dans les délais les plus raisonnables possibles. La CARPS devrait toutefois détenir le pouvoir, dans les cas exceptionnels :

- (a) de prolonger les délais dans l'éventualité où un cas est anormalement important ou complexe, ou pour atténuer les difficultés;
- (b) d'ordonner la tenue d'une audience, lorsqu'il a une bonne raison de le faire.

8. Lorsque la CARPS applique l'adéquation de la norme d'enquête dans le contexte de décisions du CEPR découlant d'enquêtes abrégées du CPSO, je recommande le rejet d'un examen en l'absence de justifications impérieuses de la politique publique exigeant une enquête plus poussée.

9. Lorsque la CARPS applique l'adéquation de la norme d'enquête dans le contexte de décisions du CEPR découlant d'enquêtes abrégées du CPSO, je recommande que la CARPS établisse la pertinence de mener une enquête en ayant entre autres à l'esprit la nature des intérêts en jeu, l'importance de la faute alléguée (en présumant que la faute est établie), les preuves présentées par le plaignant pour étayer la plainte, l'intérêt

public à ce que des plaintes soient résolues de façon proportionnelle aux intérêts en jeu, et le fait que l'ACPM et le CPSO jugent l'enquête adéquate.

PARTIE VIII. Accroissement de l'efficacité et de l'efficacité par rapport au c t à l'étape de l'audience disciplinaire

10. Je recommande que le médecin soit tenu de divulguer les documents sur lesquels il compte se fonder, les sommaires des dépositions de témoins des faits à appeler et des rapports d'experts fiables. Cette obligation ne doit pas être concurrente à la divulgation du CPSO. Elle devrait toutefois être exigée, à un moment raisonnable après la divulgation du CPSO, afin de permettre au médecin d'y répondre. Afin d'optimiser l'efficacité, la divulgation par le médecin devrait précéder toute conférence préparatoire du cas. Le Comité de discipline doit cependant avoir la discrétion d'admettre des preuves non divulguées plus tôt aux conditions qu'il estime justes.

11. Pour que les conférences préparatoires constituent un véhicule plus efficace de résolution des cas sans passer par une audience, je recommande la prise des mesures suivantes :

- (a) que les présidents des conférences préparatoires soient des membres du Comité de discipline ayant les compétences et un temp ragement plus susceptibles d'obtenir une résolution convenue;
- (b) que les présidents de ces conférences préparatoires reçoivent une formation indépendante complète sur toute la gamme des techniques de médiation, y compris les rencontres individuelles avec les parties;
- (c) pour gérer les cas où il n'est pas nécessaire que le président de la conférence préparatoire soit médecin ou que le fait qu'il ne soit pas

médecin se révélerait plus efficace (p. ex. lorsque la crédibilité est en cause), des « non-médecins » ayant des compétences poussées en matière de règlement des différends devraient être nommés au Comité de discipline pour agir en tant que présidents de conférences préparatoires dans ces cas.

12. Je recommande de nommer plusieurs personnes ayant reçu une formation en droit (comme des juges à la retraite) au Comité de discipline en tant que membres du public, afin qu'elles président les sous-comités d'audience dans les cas appropriés. Je conviens avec l'ACPM qu'il faut faire preuve de prudence dans le choix de cas appropriés. Les cas qui portent sur de sérieux problèmes de norme de pratique, par exemple, ne conviennent pas. Je ne doute cependant pas que pour certains cas entièrement contestés et échelonnés sur plusieurs jours ou même des audiences d'un jour sur des problèmes limités, des présidents de sous-comité expérimentés seront très probablement à même d'accroître l'efficacité de la procédure d'audience sans sacrifier l'équité pour les deux parties.

13. Je recommande que le CPSO et l'ACPM reprennent leurs pourparlers en vue d'élaborer un protocole de pratiques exemplaires convenues pour diverses questions liées aux audiences disciplinaires, et qu'ils les mènent à bien le plus rapidement possible. Je suis certain que les parties qui œuvrent jour après jour dans cet environnement ont le bagage de connaissances et d'expérience nécessaires pour arriver à s'entendre sur des règles de procédure qui accroîtraient l'efficacité des audiences disciplinaires.

