SURVOL DE LA RESPONSABILITÉ DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE AU QUÉBEC ET EN ONTARIO

par

Linda Massé

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de droit

Maîtrise en droit de la santé

Décembre 2002

BIBLIOTHÈQUE DE DROIT
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

SURVOL DE LA RESPONSABILITÉ DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE AU QUÉBEC ET EN ONTARIO

par

Linda Massé

Essai soumis à la Faculté de droit

en vue de l'obtention du grade de « Maître en droit »

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de droit, décembre 2002

© Linda Massé, 2002

Tous droits réservés. Toute reproduction d'une partie quelconque de ce travail par quelque procédé que ce soit est strictement interdite sans l'autorisation écrite de l'auteure.

BIBLIOTHÈQUE DE DROIT
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

RÉSUMÉ

L'infirmière praticienne est une spécialiste en sciences infirmières dont l'expertise dans un secteur particulier du domaine de la santé l'amène à prodiguer des soins relevant à la fois des disciplines infirmière et médicale. Son rôle a été créé en réponse aux changements dans les besoins en soins de santé de la population. Le législateur québécois a entrepris d'élargir les activités de l'infirmière en permettant l'intégration des fonctions de l'infirmière praticienne dans les hôpitaux du Québec par l'élaboration du *projet de loi no 90*. Cet essai a donc pour objectif d'examiner la situation légale de cette professionnelle et sa responsabilité civile envers les patients. Le rôle de l'infirmière praticienne n'en est toutefois qu'à ses débuts au Québec alors qu'en Ontario, cette dernière exerce de manière autonome depuis 1998. Une comparaison de la réglementation québécoise et ontarienne dans ce domaine a été entreprise pour favoriser la compréhension des principes de responsabilité régissant la pratique de l'infirmière praticienne. L'analyse de la législation et de la jurisprudence pertinentes démontre que l'infirmière praticienne qui travaille en Ontario a une indépendance d'action que sa collègue québécoise n'a pas. Malgré l'augmentation de ses obligations, cette dernière demeure la préposée du médecin et de l'hôpital.

ABSTRACT

Nurse practitioners are recognized for their expertise in a specific area of healthcare. They act as professional nurses that perform tasks belonging to both the nursing and the medical fields. In response to the changing health needs of the population, the Quebec legislator expanded the traditional role of nurses by allowing nurse practitioners to prescribe and use diagnostic and therapeutic means that were previously reserved for physicians. The proposed Bill no 90 modifies nursing activities thus affecting nurse practitioners' liability towards patients. This essay attempts to examine how this new legislation will affect nurse practitioners' functions and their duties towards patients. Nurse practitioners in Ontario are considered as independent professionals since 1998. Because the law is not yet in effect and because there are so few nurse practitioners practicing in Quebec, the Quebec regulations were compared to the Ontario legal context. After analysing the legislation and the different cases in health law, it became clear that the nurse practitioner from Ontario has a more autonomous practice than the one working in the province of Quebec. Despite the increase in her responsibilities, the Quebec nurse practitioner remains the subordinate of the physician and the hospital.

REMERCIEMENT

Je tiens à souligner la contribution de quelques personnes qui m'ont aidé dans la rédaction de cet essai. Je remercie Dieu de les avoir mises sur mon chemin car elles ont facilité ma tâche.

Je remercie Me Hélène Guay d'avoir si généreusement accepté de me diriger dans la rédaction de cet essai. J'ai beaucoup apprécié ses conseils avisés et ses encouragements. Je suis également touchée qu'une personne aussi occupée qu'elle ait pris le temps de m'aider.

Je remercie Me Robert P. Khouri pour sa compréhension sans laquelle je n'aurais pu terminer ce travail de longue haleine.

Je remercie Kathleen Gorman, ma collègue à la maîtrise en droit de la santé, qui a pris le temps de me lire et de me mentionner les incohérences qui se sont glissées dans mon texte.

Je remercie Lorraine Blondin, Monique Major et Daniel Massé d'avoir bien voulu corriger mes erreurs grammaticales et orthographiques. Je remercie également Alexandre Blondin-Massé pour ses suggestions quant à la forme du texte lors de la rédaction.

Je remercie également Kristina Wells et Maryse Dagenais d'avoir pris le temps de corriger mes résumés français et anglais.

Je remercie mes amies Kanar et Anne de m'avoir encouragé tout au long de la rédaction de ce texte.

Je remercie Hélène, Sophie, Michael, Lucie, Normand, Carole et tous ceux qui travaillent aux bibliothèques de l'Université de Sherbrooke. Leur contribution pour me procurer les documents nécessaires fut vraiment exceptionnelle.

Je remercie également Madame Ginette Roy Raymond pour sa disponibilité à répondre à toutes mes questions concernant les aspects techniques de cette maîtrise.

Je me considère privilégiée d'avoir reçu l'appui de toutes ces personnes.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

PARTIE 1 : LA RESPONSABILITÉ CIVILE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE AU QUÉBEC ET EN ONTARIO 7

I. Le contexte juridique du rôle d'infirmière praticienne 7

1. L'étendue des fonctions de l'infirmière praticienne 9

2. Situation juridique de l'infirmière praticienne au Québec et en Ontario.....11

II. Les notions juridiques de la responsabilité civile applicable à la profession d'infirmière praticienne au Québec et en Ontario 19

1. Les éléments de responsabilité civile : La faute, le préjudice, le lien de causalité et le fardeau de la preuve 20

2. Les obligations légales de l'infirmière praticienne 32

PARTIE 2 : LA RESPONSABILITÉ CIVILE D'AUTRUI POUR LA FAUTE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE 47

I. Les principes de la responsabilité civile pour la faute d'autrui applicable à la situation de l'infirmière praticienne 47

1. Les obligations légales hospitalière et médicale au Québec et en Ontario 52

2. Les conditions concernant la tâche médicale de l'infirmière praticienne en milieu hospitalier au Québec et en Ontario 57

II. La responsabilité médico-hospitalière pour le fait de l'infirmière praticienne au Québec et en Ontario 62

1. La responsabilité légale de l'établissement de santé pour les actes posés par l'infirmière praticienne au Québec et en Ontario 64

2. La responsabilité médicale dans la délégation d'actes médicaux à l'infirmière praticienne 72

CONCLUSION 77

BIBLIOGRAPHIE 81

INTRODUCTION

La profession infirmière a subi des transformations au fur et à mesure de l'évolution des soins. En effet, l'avancement des sciences de la santé et leur organisation en différentes spécialités ont fait en sorte que le médecin doit s'entourer d'une équipe multidisciplinaire compétente pour pouvoir maintenir des soins de qualité. Malgré la délégation d'actes médicaux dans les années 1980[1], les modifications dans les méthodes diagnostiques et thérapeutiques ont forcé les intervenants en santé à redéfinir la répartition des tâches et à trouver des solutions innovatrices afin que les besoins accrus des populations soient comblés. Ainsi, l'infirmière[2] a dû s'adapter aux nouvelles technologies médicales et aux traitements médicamenteux de plus en plus complexes. Ses responsabilités professionnelles l'ont obligée à élargir le champ de ses connaissances pour mieux desservir la population.

L'infirmière occupe une position stratégique dans la prestation des soins car elle est directement en contact avec le patient et ce, jusqu'à vingt-quatre heures par jour dans les établissements de santé. De par sa formation et son expertise, elle est apte à reconnaître rapidement les changements qui s'effectuent chez le patient et est en mesure de réagir dans les situations d'urgence. De plus, l'infirmière, par son approche bio-psychosociale, a une vision holistique des soins qui lui permet de tenir compte des différents aspects de la vie du patient dans la mise en œuvre du plan de traitement[3]. Les observations de l'infirmière permettent aux médecins de suivre l'évolution du patient et d'adapter leurs interventions selon les réactions de ce dernier aux thérapies utilisées. La disponibilité de l'infirmière et ses connaissances l'ont donc désignée à remplir des fonctions plus importantes dans les milieux de soins.

Plusieurs facteurs ont contribué à l'expansion de l'activité infirmière. La pénurie de médecin[4] provoquée par le départ à la retraite de certains d'entres eux et le contingentement dans les facultés de médecine ont aggravé la surcharge de travail des praticiens restants. Les impératifs familiaux sont aussi responsables du départ d'un

---

[1] *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 1.

[2] Infirmière dans le texte comprend le masculin infirmier.

[3] Danielle BLONDEAU et Martin HÉBERT, « La responsabilité professionnelle de l'infirmière », dans Olive GOULET et Clémence DALLAIRE (dir.), *Soins infirmiers et société,* Montréal, Gaëtan Morin Éditeur Ltée, 1999, pp. 117-134.

[4] COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Communiqué de presse : Il manque plus de 1000 médecins au Québec*, Montréal, 22 mai 2002.

certain nombre vers des secteurs de soins moins exigeants laissant les milieux de haute intensité dépourvus. Le manque d'effectifs médicaux par rapport aux besoins en santé de la population a donc obligé les médecins à utiliser l'expertise d'infirmières possédant un entraînement particulier acquis par l'expérience de différentes situations cliniques et une formation académique spécialisée : les infirmières praticiennes.

Ce rôle de pratique avancée a tout d'abord vu le jour en 1965 au Colorado par la création d'un programme universitaire visant la formation d'infirmières praticiennes pédiatriques[5]. L'expansion des fonctions infirmières a suscité des réactions mitigées chez les autres intervenants car d'un côté, ces professionnelles permettaient à une partie défavorisée de la population de recevoir des soins de santé mais de l'autre, elles empiétaient sur le champ d'exercice réservé aux médecins. Malgré cette ambivalence, la profession d'infirmière praticienne s'est développée à un point tel qu'une recension de la législation en vigueur chez nos voisins du sud démontre que les activités infirmières en pratique avancée s'étendent à tous les états américains[6]. Dix États[7] vont même jusqu'à permettre aux infirmières praticiennes d'établir un diagnostic médical et de prescrire des médicaments et des traitements de manière autonome. Vingt-sept États[8] exigent que l'infirmière praticienne collabore avec un médecin qui doit être disponible comme conseil ou pour prendre en charge le patient lorsque sa situation le requiert. Les médecins doivent limiter le nombre d'infirmières praticiennes avec lesquelles ils s'associent afin de pouvoir superviser adéquatement le travail effectué par elles, soit par la révision des dossiers médicaux des patients aux trois mois, soit par leur présence physique dans le lieu où elles exercent une demi-journée par semaine. Dans onze États[9], l'infirmière praticienne a l'obligation de soigner ses patients selon des protocoles de pratique pré-établis. Les problèmes de santé et les interventions thérapeutiques correspondantes y sont répertoriés afin de guider la professionnelle dans l'élaboration de

---

[5] Jeri L. BIGBEE et Aara AMIDI-NOURI, « History and Evolution of Advanced Nursing Practice », dans Ann B. HAMRIC, Judith A. SPROSS et Charlene M. HANSON (dir.), *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*, 2e ed., Philadelphia, W. B. Saunders Company, 2000, p. 3, à la page 19.

[6] Linda PEARSON, « Fourteenth Annual Legislative Update », (2002) 27 : 1 *The Nurse Practitioner* 10.

[7] Alaska, Colorado, Hawaii, Iowa, Maine, Montana, New Hampshire, New Mexico, Oregon et Rhode Island.

[8] Alabama, Arkansas, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Idaho, Illinois, Indiana, Kansas, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nebraska, Nevada, New Jersey, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, South Dakota, Washington, West Virginia et Wyoming.

[9] Alabama, Arkansas, California, Florida, Georgia, North Carolina, South Carolina, Tennessee, Texas, Vermont et Wisconsin.

son plan de traitement. Le droit de prescrire des médicaments et de dispenser des échantillons est délégué dans quarante-quatre États[10]. Toutefois, l'infirmière praticienne doit avoir réussi certains pré-requis comme des cours de pharmacologie et la pratique sous supervision médicale directe pendant un certain nombre d'heures (minimum 400 heures). Sept États[11] demandent une autorisation écrite renouvelée annuellement par le médecin associé ou que le nom du médecin apparaisse sur la prescription. De plus, dans ces États, les ordonnances se limitent aux médications mentionnées dans les protocoles de soins. Vingt-deux États[12] n'acceptent que la candidature d'infirmières détentrices d'une maîtrise en sciences infirmières avec une spécialisation en pratique avancée ou un diplôme universitaire supérieur. Seulement deux États[13] américains n'autorisent l'expansion des fonctions infirmières que sous la direction ou la supervision directe d'un médecin.

Le Canada commence à suivre l'exemple américain et la législation se modifie progressivement afin de permettre aux infirmières praticiennes d'exercer dans la majorité des provinces et territoires. L'Alberta, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, la Saskatchewan, Terre-Neuve-et-Labrador, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ainsi que le Yukon ont adopté des mesures législatives, soit en amendant les lois déjà en vigueur, soit en émettant une réglementation concernant spécifiquement les fonctions d'infirmières praticiennes. En Alberta, le *Nurse Practitioner Regulation*[14] joint en annexe à la *Public Health Act*[15] rend le diagnostic et l'ordonnance accessibles aux infirmières autorisées qui évoluent en soins primaires dans les collectivités

---

[10] Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas (avec une éducation spéciale), California, Connecticut (incluant les substances contrôlées) , Delaware, District of Columbia, Florida (sous protocole), Georgia (sous protocole), Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa (incluant les substances contrôlées), Kansas (avec le nom du médecin associé sur la prescription), Maine, Maryland (incluant les substances contrôlées), Massachusetts (avec le nom du médecin sur la prescription), Michigan (avec l'autorisation écrite d'un médecin), Minnesota (nécessite un accord avec un médecin), Mississippi (selon un protocole), Missouri (sous délégation médicale), Montana (incluant les substances contrôlées), Nebraska, Nevada (incluant les substances contrôlées), New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota (avec révision d'un médecin), Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas (sous délégation), Utah (entente médicale seulement pour les substances contrôlées), Vermont, Washington, West Virginia, Wisconsin et Wyoming.

[11] Kansas, Massachussets, Michigan, Minnesota, Missouri, Texas et Utah.

[12] Arizona, Colorado, Florida, Georgia, Hawaii, Iowa, Kansas, Louisiana, Maryland, Montana, Nebraska, Nevada, New Jersey, New Mexico, North Dakota, Ohio, Oregon, South Carolina, Tennessee, Utah, West Virginia et Wisconsin.

[13] Kentucky et Virginia.

[14] Alberta Regulation 2002, n° 126/2002.

[15] R.S.A. 2000, c. P-37.

désignées par le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta[16]. Au Manitoba, la *Loi sur les infirmières*[17] qui est en vigueur depuis le 15 août 2001 permet aux infirmières ayant complété une formation d'infirmière praticienne reconnue d'évaluer l'état de santé, d'ordonner des tests diagnostiques, de prescrire la médication désignée par règlement et de procéder à des interventions chirurgicales mineures[18]. En Nouvelle-Écosse, depuis le 2 janvier 2002, la *Registered Nurses Act*[19] autorise les infirmières praticiennes qui collaborent avec un médecin à poser un diagnostic et à prescrire les traitements appropriés, médicamenteux ou autres[20]. Pour ce qui est de l'Ontario, la *Loi de 1991 sur les infirmières et les infirmiers*[21] accorde le droit à certaines infirmières de communiquer un diagnostic après consultation avec un médecin. Elles peuvent aussi prescrire les médicaments appropriés désignés par règlements. L'infirmière praticienne ontarienne évolue surtout au sein de groupes de médecine familiale[22] donc en collaboration avec un médecin. La Saskatchewan a adopté une loi en 2001 pour octroyer aux infirmières praticiennes le pouvoir de poser un diagnostic, d'effectuer des interventions chirurgicales mineures et de rédiger des ordonnances[23]. La province de Terre-Neuve et le Labrador régissent les fonctions de l'infirmière praticienne par le *Nurse Practitioner Regulations*[24]. Les affections médicales pouvant être traitées par l'infirmière praticienne y sont énumérées ainsi que les médicaments qu'elle peut prescrire. Le règlement exige la collaboration avec un médecin et la consultation médicale lors de situations cliniques spécifiées[25]. Les infirmières praticiennes de cette province doivent exercer selon un protocole de soins pré-établis qui leur est personnellement assigné et qui ne peut être transféré[26]. Dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, la législation habilite l'infirmière praticienne qui a complété un programme d'études supérieures en sciences infirmières à ordonner et à interpréter

---

[16] ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, *Fiche d'information : Législation et réglementation sur l'infirmière praticienne au Canada*, 2002, Ottawa, A.I.I.C., p.1. (www.cna-nurses.ca).
[17] L.M. 1999, c. 36.
[18] *Id.*, art. 2 (1), 2 (2).
[19] R.S.N.S. 2001, c. 10, s. 1.
[20] *Id.*, art. 2 (d).
[21] L.O. 1991, c. 32, art. 5.1.
[22] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*, Montréal, O.I.I.Q., 2001, p. 50.
[23] *The Registered Nurses Amendment Act*, S.S. 2001, c. 37, art. 9.
[24] Newfoundland and Labrador Regulation 1998, n° 65/98.
[25] *Id.*, art. 9.
[26] *Id.*, art. 20.

certains tests diagnostics, à prescrire les traitements appropriés et à poser certains actes médicaux dans les endroits désignés par le ministre[27]. Au Yukon, la *Loi sur la profession d'infirmière autorisée et d'infirmier autorisé*[28] donne une définition élargie du champ d'exercice de l'infirmière. En ce qui concerne la prescription de médicaments, le *Règlement sur la fourniture de drogues (infirmier autorisé et infirmière autorisée)*[29] a modifié la *Loi sur les pharmaciens*[30] pour y inclure la pratique infirmière.

Le Nouveau-Brunswick et le Québec ont adopté des projets de loi dont l'entrée en vigueur n'est toutefois pas encore spécifiée. Au Nouveau-Brunswick, la *Loi modifiant la loi sur les infirmières, les infirmiers, les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens*[31] sert à reconnaître légalement l'exercice de la profession d'infirmière praticienne et à définir son rôle ; rôle qui inclut le diagnostic, l'interprétation de tests servant au diagnostic, la sélection et la prescription de traitements médicamenteux et énergétiques[32]. Au Québec, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*[33], qui a été sanctionné le 14 juin 2002, autorise certaines infirmières habilitées par règlements à procéder à l'établissement d'un diagnostic, à prescrire des traitements médicamenteux et invasifs ou présentant des risques de préjudice[34].

En Colombie-Britannique ainsi qu'à l'Île du Prince-Édouard, le processus de consultation sur ce rôle de pratique infirmière avancée est entamé mais il n'existe pas de législation reconnaissant les fonctions d'infirmière praticienne[35].

Le champ d'exercice infirmier s'est transformé pour inclure des activités réservées aux médecins tout en maintenant des tâches spécifiquement infirmières. Ce rôle hybride, en partie infirmier et en partie médical, est principalement autorisé dans un contexte multidisciplinaire donc en établissement de santé et vise principalement l'amélioration des soins prodigués à la population. Cet élargissement du rôle infirmier modifie les obligations de l'infirmière praticienne par rapport aux autres professionnelles

---

[27] *Loi sur la profession infirmière*, L.R.T.N.-O 1988, c. N-4.
[28] L.Y. 1992, c. 11.
[29] O.I.C. 1998/164, entrée en vigueur 15 octobre 1998 (Décret 1998/164 Loi sur les pharmaciens) (1998) Yk. Gaz. II, 290.
[30] L.R.Y. 1986, c. 131.
[31] Projet de loi 44 (adopté le 7 juin 2002), 4e session, 54e législature (Nouveau-Brunswick).
[32] *Id.*, art.1.
[33] Projet de loi n° 90 (adopté le 14 juin 2002), 2e session, 36e législature (Québec).
[34] *Id.*, art. 12.
[35] ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, *op. cit.*, note 16, p. 1.

infirmières et crée aussi une certaine confusion quant aux devoirs des différents intervenants en santé envers les patients. Il semble donc pertinent d'analyser l'imputabilité de l'infirmière praticienne en rapport avec les principes de responsabilité civile médico-hospitalière déjà en vigueur pour la profession infirmière.

L'infirmière praticienne qui exerce au Québec ne le fait encore qu'à l'intérieur de projets-pilotes alors qu'en Ontario, elle évolue dans les groupes de médecine familiale depuis 1998[36]. L'Ontario a donc un pas d'avance sur le Québec en terme d'implantation du rôle et de la législation qui peut servir à la compréhension des normes d'exercice. Toutefois, le Québec étant de droit civiliste et l'Ontario, de « Common Law », retiennent des règles d'imputabilité quant à la pratique de l'infirmière qui affectent directement la prestation des services auprès du public. La comparaison entre ces deux juridictions aide donc à interpréter la position des tribunaux quant à la compensation des préjudices. De plus, le Québec et l'Ontario sont proches voisins et partagent un Tribunal de dernière instance : La Cour suprême du Canada. Ceci a pour effet d'influencer les décisions rendues dans ces deux provinces. L'analyse de la jurisprudence pertinente à chacune de ces régions permet aussi de pressentir les tendances en matière de responsabilité pour l'infirmière et par extension, pour l'infirmière praticienne.

Le texte qui suit propose donc, dans un premier temps, une analyse des règles régissant l'imputabilité de l'infirmière praticienne au Québec et en Ontario. Le contexte légal particulier aux fonctions de l'infirmière praticienne dans ces deux juridictions ainsi que les obligations s'appliquant à cette professionnelle seront également abordée. Dans la deuxième partie, les principes de la responsabilité civile pour la faute d'autrui et les conditions encadrant les activités de pratique avancée de l'infirmière praticienne seront examinées pour mieux comprendre les implications du lien de préposition qui existe entre l'hôpital et l'infirmière praticienne, d'une part, et les conséquences découlant de la relation médecin-infirmière praticienne, d'autre part. En effet, les restrictions législatives applicables aux activités de l'infirmière praticienne en font un rôle de subordination où la responsabilité d'autrui est nécessairement impliquée lorsqu'une faute de celle-ci se produit. Les infirmières praticiennes québécoises n'ont que peu d'autonomie comparativement aux infirmières praticiennes ontariennes qui sont perçues davantage en professionnelles qualifiées et responsables de leurs actes.

---

[36] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *op. cit.*, note 22, p. 50.

PARTIE 1 : LA RESPONSABILITÉ CIVILE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE AU QUÉBEC ET EN ONTARIO

L'infirmière praticienne, en tant que professionnelle responsable, doit procurer des soins de qualité à sa clientèle tout en respectant les normes de conduite émises par le législateur. Les lois et règlements encadrant la pratique de cette professionnelle lui imposent des obligations et des restrictions qui tiennent compte de ses compétences mais aussi, des règles de l'art[37]. Pour s'acquitter adéquatement de la tâche qui lui revient du fait de son appartenance à une équipe multidisciplinaire, elle doit connaître l'étendue de ses fonctions professionnelles et son statut juridique. Alors, si dans l'exécution de ses attributions elle enfreint les normes de pratique attendues des membres de sa profession ou si elle entreprend des activités dépassant les balises de son champ d'exercice, elle devra répondre de ses actions[38]. Toutefois, la compréhension des particularités de sa responsabilité nécessite un examen de la législation applicable à cette pratique pour en faire ressortir la situation juridique et les obligations légales de cette professionnelle de la santé.