14. Pour favoriser l'atteinte de cet objectif, je recommande que ces pourparlers

intègrent ce qui suit dans le protocole :

- (a) lorsque les avis des experts sont diamétralement opposés (ce qui est souvent le cas devant un problème lié à la norme de pratique), les experts doivent être tenus de se rencontrer à l'avance pour parler ensemble et cerner leurs divergences. Ils doivent ensuite témoigner devant le même sous-comité;
- (b) la principale preuve par présomption doit être soumise par écrit;
- (c) le contre-interrogatoire présumé doit être soumis à des limites de temps convenues par l'avocat ou déterminées par le sous-comité d'audience;
- (d) les témoins présumés doivent être en mesure de témoigner par vidéoconférence au lieu d'être sur place en personne;
- (e) vraisemblablement, lorsque l'authenticité n'est pas remise en question, des preuves documentaires contemporaines devraient être admises à toutes fins que de droit;
- (f) pour ne pas tenir compte de ces dispositions de présomption, il faudrait montrer que le fait d'en tenir compte entraînerait une importante iniquité.

Conclusion

15. En somme, j'arrive à la conclusion que ces recommandations, si elles sont mises en œuvre, rationaliseront la procédure de traitement des plaintes en Ontario, tout en conservant un processus équitable pour les patients, les médecins et le grand public.

16. Selon moi, les modifications profiteront à tous les participants : les plaignants, les

médecins, le CPSO, l'ACPM et le ministère de la Santé. Pour tenter de faire le suivi de l'étendue de ces efficiences et de leur efficacité par rapport au coût, il serait souhaitable qu'au moment de la mise en œuvre, les établissements participants, le CPSO, l'ACPM et le ministère de la Santé engagent des pourparlers afin de s'assurer d'avoir mis en place les outils pour le faire. Ces outils comprendraient sans doute des mesures du temps imparti aux diverses étapes de la procédure de traitement des plaintes, les coûts de ces étapes pour les participants et les résultats obtenus.

17. À ce point, il reste à déterminer avec précision la quantification obtenue à l'aide de ces mesures. Il est toutefois possible d'affirmer en toute confiance que ces recommandations accroîtront l'efficacité et l'efficacité par rapport au coût de la procédure de traitement des plaintes. Elles permettront de rendre des décisions en temps plus opportun et à moindre coût, ce qui entraînera des économies de coût pour le CPSO, l'ACPM et le ministère de la Santé. Fait tout aussi important, la procédure demeurera équitable pour tous les participants.

18. Bref, l'intérêt public sera bien servi.

Annexe A

Note : Il n'existe pas de version officielle française de ce règlement. Cette version officieuse est fournie à titre d'information seulement et n'a pas force de loi. Pour obtenir la version officielle anglaise de ce règlement, veuillez consulter le site Lois-en-ligne à l'adresse : www.ontario.ca/fr/lois.

Règl. de l'Ont. pris en vertu de la *Loi de 1991 sur les médecins*

- 1. (1) Les actes suivants constituent des fautes professionnelles pour l'application de l'alinéa 51 (1) c) du Code des professions de la santé :**
 - 1. Ne pas respecter une condition ou une restriction dont est assorti le certificat d'inscription du membre.**
 - 2. Ne pas maintenir la norme d'exercice de la profession.**
 - 3. Infliger à un patient des mauvais traitements d'ordre verbal ou physique.**
 - 4. Exercer la profession alors que la capacité du membre de ce faire est compromise.**
 - 4.1 Exercer la profession alors que le membre sait qu'il a une compétence clinique déficiente, au sens que l'article 26 du Règlement de l'Ontario 114/94 (General) pris en vertu de la Loi donne au terme «deficient clinical ability».**
 - 4.2 Exercer la profession après que le membre a été avisé par l'Ordre qu'il a une compétence clinique déficiente, au sens que l'article 26 du Règlement de l'Ontario 114/94 (General) pris en vertu de la Loi donne au terme «deficient clinical ability», et tant que l'Ordre ne l'a pas avisé que ce n'est plus le cas.**
 - 5. Être en situation de conflit d'intérêts.**
 - 6. Prescrire, préparer ou vendre des médicaments à une fin injustifiée.**
 - 7. Cesser de fournir des services professionnels nécessaires, sauf si, selon le cas :**
 - i. le patient le demande,**
 - ii. des services de rechange sont organisés,**
 - iii. le patient a une occasion raisonnable d'organiser des services de rechange.**
 - 8. Ne pas respecter les conditions d'une entente portant sur des services professionnels.**
 - 9. Fournir à un patient, sans son consentement, un service professionnel pour lequel la loi exige un tel consentement.**
 - 10. Donner des renseignements concernant l'état d'un patient ou les services fournis à un patient à une autre personne que le patient ou son représentant autorisé, si ce n'est avec le consentement de l'un d'eux ou comme l'exige la loi.**
 - 11. Partager des honoraires avec une personne qui a renvoyé un patient à un membre ou percevoir des honoraires de toute personne à qui un membre a**

renvoyé un patient, ou encore solliciter ou accepter une remise ou une commission au titre du renvoi d'un patient.