I. Le contexte juridique du rôle d'infirmière praticienne

Le processus de légalisation du rôle d'infirmière praticienne au Québec ne fait que commencer alors qu'en Ontario, celle-ci est reconnue légalement depuis 1991. Des projets-pilotes sont toutefois en cours dans quelques hôpitaux de la région métropolitaine québécoise pour pallier aux manques de ressources médicales dans des milieux de haute intensité. En effet, depuis 1996, l'Hôpital de Montréal pour Enfants et l'Hôpital Sainte-Justine ont développé des programmes élargissant les fonctions de l'infirmière afin de répondre aux besoins complexes de leur unité de soins intensifs néonataux. L'Université de Montréal, avec la collaboration de l'Hôpital Sainte-Justine, offre aux infirmières en pratique avancée des crédits de 2e cycle pour permettre à celles-ci d'acquérir les connaissances nécessaires aux fonctions d'infirmières praticiennes[39]. De plus, depuis

---

[37] D. BLONDEAU et M. HÉBERT, *op. cit.*, note 3, pp. 118-119.
[38] Pauline LESAGE-JARJOURA et Suzanne PHILLIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale : Le droit dans le quotidien de la médecine*, 2e éd., Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 2001, p. 3 ; Ellen I. PICARD et GERALD B. ROBERTSON, *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, 3rd ed., Toronto, Carswell Thomson Professional Publishing, 1996, p. 184.
[39] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *op. cit.*, note 22, p. 47.

2001, l'Hôpital de Montréal pour Enfants emploie aussi, dans son unité de soins intensifs pédiatriques, trois infirmières praticiennes formées à la maîtrise en sciences infirmières de l'Université McGill. Avant de pouvoir se joindre au programme offert, ces infirmières devaient répondre à des critères de sélection très spécifiques. Cinq années d'expérience à l'unité de soins intensifs pédiatriques, la réussite à un examen conçu par les médecins de l'unité de soins et une entrevue évaluant la compétence des candidats ont servi à recruter les infirmières destinées à exercer comme infirmières praticiennes. La législation québécoise dans ce domaine n'étant pas en vigueur actuellement, la supervision constante et directe d'un médecin et la cosignature immédiate des ordonnances viennent restreindre l'activité clinique de ces infirmières praticiennes.

En Ontario, la majorité des infirmières praticiennes occupe une place au sein des équipes de médecine familiale depuis 1998. Elles évoluent principalement en soins de santé primaires dans les régions rurales et urbaines[40] où elles collaborent avec les médecins de famille et d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire[41]. Les secteurs secondaires et tertiaires sont aussi desservis par des infirmières praticiennes dont la formation en soins aigus provient soit d'un certificat post-maîtrise de l'Université de Toronto, soit d'une maîtrise en soins aigus pour adultes ou pour enfants de la même université ou de l'Université McMaster selon la spécialité[42]. Les infirmières praticiennes en soins aigus peuvent se retrouver aux soins intensifs néonataux, en pédiatrie, en néphrologie, en oncologie, en cardiologie, en santé mentale, en réhabilitation, en neurochirurgie, en neurologie, en orthopédie, en gériatrie, en médecine interne et en soins préopératoires[43]. Le Collège des infirmières de l'Ontario n'inclut pas ces dernières dans la classe élargie[44] mais la *loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*[45] les habilite à étendre leurs activités. Évoluant en milieu hospitalier, elles sont donc assujetties aux restrictions imposées par les règlements des établissements de santé.

---

[40] *Id.*, p. 50.
[41] Information provenant du site de la Nurse Practitioners Association of Ontario sous la section *Role of PHC and AC NP's*; www.npao.org.
[42] *Id.*
[43] Alba MITCHELL, Janet PINELLI, Chris PATTERSON et Doris SOUTHWELL, *Utilisation of Nurse Practitioners in Ontario : A Discussion Paper Requested by the Ontario Ministry of Health*, Hamilton, Quality of Nursing Worklife Research Unit, McMaster University – University of Toronto, November 1993, p.56.
[44] COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO, *Nursing Practice: Standards of Practice: A Primer on the Primary Health Care Nurse Practitioner*, Toronto, College of Nurses of Ontario, June 2001, p.1. (www.cno.org)
[45] Précité, note 21.

1. L'étendue des fonctions de l'infirmière praticienne

L'infirmière praticienne est une infirmière qui possède une formation supérieure dans un domaine spécifique des soins de santé[46]. Son éducation avancée et son expérience lui confèrent un jugement clinique alliant un certain savoir médical au savoir infirmier[47]. Son rôle comprend de multiples facettes qui englobent la prise en charge des patients, la collaboration interdisciplinaire, la recherche et l'enseignement aux patients et aux infirmières des unités de soins[48]. Elle doit avoir les aptitudes nécessaires pour recueillir les informations pertinentes à l'histoire de cas et pour procéder à l'examen physique et à l'appréciation diagnostique de l'état du patient[49]. Ainsi, ses connaissances doivent lui permettre d'interpréter les manifestations symptomatiques du patient et de le référer lorsque les situations cliniques dépassent sa compétence. Elle doit avoir la capacité d'interpréter les tests diagnostiques permettant d'élaborer le diagnostic médical et de planifier le plan de traitement[50]. En fait, toutes les activités relevant du cadre de la médecine se déroulent de manière complémentaire et non autonome. En effet, l'aspect médical de son rôle qui comprend l'évaluation diagnostique et la prescription médicamenteuse ou thérapeutique s'effectue en collaboration avec le médecin traitant qui prend les décisions finales se rapportant aux soins de santé du patient[51]. Pour les problèmes médicaux les plus fréquemment rencontrés, les établissements de santé développent des protocoles indiquant la marche à suivre lors de l'apparition des symptômes reliés à des atteintes physiopathologiques spécifiques. Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (C.M.D.P.) de l'institution doit avoir approuvé ces protocoles avant qu'ils ne soient distribués pour leur utilisation.

L'infirmière praticienne continue de remplir des fonctions infirmières comme la coordination et la planification des soins aux individus. Elle assure l'enseignement aux

---

[46] Karla KELLY, « Nurse Practitioner Challenges to the Orthodox Structure of Health Care Delivery: Regulation and Restraints on Trade », (1985) 11 *American Journal of Law and Medicine* 195, p.197.
[47] Elizabeth HARRISON HADLEY, « Nurses and Prescriptive Authority: A Legal and Economic Analysis», (1989) 15: 2-3 *American Journal of Law & Medicine* 245-299, p. 262.
[48] Shari L. DERENGOWSKI, Sharon Y. IRVING, Pamela V. KOOGLE et Robert M. ENGLANDER, «Defining the Role of the Pediatric Critical Nurse Practitioner in a Tertiary Care Center », (2000) 28: 7 *Critical Care Medicine* 2626-2630, p. 2629.
[49] K. KELLY, *loc. cit.*, note 46, p.197.
[50] *Id.*, p. 2630 ; Alba MITCHELL, Janet PINELLI, Chris PATTERSON et Doris SOUTHWELL, *op. cit.* note 43, p. 42.
[51] Mary K. DECELL, Ronald GOTTESMAN et Franco CARNEVALE, *Montreal Children's Hospital Pediatric Critical Care: Advanced Practice Nurse Program*, Montréal, Montreal Children's Hospital, 2001, p. 8.

patients et à leur famille afin de favoriser une meilleure prise en charge. Elle établit les liens nécessaires entre professionnels pour répondre aux besoins de sa clientèle[52].

L'infirmière praticienne utilise la recherche pour maintenir à jour ses connaissances et être à la fine pointe des découvertes scientifiques. Elle développe des projets de recherche visant à assurer la qualité des soins et évalue la satisfaction des patients et des autres membres de l'équipe soignante pour cibler les problèmes réels du milieu et intervenir dans ce sens[53].

De par son expertise, l'infirmière praticienne est une personne ressource pour l'équipe multidisciplinaire car elle assure une continuité dans un milieu en constante mouvance[54]. En effet, elle sert de modèle aux nouvelles infirmières mais aussi aux nouveaux internes et résidents qui ne peuvent connaître, dès leur arrivée, le fonctionnement des unités de soins ou les particularités des domaines spécialisés.

L'infirmière praticienne conserve l'approche bio-psychosociale préconisée par la profession infirmière lorsqu'elle exerce ses activités de niveau avancé qui relèvent en fait de la délégation d'acte comme le démontre la législation québécoise pertinente à cette pratique.

En Ontario, l'exercice de l'infirmière praticienne ne découle pas de la délégation d'actes médicaux comme au Québec car c'est la *Loi de 1991 sur les infirmières et les infirmiers*[55] qui autorise la pratique d'actes supplémentaires. Les infirmières praticiennes sont reconnues en tant que professionnelle autonome dont la pratique complète l'activité médicale sans se substituer aux médecins. En effet, chacun de ces professionnels utilise une approche qui lui est propre et qui modifie leur façon de dispenser leurs soins. Le médecin a une perspective physiopathologique et curative alors que l'infirmière voit l'individu selon une réalité bio-psychosociale. La perception du médecin et de

---

[52] SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, « Énoncé de la Société Canadienne de Pédiatrie : La pratique infirmière de niveau avancé en soins néonatals », (2000) 5 : 3 *Paediatric and Child Health* 183-187, p.185.
[53] *Id.*
[54] Michel CLAIR (dir.), *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p. 96.
[55] Précitée, note 21, art. 5.1.

l'infirmière praticienne affecte directement leur prestation auprès des bénéficiaires[56] et leur permet de contribuer différemment au bien-être de chaque patient.

En résumé, l'infirmière praticienne est une professionnelle à part entière qui peut se définir comme suit :

> « *(S)He is an RN with advanced knowledge and decision-making skills in assessment, diagnosis, and health care management, who provides comprehensive health services encompassing health promotion, prevention of diseases and injuries, cure, rehabilitation, and support services.* »[57]

Son autonomie professionnelle diffère toutefois selon le cadre législatif de la juridiction où elle exerce.

2. Situation juridique de l'infirmière praticienne au Québec et en Ontario

Le Québec et l'Ontario possèdent des cadres législatifs distincts qui affectent directement la prestation des professionnels de la santé qui œuvrent dans ces deux provinces. L'exercice de l'infirmière praticienne est donc soumis aux lois professionnelles en vigueur dans la juridiction où elle pratique.

Au Québec, les activités professionnelles du domaine de la santé sont régies par des lois habilitantes qui délimitent les champs d'exercice de chaque professionnel afin d'assurer la protection du public[58]. La complexité des fonctions de l'infirmière praticienne la situe toutefois dans une zone grise où les activités médicales et les actes infirmiers se rejoignent. Elle doit donc respecter les lois et règlements concernant à la fois la profession médicale et ceux reliés à la pratique infirmière. « De plus, l'ensemble de ces lois professionnelles doit s'interpréter l'une par rapport à l'autre pour déterminer la portée et les limites de chacune. À la lecture de la *Loi médicale*[59], l'on constate que le médecin possède un vaste champ d'exercice autour duquel gravitent d'autres professionnels qui se sont vus octroyer expressément en vertu de leur loi habilitante certains pouvoirs spécifiques. »[60] Ainsi, la *loi médicale* restreint l'activité de tous les intervenants n'étant pas des médecins et réserve l'acte de diagnostiquer qu'aux seuls

---

[56] NURSE PRACTITIONERS ASSOCIATION OF ONTARIO, *The RN (EC) Role in a Community-Based Primary Health Care Practice*, Toronto, Nurse Practitioners Association of Ontario, 2000, p.1. (disponible sur le site : www.npao.org).
[57] *Id.*
[58] *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26, art. 23, 26 ; *Zenith Radio Corporation of Canada Ltd. et l'Ordre des audioprothésistes du Québec*, [1976] C.S. 1758, p. 1759, juge Charles A. Phelan.
[59] L.R.Q., c. M-9.
[60] *Dubord-Bois c. Corp. Professionnelle des médecins du Québec*, (C.S.) J.E. 98-72, juge Lise Côté.

membres de la profession médicale[61]. Toutefois, la *loi sur les infirmières et les infirmiers*[62] à l'article 36 habilite l'infirmière praticienne à effectuer toutes les activités lui permettant d'identifier les besoins de santé de la population, de contribuer à l'élaboration du diagnostic et de prodiguer les soins infirmiers nécessaires pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation. L'article 37 de cette même loi ajoute qu'elle peut aussi renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire. L'infirmière praticienne est donc légalement autorisée à participer par ses observations et ses interactions auprès du client à la reconnaissance des signes et symptômes permettant aux médecins de diagnostiquer l'atteinte du patient ; rôle commun à toute la profession infirmière.

En ce qui concerne l'aspect médical de la pratique de l'infirmière praticienne, il relève de la délégation d'actes car le médecin reste fiduciaire de l'ensemble des activités médicales. Les principes de la délégation d'actes médicaux consacrés[63] par le *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*[64] doivent donc orienter la collaboration entre le médecin et l'infirmière praticienne à qui il confie des fonctions médicales.

Les actes médicaux délégués s'inscrivent «dans le concept de médecine globale, à l'intérieur de laquelle l'intervention professionnelle doit être organisée en fonction des besoins globaux du patient plutôt qu'en fonction des contraintes créées par les champs d'exercice exclusif du professionnel »[65]. Ce procédé survient lorsque le détenteur d'un pouvoir, en l'occurrence le Bureau de la Corporation professionnelle des médecins ou le Bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec permet à un non-membre d'accomplir une tâche restreinte sous réserves de certaines conditions stipulées par le législateur[66]. C'est le principe qui découle des propos de monsieur le juge Paul Reeves dans l'extrait qui suit :

> « Rien n'oblige le médecin traitant à effectuer personnellement tous les actes matériels requis dans le cadre du traitement. Le professionnel de la santé est en droit de s'entourer

---

[61] Art. 43; *Vézina c. Corp. professionnelle des médecins du Québec*, [1998] A. Q. n° 3107 (C.A.) (Q.L.).
[62] L.R.Q., c. I-8.
[63] Julie-Suzanne DOYON, « Ophtalmologistes, optométristes et opticiens d'ordonnances : Champs d'exercice et conflits interprofessionnels », (1991) 22 *R.D.U.S.* 175, p. 196.
[64] Précité, note 1.
[65] Jean-Pierre MÉNARD et Denise MARTIN, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1992, p. 92.
[66] Nancy LAJOIE et Caroline SIMARD, « La responsabilité pour les actes médicaux délégués », (1996) 10 *R.J.E.U.L.* 125, p. 135.

> d'assistants, à qui il pourra déléguer l'accomplissement de certains actes matériels nécessaires au succès du traitement. (…). »[67]

Dans le même jugement, l'honorable juge Reeves cite le professeur Paul-André Crépeau[68] et retient trois critères qui doivent être utilisés lors de la délégation d'actes à un étudiant, un externe ou un résident :

> « Nous avons donc trois critères de délégation à un assistant étudiant, interne ou résident : 1° La délégation doit se limiter à de simples actes matériels, assurant que l'intervention du médecin demeure prépondérante; 2° La délégation ne peut être faite qu'à des assistants suffisamment qualifiés pour les exécuter; 3° Le délégué ou assistant doit demeurer sous la surveillance et le contrôle du médecin traitant durant l'exécution des tâches déléguées. »[69]

Ces règles peuvent être appliquées en essence à la délégation entre professionnels et donc aux situations où le médecin confie à l'infirmière praticienne des activités relevant de la médecine. Le médecin qui demeure en charge de son patient et de son traitement a donc l'obligation de s'assurer que la personne recevant la délégation possède les connaissances et la formation suffisantes pour exécuter l'acte[70]. Le délégant doit juger du contrôle et de la surveillance nécessaire lors de l'exécution de cet acte par un tiers car il est responsable envers le patient[71].

Le règlement prévoit les modalités entourant l'exécution de l'acte. Celles-ci comprennent la prescription de l'acte, l'utilisation d'un protocole et le degré de surveillance approprié [72].

L'ordonnance médicale d'un acte peut se distinguer de deux façons : soit l'ordonnance individuelle, soit l'ordonnance permanente[73]. Dans les faits, seule l'ordonnance permanente est couverte par le règlement. Me Ménard et Me Martin expliquent bien ce genre d'ordonnances :

> « (…) Dans le cas de l'ordonnance permanente, elle est établie par règlement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (C.M.D.P.) de l'établissement ou, lorsqu'un établissement ne possède pas de Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, par

---

[67] *Murray-Vaillancourt c. Clairoux*, [1989] R.R.A. 762 (C.S.), p. 771.
[68] Paul-André CRÉPEAU, *La responsabilité civile médicale et hospitalière : Évolution récente du droit québécois*, Montréal, Intermonde, 1968, pp. 12-13.
[69] *Id.*
[70] *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, précité, note 1, art.2.02, al. 2; J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 95.
[71] *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecin,* précité, note 1, art. 4.02.
[72] *Id.*, Annexe A.
[73] COMITÉ DE TRAVAIL CONJOINT SUR LES ACTES AUTORISÉS, *Interprétation commune de la responsabilité de différents acteurs dans les soins à la personne malade,* Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997, p. 3; J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 96; N. LAJOIE et C.SIMARD, *op. cit.*, note 66, p. 136.

> règlements du C.M.D.P. de l'établissement de la région avec laquelle un contrat de services a été conclu. Cette ordonnance est à l'effet de poser certains actes ou procéder systématiquement à certains examens ou traitements, sans attendre d'ordonnance individuelle, chez les bénéficiaires de catégories déterminées par cette ordonnance. Le règlement adopté par le C.M.D.P. pour établir une ordonnance permanente doit être approuvé par le Conseil d'administration de l'établissement qui emploie les personnes habilitées. »[74]

Pour ce qui est de l'ordonnance individuelle, elle constitue la majorité des interventions dans le monde médical. Pourtant, l'infirmière «appelée à poser des actes médicaux sous ordonnance individuelle (sous prescription médicale pour un patient en particulier) »[75] n'exécute pas un acte délégué au sens du règlement, même si toutes les conditions de compétence, de prescription et d'acceptation par le Bureau du Collège des médecins sont remplies.

Le règlement prévoit aussi l'adoption de protocoles décrivant la procédure à suivre lors de l'accomplissement d'un acte délégué[76]. Les normes de surveillance à appliquer y sont prévues. Ainsi, une surveillance immédiate exige la présence physique d'un médecin auprès du bénéficiaire lors de l'exécution de l'acte[77]. La surveillance sur place exige la disponibilité d'un médecin présent dans l'immeuble où est exécuté l'acte, en vue d'une intervention dans un court délai, si nécessaire[78]. La surveillance à distance signifie que le médecin doit être disponible dans un délai raisonnable[79]. L'objectif visé est l'intervention d'un médecin en cas de complications[80].

La délégation d'actes tient compte des interrelations entre les différents intervenants de la santé. Elle est un ajustement du système aux monopoles d'exercice qui tendent à compartimenter les interventions auprès du public alors que la réalité est tout autre[81].

Le législateur semble avoir compris les difficultés rencontrées dans les milieux de soins car il a entrepris de mieux décrire et d'élargir les activités réservées aux infirmières dans son *Projet de loi no 90 – Loi modifiant le Code des professions et*

---

[74] J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 96; *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, précité, note 1, art. 1.01 b) et d).
[75] COMITÉ DE TRAVAIL CONJOINT SUR LES ACTES AUTORISÉS, *op. cit.*, note 73.
[76] *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins,* précité, note 1, art. 1.01 j).
[77] *Id.*, art. 1.01 k).
[78] *Id.*, art. 1.01 l).
[79] *Id.*, art. 1.01 m).
[80] J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 97; N. LAJOIE et C. SIMARD, *op. cit.*, note 66, p. 137.
[81] J.-S. DOYON, *op. cit.*, note 63, p. 181.

d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé[82]. Ce projet de loi n'est pas encore en vigueur mais il a été sanctionné le 14 juin 2002. Il vient modifier la *loi sur les infirmières et les infirmiers* et la *loi médicale* pour préciser les fonctions infirmières et permettre à certaines infirmières ayant les compétences requises d'exécuter des tâches appartenant à la médecine.

Les premiers changements affectent l'ensemble de la profession infirmière car l'article 36 a été refondu afin de mieux refléter la prestation de services rendus par l'infirmière alors que l'article 37 est abrogé. Le nouvel article 36 se lit comme suit :

> 36. L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.
>
> Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier :
> 1° évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ;
> 2° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier ;
> 3° initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance ;
> 4° initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (2001, chapitre 60) ;
> 5° effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance ;
> 6° effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance ;
> 7° déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent ;
> 8° appliquer des techniques invasives ;
> 9° contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal ;
> 10° effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes ;
> 11° administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ;
> 12° procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ;
> 13° mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance ;
> 14° décider de l'utilisation des mesures de contention.[83]

Ces activités peuvent donc être posées par l'infirmière praticienne car elles constituent l'exercice infirmier.

Le *projet de loi no 90* va toutefois plus loin en autorisant les infirmières praticiennes à exécuter des actes médicaux par l'ajout de l'article 36.1 à la *loi sur les infirmières et les infirmiers* qui habilite certaines infirmières à prescrire et à utiliser des

---

[82] Précité, note 33 (ci-après appelé *Projet de loi no 90*).
[83] *Id.*, art. 12.

examens et techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice, à prescrire des médicaments et d'autres substances ou des traitements médicaux et à appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice[84]. Ces activités doivent être effectuées sous la surveillance d'un médecin comme le précise le dernier paragraphe de l'article 19 de ce projet de loi qui ne mentionne pas l'intensité de celle-ci. Le degré de contrôle demeure donc à la discrétion du médecin en charge du patient et celui-ci doit aviser le Bureau du Collège des médecins des conditions d'application locales des interventions déléguées à l'infirmière praticienne[85]. De plus, l'alinéa 8° du nouvel article 31 de la *loi médicale* réaffirme la responsabilité du médecin traitant quant à la surveillance clinique de la condition des patients dont l'état de santé présente des risques[86].

Les modifications apportées à la *loi sur les services de santé et les services sociaux*[87] découlant du *projet de loi no 90* engage l'établissement de santé à collaborer à la surveillance des activités supplémentaires permises aux infirmières praticiennes[88]. L'institution doit aussi voir à l'élaboration des règles de soins médicaux et des conditions entourant la prescription et l'utilisation des médicaments par les infirmières praticiennes[89]. De plus, le directeur des soins infirmiers doit s'assurer de la compétence des infirmières habilitées à exécuter des fonctions élargies[90]. Le développement et l'instauration des protocoles de soins demeurent la responsabilité du C.M.D.P. et donc de l'établissement de soins[91]. À la lumière de ces articles, il appert qu'une partie du rôle d'infirmière praticienne consiste en une délégation supplémentaire d'activités réservées au médecin qui la confine dans une position de subordination . Sa pratique hybride la soumet à la fois au contrôle médical et à l'organisation hospitalière.