12. Ne pas révéler, à la suite d'une demande appropriée à cet effet, la nature exacte d'un remède ou traitement secret que fournit le membre.

13. Faire une assertion inexacte des faits à l'égard d'un remède, d'un traitement ou d'un appareil.

14. Faire, à l'égard de l'utilité d'un remède, d'un traitement, d'un appareil ou d'une intervention, une allégation qui ne peut se justifier en tant qu'avis professionnel raisonnable.

15. Fournir ou offrir de fournir des services dans le cadre de l'exercice de la profession sous un nom qui n'est pas le nom du membre tel qu'il figure au tableau.

15.1 Sans préjudice de la portée générale de la disposition 27, utiliser un terme, un titre ou une désignation ayant trait à une spécialité ou à une sous-spécialité de la profession en contravention à l'article 9 du Règlement de l'Ontario 114/94 (Dispositions générales) pris en vertu de la Loi.

15.2 Sans préjudice de la portée générale de la disposition 27, ne pas inclure de façon claire et bien visible et sous forme non abrégée, soit des renseignements sur une spécialisation ou sous-spécialisation du membre, soit une mention que le membre est un omnipraticien dans du matériel, notamment du matériel publicitaire ou promotionnel, relatif à la fourniture, par un membre, de services professionnels en contravention à l'article 9 du Règlement de l'Ontario 114/94 (Dispositions générales) pris en vertu de la Loi.

16. Falsifier un dossier concernant l'exercice de la profession par le membre.

17. Ne pas fournir, sans motif raisonnable et dans un délai raisonnable, à un patient ou à son représentant autorisé qui le demande, un rapport ou un certificat concernant un examen réalisé ou un traitement fourni par le membre.

18. Signer ou délivrer, en sa qualité professionnelle, un document que le membre sait ou devrait savoir contenir une déclaration fautive ou trompeuse.

19. Subordonner la fourniture d'un service médicalement nécessaire au paiement préalable, intégral ou partiel, des honoraires.

20. Exiger des honoraires au titre de services non fournis. Un membre peut toutefois exiger des honoraires en cas d'annulation d'un rendez-vous moins de 24 heures avant le rendez-vous ou, dans le cas de l'exercice de la psychothérapie, conformément à toute entente écrite raisonnable conclue avec le patient.

21. Exiger des honoraires qui sont excessifs par rapport aux services fournis.

22. Exiger pour un service des honoraires supérieurs aux honoraires indiqués dans le barème des honoraires publié par l'Ontario Medical Association alors en vigueur sans informer le patient, préalablement à la fourniture du service, du montant excédentaire qui sera exigé.

23. Exiger des honoraires forfaitaires ou annuels, qui sont à la fois des

honoraires exigés au titre de services qui ne sont pas des services assurés au sens de l'article 1 de la *Loi sur l'assurance-santé* et des honoraires fixes indépendants du nombre de services fournis à un patient.

23.1 Exiger des honoraires en contrepartie de l'engagement de ne pas en exiger à l'égard d'un service ou d'une catégorie de services.

23.2 Exiger des honoraires en contrepartie de l'engagement d'être disponible pour fournir des services à un patient.

24. Ne pas détailler une facture relative à des services professionnels si, selon le cas :

i. le patient ou la personne ou l'organisme devant payer tout ou partie des services le demande,

ii. la facture comprend les honoraires d'un laboratoire commercial.

25. Ne pas délivrer le relevé ou le reçu demandé par un patient ou son représentant autorisé.

26. Vendre ou céder toute dette contractée envers le membre pour des services professionnels. Un membre peut toutefois accepter une carte de crédit pour payer des services professionnels et il peut aussi faire une cession générale de créances à titre de garantie afin d'obtenir un prêt pour financer l'exercice de sa profession.

26.1 Nantir, hypothéquer ou grever de toute autre façon l'intérêt du membre dans un dossier médical dont la Loi exige la tenue ou octroyer une sûreté sur l'intérêt.