Le système de santé ontarien fonctionne différemment du système québécois en ce que la pratique à risque fait l'objet d'autorisation. En effet, le législateur a élaboré une série d'actes qui requièrent des conditions particulières ou une expertise spécifique lors de leur exécution. Ces treize actes qui font l'objet de réserve sont énumérés à l'article

---

[84] *Id.*
[85] *Id.*, art. 19, par 1.
[86] *Id.*
[87] L.R.Q., c. S-4.2.
[88] *Id.*, art. 24, al. 1.
[89] *Id.*, art. 26, al. 2.1.
[90] *Id.*, art. 27.
[91] *Id.*, art. 25.

27(2) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*[92]. Seules les professions étant considérées comme autonomes et démontrant un degré de connaissances et d'habiletés acceptables peuvent obtenir l'autorisation d'exercer une partie ou une majorité des activités visées dans cette loi. Le législateur a voulu ainsi tenir compte du savoir et de la compétence des professionnels afin d'assurer la protection du public qui demeure l'objectif central de cette législation :

> « *The ultimate objective of the Ontario legislation is to protect the public interests in health care. One of the means of achieving this aim is to establish parity among the various professions involved in the health care system (...).* »[93]

De plus, le fait de limiter les actes et non les champs de pratique évite les conflits découlant des chevauchements inévitables qu'occasionnent les champs d'exercice exclusif et minimise les rivalités interprofessionnelles. L'harmonie des rapports et les méthodes de contrôle indirect découlant de cette parité entre professionnels favorisent la promotion des intérêts du public. L'autorisation d'actes permet aussi une meilleure utilisation des professionnels du monde de la santé en facilitant l'interchangeabilité des dispensateurs de soins dans les situations moins critiques. Le législateur a également choisi de conserver l'utilisation de titres réservés pour permettre au public de reconnaître les intervenants qui sont aptes à les soigner.

Ce ne sont donc pas les médecins ici qui délèguent certaines activités aux infirmières praticiennes mais le législateur qui leur confère les droits de communiquer un diagnostic, d'ordonner des tests diagnostiques et de prescrire certaines médications comprises dans la réglementation[94]. En élargissant le champ d'exercice des infirmières, le législateur a évalué les besoins du public et les a placées devant les intérêts des corporations professionnelles[95]. Le fait de reconnaître ouvertement cette pratique avancée a permis de développer des standards de qualité et de contrôler plus efficacement la compétence des infirmières praticiennes[96]. Celles-ci détiennent une position stratégique en tant que lien entre le patient et les différents intervenants de la santé, ce qui

---

[92] *Regulated Health Professions Act*, S.O. 1991, c. 18.
[93] Elizabeth MASSEY, « By Her Own Authority: The Scope of Midwifery Practice Under the Ontario Midwifery Act, 1991 », (1993) 31: 2 *Alberta Law Review* 349, p. 394.
[94] *Loi de 1991 sur les infirmières et les infirmiers*, précitée, note 21, art. 5.1.
[95] Linda S. BOHNEN, « In Defense of the Health Professions Legislation Review », (1989) 10 *Health Law in Canada* 163, p.167.
[96] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERES DU QUÉBEC, *Le système professionnel québécois de l'an 2000 – L'adaptation des domaines d'exercice et du système à la réalité du XXI^e siècle*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1997, p.16.

leur permet d'alléger le système en établissant des ordres de priorités qui tiennent compte des besoins réels de la population. La législation ontarienne reconnaît l'importance de rapports plus souples et égalitaires entre professionnels.

L'infirmière praticienne ontarienne se retrouve ainsi dans une position plus autonome[97] que sa collègue québécoise. Sa pratique découle de la *loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* qui l'autorise à exécuter les actes suivants énumérés à l'article 4:

> 4. Dans l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier, un membre est autorisé, sous réserve des conditions et restrictions dont est assorti son certificat d'inscription, à accomplir les actes suivants :
>
> 1. Pratiquer les interventions prescrites sous le derme ou sous les muqueuses.
> 2. Administrer des substances par voie d'injection ou d'inhalation.
> 3. Introduire un instrument, une main ou un doigt :
>
> i. au-delà du conduit auditif externe,
> ii. au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales,
> iii. au-delà du larynx,
> iv. au-delà du méat urinaire,
> v. au-delà des grandes lèvres,
> vi. au-delà de la marge de l'anus,
> vii. dans une ouverture artificielle dans le corps.

Ces activités découlent du rôle infirmier et peuvent donc être effectuées par tous les membres de la profession infirmière à la condition qu'elles soient ordonnées soit par un médecin, une infirmière praticienne, un dentiste, un podologue ou une sage-femme[98]. Le législateur reconnaît ainsi la différence de formation entre une infirmière et l'infirmière praticienne. De plus, l'ajout de l'article 5.1 permet la réelle distinction de l'exercice de l'infirmière praticienne car le Législateur y inclut quatre actes supplémentaires :

> Actes autorisés accomplis par certaines infirmières autorisées ou certains infirmiers autorisés
>
> 5.1 (1) Dans l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier, le membre qui est une infirmière autorisée ou un infirmier autorisée et qui est titulaire d'un certificat d'inscription supérieur est autorisé, sous réserve des conditions et restrictions dont est assorti son certificat d'inscription, à accomplir les actes suivants en plus de ceux qu'il est autorisé à accomplir en vertu de l'article 4 :
>
> 1. Communiquer à un patient ou à son représentant le diagnostic qu'il a posé et qui attribue les symptômes que présente le patient à une maladie ou à des troubles qui peuvent être identifiés d'après l'un ou l'autre des éléments suivants :
>
> i. les antécédents en matière de santé du patient,
> ii. les constatations faites lors d'un examen de santé complet,
> iii. les résultats de tous les tests de laboratoire ou autres tests et investigations que le membre est autorisé à ordonner ou à effectuer.
>
> 2. Ordonner l'application d'une forme d'énergie prescrite par les règlements pris en application de la présente loi.
> 3. Prescrire les médicaments désignés dans les règlements.

---

[97] L'annexe 1 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (L.O. 1991, c. 18) cite la profession infirmière comme une profession autonome.

[98] *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*, précitée, note 21, art. 5.

4. Administrer, par voie d'injection ou d'inhalation, les médicaments qu'il peut prescrire en vertu de la disposition 3.

Consultation
(2) Le membre n'est autorisé à communiquer un diagnostic en vertu de la disposition 1 du paragraphe (1) que s'il s'est conformé aux normes d'exercice prescrites concernant la consultation des membres d'autres professions de la santé.

Ainsi, l'infirmière praticienne doit collaborer avec un médecin pour vérifier si le diagnostic établi est pertinent. Une fois cette étape accomplie, son rôle devient plus autonome car c'est la loi qui délimite sa pratique. Tout comme les autres professionnels, elle doit toutefois se conformer aux normes établies par les milieux de soins.

L'infirmière praticienne doit connaître les lois qui encadrent ses activités professionnelles mais elle doit aussi agir en professionnelle responsable et pour y arriver, elle doit comprendre les règles de responsabilité civile et ses obligations envers le patient.

II. Les notions juridiques de la responsabilité civile applicable à la profession d'infirmière praticienne au Québec et en Ontario

La responsabilité civile de l'infirmière praticienne s'inscrit dans le cadre plus large qu'est la responsabilité civile générale[99]. En effet, les principes émis par le législateur s'appliquent autant aux relations entre individus qu'aux interactions entre les professionnels de la santé et leurs patients. Ces normes ont pour but la protection du public et visent avant tout la compensation d'un dommage par celui qui en est la cause[100]. L'infirmière praticienne doit donc agir de manière à ne pas nuire à autrui et si, dans l'exécution de ses fonctions, une faute de sa part cause un préjudice corporel, moral ou matériel, elle sera tenue de le réparer[101]. C'est en effet, ce que stipule l'article 1457 du *Code Civil du Québec*[102]. Ainsi, l'infirmière praticienne, tout comme le médecin, doit répondre des conséquences de ses interventions thérapeutiques. Pour ce faire, elle doit connaître les principes de la responsabilité civile découlant de la législation et de la jurisprudence mais aussi, ses obligations professionnelles envers le patient.

---

[99] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILLIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, p. 7; Jean-Louis BAUDOUIN et Patrice DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, 5e éd., Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1998, n° 1415, p. 846; Alain BERNARDOT, « La responsabilité civile de l'infirmière » , (1972) 3 *R.D.U.S.* 1, p.5.
[100] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, p.3.
[101] John Joseph MORRIS, Margot J. FERGUSON et Mary Jane DYKEMAN, *Canadian Nurses and the* Law, 2e ed., Toronto, Butterworths, 1999, p. 152
[102] L.Q., 1991, c. 64, art. 1457.

1. Les éléments de responsabilité civile : La faute, le préjudice, le lien de causalité et le fardeau de la preuve

Les poursuites en responsabilité civile permettent à l'individu de réclamer une compensation lorsqu'il subit un préjudice à la suite d'une faute commise par un tiers[103], que celui-ci soit professionnel ou non. Cependant, pour qu'un recours puissent être accueilli, la demande doit établir à la satisfaction du Tribunal, selon une prépondérance des probabilités que le dommage découle effectivement de l'action fautive donc qu'il existe un lien de causalité entre les deux[104]. De plus, c'est à la personne lésée que revient le fardeau de prouver la présence de ces trois éléments.

a) La faute

La faute réfère soit à l'accomplissement soit à l'omission d'une intervention[105]. Ainsi, l'inexécution d'une obligation de l'infirmière praticienne constitue une faute tout autant qu'un comportement déficient. Une action ne sera toutefois reconnue comme fautive que si elle constitue une violation aux règles de l'art admises par le corps professionnel[106] et qu'elle est jusqu'à un certain point prévisible[107]. Pour apprécier la conduite de l'infirmière praticienne, les magistrats doivent comparer le comportement de celle-ci avec celui qu'aurait eu dans les mêmes circonstances de temps et de lieu, une professionnelle de la même spécialité, compétente, diligente, consciencieuse et habile[108]; c'est-à-dire l'infirmière praticienne raisonnable respectant les normes et les exigences de sa pratique[109]. Ceci permet d'évaluer objectivement l'acte reproché et constitue un des critères de la faute retenus par la Cour comme le démontrent les propos de l'honorable juge Letarte :

---

[103] J. J. MORRIS, M. J. FERGUSON et M. J DYKEMAN, *op. cit.*, note 101, p. 156.
[104] *Hôpital général de la Région de l'Amiante c. Perron,* [1979] C.A. 567, p. 574; *Laferrière c. Lawson*, [1991] 1 R.C.S. 541.
[105] *Id.*
[106] D. BLONDEAU et M. HÉBERT, *op. cit.*, note 3, p. 125.
[107] J. J. MORRIS, M. J. FERGUSON et M. J DYKEMAN, *op. cit.*, note 101, p. 154; J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, p. 113, n° 153.
[108] A. BERNARDOT, *loc. cit.*, note 99, p. 10; P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, p. 48, n° 66.
[109] D. BLONDEAU et M. HÉBERT, *op. cit.*, note 3, p. 125; E. I. PICARD et G.B ROBERTSON, *op. cit.*, note 38, p. 184.

> « 8) La faute s'apprécie selon un critère objectif abstrait en relation avec la notion du bon père de famille applicable à un autre spécialiste agissant dans des circonstances semblables. »[110]

Les tribunaux ontariens utilisent aussi cette appréciation *in abstracto*[111]. En effet, l'infirmière praticienne est tenue de dispenser des soins de la même manière qu'une infirmière praticienne raisonnable d'un niveau d'expérience et de qualification similaire fournirait dans des circonstances analogues[112]. De plus, qu'elle exerce au Québec ou en Ontario, l'infirmière praticienne n'est tenue qu'à une obligation de moyens à l'instar de tous les médecins et les infirmières[113]. Ainsi, une maladresse qu'une infirmière praticienne prudente et diligente aurait pu commettre tout comme la constatation d'un fait imprévisible n'engagera pas la responsabilité de celle-ci[114]. De plus, l'erreur de jugement qui découle d'une condition inhérente du patient doit être distinguée d'une dérogation aux règles de l'art[115]. En effet, selon la Cour suprême du Canada, « les professionnels de la Santé ne devraient pas être tenus responsables de simples erreurs de jugement, qui sont distinctes de la faute professionnelle »[116]. Il n'est donc pas surprenant que l'Ontario admette aussi cette distinction. La Cour d'appel de l'Ontario, dans les propos qui suivent, donne un exemple concret d'une erreur de jugement :

> « *We are of opinion that viewed in the most unfavourable light the action of Nurse Attard was no more than an error in judgment. The placing of blocks under one end of a bed was not an unusual occurrence in a hospital and was not a task of such magnitude that it should not have been attempted by her and her nursing associate without the aid of an orderly. Her failure to properly assess the various factors such as the weight of the patient and the capacity of Nurse Sabanal does not constitute negligence in law. However, even if such failure did amount to negligence, than the next question which arises is whether the injury which resulted was foreseeable or whether it was too remote. In our view, the injury was not reasonably foreseeable. This was a common, everyday occurrence, completely devoid of any inherent danger and the particular susceptibility of*

---

[110] *Gravel c. Hôtel Dieu d'Amos,* [1984] C.S. 792, p. 817.
[111] J. J. MORRIS, M. J. FERGUSON et M. J. DYKEMAN, *op. cit.*, note 101, p. 153; *MacDonald v. York County Hospital Corp.*, [1972] 3 O.R. 469 (Ont. H.C.), p. 478; [1973] 41 D.L.R. (3d) 321 (Ont. C.A.).
[112] *Dowey v. Rothwell*, [1974] 5 W.W.R. 311, 49 D.L.R. (3d) 82 (Alta. S.C.).
[113] *Hôpital générale de la Région de l'Amiante c. Perron,* précité, note 104, p. 574-575; *Gent and Gent v. Wilson,* [1956] O.R. 257 (C.A.), p. 265; *Villemure c. Turcot*, [1973] R.C.S. 716, p. 719; *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351, p. 356; *Côté c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1987] R.J.Q. 723 (C.A.); *Vigneault c. Mathieu*, [1991] R.J.Q. 1607 (C.A.); J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, p. 850, n° 1419; Alain BERNARDOT ET Robert P. KHOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Édition Revue de Droit, Université de Sherbrooke, 1980, p. 11.
[114] *Elverson v Doctors Hospital et al.,* [1975] 4 O.R. (2d) 748 (C.A.); *Sister of St-Joseph of Diocese of London (Ontario) v. Fleming*, [1938] S.C.R. 172.
[115] *Elverson v Doctors Hospital et al.*, précité, note 114.
[116] *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, précité, note 113, p. 363.

the plaintiff was beyond any range of normal expectancy or of reasonable foresight on the part of the nurse, C. Attard...»[117]

L'intervenant en santé est souvent confronté à de multiples variables qu'il ne peut pas toujours prévoir mais qui affectent la réaction du patient aux différentes thérapies. Le droit a donc introduit la notion d'erreur non fautive afin de prendre en considération les aléas de la médecine du fait que celle-ci n'est pas une science exacte et que le professionnel n'est pas tenu à une obligation de résultat[118]. L'honorable juge Taschereau explique bien cette réalité de la vie professionnelle :

> « Il arrive nécessairement des cas où, malgré l'exercice de la plus grande vigilance, des accidents surviennent et dont personne ne doit être tenu responsable. Le médecin n'est pas un garant de l'opération qu'il fait ou des soins qu'il procure. S'il déploie une science normale, s'il donne les soins médicaux que donnerait un médecin compétent dans des conditions identiques, s'il prépare son patient avant l'intervention suivant les règles de l'art, il sera difficilement recherché en dommages, si par hasard un accident se produit. Pas plus pour le médecin que pour les autres professionnels, avocats, ingénieurs, architectes, etc., le standard de perfection est l'exigence de la loi. Il faut nécessairement tenir compte des accidents, des impondérables, de tout ce qui est prévisible et de tout ce qui ne l'est pas. »[119]

La faute comporte un certain degré de négligence sans laquelle les conséquences néfastes ne seraient pas survenues.

La même faute peut être analysée soit du point de vue contractuelle ou délictuelle. Toutefois, cet élément causal de dommage s'évalue selon des critères identiques quelle que soit son étiologie comme l'explique la Cour d'appel dans *Hôpital Général de la Région de l'Amiante c. Perron* :

> « Dans le cas sous étude en particulier, la plupart du temps, en règle générale, que l'on se place sous le régime de la responsabilité délictuelle ou sous le régime de la responsabilité contractuelle, l'acte reproché et dommageable sera le même, et l'on n'appliquera pas des critères différents pour le juger. C'est une faute de ne pas exécuter les obligations auxquelles ont est tenu par contrat et c'est une faute que d'omettre ce qu'un devoir légal nous ordonne ou de commettre ce qu'il défend. » [120]

Donc, la faute s'apprécie toujours *in abstracto*[121]. Ce qui signifie de comparer l'activité de l'infirmière praticienne à la pratique couramment utilisée[122]. Il est peu probable dans la plupart des cas, que l'infirmière praticienne adopte des comportements complètement

---

[117] *Elverson v. Doctors Hospital et al,* précité, note 114, 749; voir aussi *: Williams (Litigation Guardian of) v. North York General Hospital*, [1993] O.J. 1721(Ont. C.J. Gen. Div.), p. 9.
[118] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, p. 856, n° 1426.
[119] *Cardin c. Cité de Montréal*, [1961] R.C.S. 655, p. 658.
[120] *Hôpital général de la Région de l'Amiante c.* Perron, précité, note 104, p. 574.
[121] *Id.*
[122] *Ryssok c Hôpital Royal Victoria*, [1995] no 500-05-013760-887, A.Q. No. 1606 (C.S.), par. 69 (Q.L.); E. I. PICARD et G. B. ROBERTSON, *op. cit.*, note 38, p.186.

différents d'un de ses paires, à moins d'inexpérience ou d'incompétence. Les tribunaux se fient à ce que chaque professionnel agisse avec bon sens et logique[123]. Par exemple, lorsqu'une patiente allègue que l'infirmière lui a donné une injection en se couchant pratiquement sur elle et en déplaçant le médecin qui manipulait son membre blessé, le juge lui demandera de fournir des éléments précis et concordants pour prouver ces faits et optera pour la thèse la plus sensée[124]. Quelle que soit la faute, la prépondérance de preuve est nécessaire pour engager la responsabilité de l'infirmière praticienne qu'elle exerce au Québec ou en Ontario[125].

L'infirmière praticienne peut engager sa responsabilité dans différentes circonstances. Le manque de supervision du patient[126], le défaut d'administrer des soins appropriés[127], une mauvaise évaluation des priorités de traitements[128], une non-conformité aux règles de l'art[129] et l'addition d'un pansement masquant une hémorragie sans prendre les mesures nécessaires pour y remédier[130] constituent des erreurs fautives du personnel infirmier. Ce sont des comportements qui ne sont en fait acceptés d'aucun des professionnels de la santé[131]. L'hôpital qui garde à son service une infirmière praticienne incompétente[132] et une infirmière praticienne qui laisse un patient dans une situation dangereuse[133] commettent aussi une faute au sens de la loi. De plus, l'établissement de soins qui émet des protocoles défiant les particularités de la loi engage

---

[123] *Ryssok c. Hôpital Royal Victoria,* précité, note 122, par. 69

[124] *Id.; Joseph Brant Memorial Hospital v. Koziol,* [1978] 1 S.C.R. 491, p. 497; *Murray-Vaillancourt c. Clairoux*, [1989] R.R.A. 762 (C.S.), p. 774.

[125] *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, [1996] O. J. no 2129 (Ont. C.J. Gen.Div.) (Q.L.), par. 30; *Gravel c. Hôtel-Dieu* d'Amos, précité, note 110, p. 817; *Hôpital général de la Région de l'Amiante c. Perron*, précité, note 104, p.575; *Laferrière c. Lawson*, précité, note 104; *Murray-Vaillancourt c. Clairoux*, précité, note 124, p. 774.

[126] *Joseph Brant Memorial Hospital v. Koziol,* précité, note 124; *Labrecque c. Hôpital du Saint-Sacrement*, [1995] R.R.A. 510 (C.S.), [1997] R.J.Q. 69 (C.A.).

[127] *Id.*

[128] *Martin v. Listowel Memorial Hospital*, [1998] O.J. no 3126 (Ont. C.J. Gen. Div.).

[129] *Id.*

[130] *Liberman c. Tabah*, [1986] R.J.Q. 1333 (C.S.); [1990] R.J.Q. 1230 (C.A.).

[131] *Id.*; *Hôpital général de la Région de l'Amiante c. Perron*, précité, note 104, p.573; *Ostiguy c. Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal*, [1999] R.R.A. 168 (C.S.); *Boies c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1980] C.S. 596; *Côté c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1982] C.S. 906, [1987] R.J.Q. 723 (C.A.); *Drolet c. Parenteau*, [1991] R.J.Q. 2956 (C.S.), [1994] R.J.Q. 689 (C.A); *Desormeaux c. Centre Hospitalier St-Mary*, [1992] R.R.A. 516 (C.S.); *Saint-Jean c. Mercier*, [1999] R.J.Q. 1658 (C.A.) ; *Covet c. Jewish General Hospital*, [1976] C.S. 1390; *Joseph Brant Memorial Hospital v. Koziol,* précité, note 124; Francine DROUIN-BARAKETT et Pierre-Gabriel JOBIN, « La faute collective dans l'équipe de professionnels », (1978) 56 *R. du B. Can.* 49; *Vail v. MacDonald*, [1976] 2 R.C.S. 825; *Williams (Litigation Guardian of) v. North York General Hospital*, précité, note 117.

[132] *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, précité, note 125.

[133] *Id.*

sa responsabilité tout autant que le professionnel qui accepte d'appliquer la procédure non-conforme émise par l'établissement. C'est ce qui est arrivé dans *Filion v. Hôpital Ste-Justine et Magnan*[134]. Ces propos de M. Le juge Lamarre démontrent bien la position des tribunaux dans ces circonstances :

> « La Cour est d'opinion, en plus, que la réglementation de l'hôpital défenderesse, de laisser les infirmières, avec expérience si on le veut, faire des veni-punctures, dans tous les cas, aux endroits qu'elles choisissent, est une pratique dangereuse et constitue de sa part une imprudence qui entraîne responsabilité. »[135]

La difficulté dans l'appréciation de la faute commise par l'infirmière praticienne réside dans le fait que celle-ci exerce parfois des activités relevant du champ restrictif de la médecine alors qu'à d'autres moments, ces fonctions appartiennent au domaine infirmier. Il importe donc de préciser à quelle discipline professionnelle correspond l'acte fautif pour pouvoir le comparer au comportement espéré du professionnel diligent et consciencieux de la pratique concernée lors du geste fautif[136]. Le critère *in concreto* permet de solutionner ce problème car il prend en considération les particularités de la situation. Ainsi, l'examen des conditions spécifiques au moment de la faute rend possible la délimitation de l'exercice professionnel et les magistrats n'auront qu'à évaluer si la conduite déficiente appartient à la médecine ou aux sciences infirmières. Une fois cette étape franchie, il ne reste plus qu'à revenir au critère *in abstracto* et apprécier si l'infirmière praticienne a bien agi selon les règles de l'art de la discipline concernée. Les auteurs Alain Bernardot et Robert P. Khouri en expliquent les raisons :

> « Ce qui importe n'est pas la personne ayant accompli l'acte médical fautif, mais l'acte lui-même. (…) Il paraît logique d'exiger de toute personne administrant un soin médical, une telle compétence. Il en va non seulement de l'intérêt des patients mais aussi de la médecine. Sinon ce serait laisser la porte ouverte à tous les abus. »[137]

La jurisprudence vient confirmer ce principe. En effet, dans *Filion v. Hôpital Ste-Justine et Magnan*[138], la technique utilisée par l'infirmière pour faire une ponction de la veine fémorale est comparée à la procédure normalement utilisée par le corps médical. Les protocoles de soins approuvés par le C.M.D.P. qui constituent des outils de travail pour

---

[134] Cour Supérieure, district de Montréal, no 500-05-521137-66, 28 février 1966; confirmé en Cour d'appel, Montréal, no 500-09-009371-68, 30 décembre 1968.
[135] *Id.*, p. 12.
[136] Caroline SIMARD, « La responsabilité civile pour la faute de la sage-femme : Des projets-pilotes à la légalisation », (2001) 32 *R.D.U.S.* 59, p. 93.
[137] A. BERNARDOT et R. P. KHOURI, *op. cit.*, note 113, p. 266, n° 406.
[138] Précité, note 134.

l'infirmière praticienne peuvent servir à orienter les tribunaux pour établir si les normes de pratique ont été respectées.