27. Contrevenir à la Loi, à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ou aux règlements pris en vertu de l'une ou l'autre de ces lois.

27.1 Sans préjudice de la portée générale de la disposition 27, ne pas respecter, par acte ou omission, une obligation ou une exigence prévue à la partie XI (Inspection des locaux où certaines interventions sont accomplies) du Règlement de l'Ontario 114/94 (Dispositions générales) pris en vertu de la Loi.

28. Contrevenir à une loi fédérale, provinciale ou territoriale, à un règlement municipal, ou à un règlement administratif ou une règle d'un hôpital public, si, selon le cas :

i. la loi, le règlement ou la règle vise à protéger la santé publique,

ii. la contravention se rapporte à l'aptitude du membre à exercer la profession.

29. Permettre à une personne qui n'est pas membre de l'Ordre d'accomplir un acte qui devrait être accompli par un membre, l'aider à ce faire ou la conseiller en ce sens.

30. Ne pas répondre de manière appropriée ou dans un délai raisonnable à une demande de renseignements écrite de l'Ordre.

31. Influencer un patient afin qu'il modifie son testament ou un autre acte

testamentaire en faveur d'un membre.

32. Être visé par un retrait ou une restriction de ses droits ou privilèges en application de la *Loi sur les stupéfiants* (Canada) ou de la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada) ou des règlements pris en vertu de l'une ou l'autre de ces lois, si ce n'est à la demande même du membre.

33. Commettre, dans l'exercice de la profession de médecin, un acte ou une omission qui, compte tenu de l'ensemble des circonstances, serait raisonnablement considéré par les membres comme honteux, déshonorant ou non professionnel.

34. Se conduire d'une manière indigne d'un médecin. Règl. de l'Ont. 856/93, para. 1 (1); Règl. de l'Ont. 857/93, para. 1 (1); Règl. de l'Ont. 115/94, art. 1; Règl. de l'Ont. 53/95, art. 1; Règl. de l'Ont. 450/10, art. 1.

(2) Malgré la disposition 10 du paragraphe (1), ne commet pas une faute professionnelle le membre qui donne des renseignements concernant un patient, et notamment accès au dossier du patient, à l'une ou l'autre des personnes suivantes :

(a) un praticien d'une profession de la santé aux fins de la fourniture de soins au patient;

(b) une personne à des fins de recherche ou d'administration ou de planification de la santé si le membre croit raisonnablement que cette personne prendra des mesures raisonnables pour protéger l'identité du patient. Règl. de l'Ont. 856/93, para. 1 (2).

Les dispositions 23, 23.1 et 23.2 du paragraphe (1) ne s'appliquent pas lorsque le membre exige des honoraires d'un tiers au titre d'un service aux fins d'un tiers en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*. Règl. de l'Ont. 857/93, para. 1 (2).

(3) Un membre est réputé avoir commis une faute professionnelle si le corps dirigeant d'une profession de la santé dans un territoire autre que l'Ontario est arrivé à une conclusion d'incompétence ou de faute professionnelle ou à une conclusion de nature similaire à l'encontre du membre et que cette conclusion est fondée sur des faits qui, de l'avis de l'Ordre, constitueraient soit un motif pour arriver à une conclusion d'incompétence au sens de l'article 52 du Code, soit une faute professionnelle au sens du paragraphe (1). Règl. de l'Ont. 856/93, para. 1 (3).

(4) Un membre est réputé avoir commis une faute professionnelle si les conditions suivantes sont réunies :

(a) le corps dirigeant d'une profession de la santé dans un territoire autre que l'Ontario a fourni à l'Ordre des dossiers attestant qu'une allégation de faute professionnelle ou d'incompétence ou une allégation de nature similaire a été faite à l'encontre du membre et que celui-ci a conclu une entente ou une transaction avec le corps dirigeant afin de régler la question sans que soit rendue une conclusion de faute ou d'incompétence ou une conclusion de nature similaire;

(b) l'Ordre est convaincu que les dossiers sont authentiques, exacts et complets;

(c) l'acte ou l'omission faisant l'objet de l'allégation constituerait,

selon l'Ordre, une faute professionnelle au sens du paragraphe (1) ou un cas d'incompétence au sens de l'article 52 du Code. Règl. de l'Ont. 856/93, para. 1 (4).

Doc 1601174 v1