Une seule décision implique une infirmière praticienne mais elle ne peut être utilisée qu'à titre informatif vu sa provenance américaine. Dans *Fein v. Permanente Medical Group*[139], la Cour suprême de la Californie a conclu que la conduite de l'infirmière praticienne devait satisfaire les standards de pratique de l'infirmière praticienne raisonnable et prudente travaillant sous supervision médicale et non répondre au degré de savoir et d'expertise requis pour un médecin ou un chirurgien[140]. L'infirmière praticienne en cause exerçait en collaboration avec le médecin en charge et discutait avec lui les résultats de son évaluation de l'état du patient et les différents diagnostics possibles. Elle prescrivait ensuite la médication suggérée par ce médecin. Le patient ayant vu un médecin quelques heures plus tard qui lui aussi n'avait pu diagnostiquer son problème cardiaque malgré l'augmentation des symptômes, le jury ne pouvait raisonnablement trouver l'infirmière praticienne négligente, même en comparant sa conduite à celle du médecin prudent et diligent, sans reconnaître également le second médecin fautif[141].

La détermination de la faute au Québec et en Ontario découle donc de la comparaison entre l'activité de l'infirmière praticienne évaluée et celle de la professionnelle compétente et diligente. « La faute de l'infirmière consiste dans la violation d'une obligation contractuelle ou délictuelle, de prudence et de diligence. »[142]

La faute peut provoquer des conséquences néfastes pour le patient et ce sont celles-ci qui le pousseront à faire appel aux tribunaux pour y chercher une certaine réparation. Malheureusement, les séquelles d'une intervention fautive laissent souvent le patient dans des conditions qui ne peuvent être complètement corrigées. La compensation d'une faute n'a pas pour effet de ramener le patient à son état initial, ce qui serait impossible dans la majorité des cas, mais d'alléger la situation dans laquelle il se retrouve. Une faute sans préjudice ne peut engendrer de recours civil mais elle donne la possibilité de déposer une plainte disciplinaire[143]. Le professionnel est ainsi

---

[139] [1985] 211 California Reporter (38 Cal. 3d. 137) 368 (California Supreme Court).
[140] *Id.*, p. 377.
[141] *Id.*, p. 378.
[142] A. BERNARDOT, *op. cit.*, note 99, p. 13.
[143] Louise HARDY, *Monitoring fœtal et responsabilité de l'infirmière*, essai pour l'obtention de la maîtrise en droit de la santé, Sherbrooke, Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, mai 2002, p. 36.

susceptible de faire l'objet de sanction disciplinaire et d'être appelé, entre autres, à suivre une formation supplémentaire pour améliorer sa pratique[144].

b) Le préjudice

Le deuxième élément indispensable à une poursuite en responsabilité est le préjudice car c'est la compensation de celui-ci qui est visée[145]. Ainsi, une faute non causale de dommage ne donne pas droit à une indemnisation[146]. Pour donner lieu à un dédommagement, le préjudice doit posséder des caractéristiques particulières. Le *Code civil du Québec* à l'article 1607 en fixe les critères. Il doit à prime abord être une suite immédiate et directe de la faute. Le Tribunal devra donc différencier ce qui découle effectivement de la conduite déficiente des conséquences résultant de la maladie[147]. Par exemple, dans l'affaire *Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*[148], la Cour a dû faire la distinction entre le dommage causé par la chute ayant provoqué une fracture du poignet et le préjudice relevant du transfert d'un hôpital à l'autre dont la responsabilité incombe à l'établissement de santé.

La perte encourue, qu'elle soit physique, morale ou pécuniaire, doit être réelle et personnelle[149]. De plus, la gravité de l'action fautive sera considérée et c'est l'erreur plus sérieuse qui sera retenue[150]. Dans l'affaire *Liberman c. Tabah*[151], la Cour d'appel a jugé que c'était l'hôpital qui devait assumer la responsabilité du préjudice car les séquelles des fautes commises par le personnel hospitalier étaient plus graves que celles découlant de l'acte chirurgical.

Pour évaluer le montant de la réparation, le législateur tient compte, à l'article 1611 du *Code Civil*, des déficits actuels et futurs. Toutefois, le patient ne pourra demander la compensation d'un préjudice qui ne peut être évalué ou qui aurait pu se

---

[144] D. BLONDEAU et M. HÉBERT, *op. cit.*, note 3, p. 123.
[145] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, p. 153, n° 213; J. J. MORRIS, M. J. FERGUSON et M. J. DYKEMAN, *op. cit.*, note 101, p. 156; E. I. PICARD et G. B. ROBERTSON, *op. cit.*, note 38, p. 210.
[146] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, p.59; J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, p. 153, n° 213.
[147] *Murray-Vaillancourt c. Clairoux*, précité, note 124.
[148] [2000] R.J.Q. 2110 (C.Q.).
[149] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, pp. 155 et s., n^{os} 218 et s.
[150] *Liberman c.* Tabah, précité, note 130, p. 8.
[151] *Id.*

produire[152]. Par exemple, un étudiant ne pourrait réclamer la perte d'une clientèle qu'il aurait pu avoir si le dommage ne s'était pas produit[153]. L'article 1627 du *Code civil* ouvre aussi la porte à des sanctions monétaires punitives ou exemplaires suffisantes pour prévenir les abus.

En plus du *Code Civil*, l'article 49 de la *Charte des droits et libertés de la personne*[154] consacre le droit de l'individu ayant subi une atteinte illicite à ses droits et libertés d'obtenir la réparation du préjudice moral ou matériel en résultant. Une violation de l'intégrité et de la dignité de la personne, un manquement au secret professionnel et une intrusion dans la vie privée peuvent entraîner une compensation de la part de celui qui en est la cause. Le législateur y entérine aussi l'attribution de dommages exemplaires par les tribunaux lorsque la faute est intentionnelle et prohibée[155].

Toutefois, la victime d'un préjudice doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour minimiser le déficit subi. En cas d'un refus déraisonnable et arbitraire de sa part d'entreprendre un traitement servant à limiter son atteinte, le tribunal devra évaluer le coût de ce choix et le diminuer du montant alloué pour compenser le dommage[156]. Les efforts effectués pour réduire les répercussions de l'acte fautif ne doivent cependant pas constituer un fardeau excessif ou une atteinte aux convictions morales de la personne lésée[157].

Selon l'honorable juge Ivan Bisaillon dans l'affaire *Covet c. Jewish General Hospital*[158], la réclamation du préjudice doit se limiter à l'atteinte réellement ressentie par la personne depuis le moment de la blessure jusqu'à sa mort. Lorsque le patient lésé demeure inconscient suite à l'erreur fautive, la Cour suprême considère qu'il ne peut avoir souffert personnellement du tort qui lui a été fait[159]. « La malheureuse victime n'ayant pu elle-même apprécier son degré d'infortune, la Cour peut encore moins l'évaluer et le compenser par une indemnité. »[160] Les héritiers ne pourront donc pas

---

[152] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, p. 60.
[153] *Id.*
[154] L.R.Q., c. C-12.
[155] *Id.*, art. 49, al. 2.
[156] Art. 1479 *C. c. Q.* ; P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, pp. 67-69; voir également : *Engel c.* Salyn, [1993] 1 R.C.S. 306.
[157] *Suite c. Cooke*, [1993] R.J.Q. 514 (C.S.), [1995] R.J.Q. 2765 (C.A.).
[158] [1976] C.S. 1390, p. 1396.
[159] *Driver c. Coca-Cola Ltd*, [1961] R.C.S. 201.
[160] *Covet c. Jewish General Hospital*, précité, note 158, p. 1396.

réclamer ce montant mais la perte de support et de compagnonnage (*consortium*) sera admise pour le conjoint[161].

L'Ontario accepte aussi ces principes provenant du plus haut Tribunal du pays. En fait, l'étude de la jurisprudence ontarienne révèle que les critères applicables à l'indemnisation des dommages s'évaluent également en fonction de la perte physique, morale et pécuniaire[162]. Dans *Kolesar v. Jeffries*, la Cour tiendra aussi compte de la situation particulière dans laquelle la mort du patient a laissé sa famille[163]. De plus, les tribunaux prennent en considération dans leur évaluation les coûts futurs engendré par le préjudice[164]. Les risques réels et substantiels d'aggravation de l'état du patient seront ajoutés aux dommages-intérêts accordés aux patients à moins qu'ils ne restent qu'au stade de conjecture[165].

L'auteur John J. Morris et ses collaboratrices mentionnent toutefois que le préjudice moral ne sera indemnisé que lorsqu'il s'accompagne d'un dommage physique ou économique[166]. Le patient ne pourrait donc pas réclamer de compensation pour la peine ressentie lors de la perte d'un être cher à moins d'avoir souffert d'une atteinte monétaire ou physique.

Dans l'affaire *Martin c. Listowel Memorial Hospital*[167], l'honorable juge Salhany énumère explicitement les différents éléments qu'il inclut pour calculer le montant servant au dédommagement du préjudice subi. Ainsi, les soins requis en raison des déficiences motrices et psychologiques de la victime, les médicaments et les prothèses nécessaires à son état, le réaménagement de sa demeure, les pertes pécuniaires encourues par la famille et le manque à gagner futur du patient sont considérés comme des frais admissibles. Les dépenses que les parents auraient eu à débourser normalement pour leur enfant ne peuvent cependant pas être réclamées et seront déduites. Des sommes supplémentaires pour les services de garde d'un enfant handicapé sont aussi allouées car ceux-ci découlent de la situation dans laquelle la faute a laissé le patient. Les tribunaux

---

[161] *Id.*
[162] *Martin c. Listowel Memorial Hospital*, précité, note 128, p. 16, (par. 20-75).
[163] *Kolesar v. Jeffries,* [1976] 59 D.L.R. (3d) 367 (Ont. H.C.).
[164] *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, précité, note 125; *Martin c. Listowel Memorial Hospital*, précité, note 128.
[165] *Graham c. Rourke*, [1990] 74 D.L.R. (4th) 1 (Ont. C.A.); *Athey c. Leonati*, [1996] 3 R.C.S. 458.
[166] J. J. MORRIS, M. J. FERGUSON et M. J. DYKEMAN, *op. cit.*, note 101, p. 156; E. I. PICARD et G. B. ROBERTSON, *op. cit.*, note 38.
[167] Précité, note 128, par. 70-118.

seront également sensibles au ressenti et à la frustration du patient face à sa condition physique au point de joindre un supplément pour faciliter la vie du patient[168].

Alors que la faute s'apprécie *in abstracto*, le dommage est évalué *in concreto*[169]. En effet, les tribunaux québécois et ontarien tentent tous deux d'évaluer les dommages en se basant sur la réalité vécue par la victime[170]. Ils doivent apprécier le préjudice en relation avec l'événement qui l'a provoqué.

c) Le lien de causalité

La causalité est l'élément liant la faute au préjudice. Elle donne le sens du recours en responsabilité. En effet, le dommage doit être « la conséquence logique, directe et immédiate de la faute[171]» pour donner lieu à une indemnisation. C'est en effet ce que la Cour suprême confirme dans l'arrêt *Laferrière c. Lawson* :

> « Les règles de la responsabilité civile exigent la preuve de la faute, de la causalité et du préjudice (...) La causalité en droit doit être établie selon la prépondérance des probabilités, compte tenu de toute la preuve, c'est-à-dire la preuve factuelle, la preuve statistique et les présomptions (...). Si après considération de ces facteurs, le juge n'est pas convaincu, d'après son évaluation de la prépondérance des probabilités, que la faute a causé un préjudice réel quelconque, il doit rejeter la demande d'indemnisation. »[172]

L'examen approfondi de toutes les circonstances entourant la manifestation du dommage doit converger vers la négligence du professionnel[173]. Toutefois, lors d'une hospitalisation, plusieurs intervenants agissent auprès du malade et la faute survient souvent suite à un ensemble d'erreurs. La causalité devra à ce moment être partagée solidairement entre les différents responsables[174] ; la faute exacte étant difficile à déterminer[175]. Par contre si la gravité de l'acte posé par le personnel de l'hôpital l'emporte de beaucoup sur la faute du médecin, l'hôpital devra assumer l'entière responsabilité du préjudice[176] pour le fait de ces préposées[177]. C'est ce qui est survenu

---

[168] *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, précité, note 125, par. 138-142.
[169] L. HARDY, *op. cit.*, note 143, p. 36.
[170] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, p. 61, n° 82.
[171] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, p. 349, n° 528.
[172] *Laferrière c. Lawson,* précité, note 104, pp. 608-609.
[173] *Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos*, précitée, note 110, p. 817.
[174] Art. 1478 *C. c. Q.*
[175] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, p. 77, n° 103.
[176] *Liberman c. Tabah*, précité, note 130, p. 8.
[177] Art. 1463 *C. c. Q.*

dans *Liberman c. Tabah* lorsque l'infirmière, voyant un épanchement de sang sur le pansement, renforce celui-ci masquant l'hémorragie en cours[178].

La Cour suprême reconnaît qu'un préjudice puisse survenir à la suite d'une myriade de facteurs mais le défendeur reste responsable de la contribution que sa négligence a apportée à la réalisation du dommage[179]. Il devra assumer sa part « même si son acte est insuffisant à lui seul pour concrétiser le préjudice »[180].

En Ontario, les tribunaux suivent aussi les principes de responsabilité émis par la Cour Suprême dans *Laferrière c. Lawson*[181]. Bien avant cette décision, dans *MacDonald v. York County Hospital*, la Cour d'appel évalue l'implication des intervenants hospitaliers par rapport à la faute commise comme le montre cet extrait :

> « *I agree with the learned trial Judge that symptoms observed that evening were those of change, indeed, serious change; but Dr. Vail was closely cross-examined by counsel for the respondent as to his probable course of conduct had he been notified of the changes which had occurred and, while he said that he would have attended at the hospital and examined the respondent's condition, he was very doubtful that he would have taken any action at that time. While it may be that the nurses were remiss in not calling the doctor and therefore negligent, there is, in view of the doctor's evidence, no reason to believe that the negligence was a contributory cause of the respondent's loss.* »[182]

Le législateur ontarien a aussi cru bon de mettre en loi l'importance d'une relation causale entre la faute et le préjudice dans la « *Negligence Act*[183] ». De plus, cette loi sanctionne le partage de la responsabilité selon la participation des défendeurs[184]. Dans les deux juridictions, la victime doit assumer sa part de responsabilité lorsque son propre fait a contribué à son état. Les tribunaux québécois et ontariens recherchent donc la conséquence logique de la faute en exigeant du demandeur de la prouver.

d) Le fardeau de la preuve

Le patient qui engage une procédure civile a le fardeau de prouver que c'est l'acte fautif de l'infirmière praticienne qui lui a causé préjudice[185]. Il doit faire la

---

[178] *Liberman c. Tabah*, précité, note 130.
[179] *Athey c. Leonati*, précité, note 165.
[180] *Id.*
[181] *Laferrière c. Lawson,* précité, note 104..
[182] [1973] 41 D.L.R. (3d) 321 (Ont. C.A.), p. 339.
[183] L.R.O. 1990, c. N.1.
[184] *Id.*, art. 1.
[185] Art. 2803 *C. c. Q.*

démonstration que l'existence des faits allégués est plus probable que son inexistence[186]. Toutefois, la victime d'un acte hospitalier n'a d'autre choix que de se fier aux témoignages du corps hospitalier; ce qui la défavorise par rapport à la partie adverse[187]. Les tribunaux pour pallier à cette iniquité acceptent donc de renverser le fardeau de preuve lorsqu'un fait dommageable n'aurait pas dû se produire[188]. La Cour d'appel explique :

> « L'on fait une application mitigée de la maxime *res ipsa loquitur*; lorsque se produit un événement dommageable qui dans le cours normal des choses ne devrait pas se produire à moins qu'il n'y ait négligence, le Tribunal peut conclure à une négligence présumée jusqu'à ce que la partie adverse l'ait convaincu qu'elle n'a pas commis de faute. Une fois prouvé que le fait dommageable ne se serait pas produit dans le cours ordinaire de la vie s'il n'y avait pas eu de négligence, il appartiendra à l'hôpital et au médecin de démontrer que ce fait dommageable est survenu sans faute de leur part ou de leurs préposés, ou qu'il ne pouvait être évité par des moyens raisonnables. »[189]

Les tribunaux ontariens, comme par exemple dans les affaires *Look v. Himel*[190] et *Granger v. Ottawa General Hospital*[191], admettent la balance des probabilités dans la majorité des cas et le renversement du fardeau de la preuve dans les cas d'exception. L'application de la règle *res ipsa loquitur* doit donc être limitée au cas particulier où la cause du dommage est inconnue comme le préconise la Cour suprême dans *Sisters of St-Joseph of Diocese of London (Ontario) v. Fleming*[192]. Dans *Look v. Himel*, le juge Rapson spécifie que :

> « *Steps taken to determine causation should be referred to as the drawing of an inference rather than as a reversal of the burden of proof.* »[193]

Il ressort donc de la jurisprudence que le fondement du fardeau de la preuve doit se baser de préférence sur la balance des probabilités.

La responsabilité civile de l'infirmière praticienne adopte les règles de responsabilité générale. Vu l'imprévisibilité du domaine médical, il est plus difficile d'établir une preuve directe des éléments de responsabilité. Ainsi, les tribunaux

---

[186] Art. 2804 *C. c. Q.*
[187] *Hôpital général de la Région de l'Amiante c. Perron*, précité, note 104, p. 575.
[188] *Id.*
[189] *Id.*
[190] *Look (Next friend of) v. Himel,* [1991] O.J. no 1073 (Ont. C.J. Gen. Div.).
[191] *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, précité, note 125.
[192] *MacDonald v. York County Hospital*, précité, note 111; *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, précité, note 125; *Martin c. Listowel Memorial Hospital*, précité, note 128; *Kolesar v. Jeffries*, précité, note 163; *Sister of St-Joseph of Diocese of London (Ontario) v. Fleming*, précité, note 114.
[193] *Look (Next friend of) v. Himel*, précité, note 190, p. 9.

tenteront de maintenir l'équité entre les parties et de rétablir la charge du patient lorsqu'une cause inconnue est causale de préjudice.

Les tribunaux québécois et ontariens, malgré des systèmes en apparence différents, utilisent les mêmes concepts quant à la responsabilité de l'infirmière praticienne. Celle-ci est une professionnelle et, en cette qualité, les mêmes principes de responsabilité s'appliquent autant à elle qu'aux autres professionnels, médecins, résidents, internes et infirmières[194]. La loi lui impose aussi certaines obligations dont elle doit tenir compte dans ses interventions.

2. Les obligations légales de l'infirmière praticienne

L'infirmière praticienne doit agir de manière responsable envers ses patients. Pour ce faire, elle doit connaître les devoirs que lui confère son statut de professionnelle. Le fait de bien comprendre les obligations spécifiques découlant de l'exclusivité de sa pratique lui permet d'évaluer si son comportement est conforme à ce qui est normalement attendu de la part d'une infirmière praticienne qualifiée. Elle sera ainsi en mesure de respecter les normes de conduite applicables à son rôle.

Les occupations de l'infirmière praticienne en milieu hospitalier sont multiples et variées. En effet, ses fonctions l'amènent à pratiquer en pré ou post-opératoire, aux soins intensifs, en néonatalogie, à l'urgence mais aussi dans les cliniques de soins ambulatoires. L'infirmière praticienne a une qualification générale qui lui permet de remplir une multitude d'activités visant la surveillance du patient[195] et l'administration de traitements[196]. Elle possède aussi une formation spécialisée dans un secteur particulier de la santé où elle agit en collaboration avec le médecin traitant[197].

Pour l'Ontario, l'infirmière praticienne assume aussi des responsabilités à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire. Elle doit respecter son champ de compétence et chercher l'appui du médecin faisant partie du groupe professionnel auquel elle appartient lorsque la situation le nécessite[198]. Elle doit aussi obéir aux normes de

---

[194] *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, précité, note 125, par. 26.
[195] *Williams (Litigation Guardian of) v. North York General hospital,* précité, note 117, p.9.
[196] *Hôpital général de la Région de l'Amiante c. Perron*, précité, note 104, p. 582.
[197] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *op. cit.*, note 22, p. 42.
[198] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO, *Normes d'exercice à l'intention des infirmières et infirmiers autorisés de la catégorie spécialisée (Infirmières praticiennes et infirmiers praticiens en soins primaires)*, Toronto, O.I.I.O., mai 1998, pp. 5-6 (disponible sur le site : www.cno.org); NURSE PRACTITIONERS ASSOCIATION OF ONTARIO, *op. cit.*, note 56, p.1; NURSE

pratique émises pour l'ensemble des professionnels de la santé. En effet, les tribunaux ontariens ont des attentes spécifiques envers ceux-ci comme l'explique l'honorable juge Cunningham dans les propos qui suivent :

> « *Nurses are professionals who also possess special skills and knowledge and the same principles apply as in the case of doctors, residents and interns. They have a duty to use those skills in making appropriate assessments of patients and to communicate accurately those assessments to physicians. In this case the nurses were employees of the Ottawa General Hospital and if they breached their duty to exercise appropriate skill and care in making interpretations and communicating information to physicians and damage results, the hospital will be liable.* »[199]

L'infirmière praticienne ontarienne doit donc apprécier adéquatement les informations nécessaires au diagnostic médical suite à une collecte de données et une évaluation de la condition du patient, et juger si elle est apte à répondre à ses besoins. Sinon, elle doit transférer le résultat de ses investigations à un médecin qualifié qui prendra en charge le patient ou la dirigera dans les interventions à entreprendre. Elle a aussi le devoir de prodiguer des soins attentifs et consciencieux comme l'infirmière praticienne québécoise.

L'infirmière praticienne doit, dans le cadre de ses interactions avec le patient, assumer les quatre obligations suivantes : a) L'obligation de renseigner et d'obtenir le consentement, b) L'obligation de suivre le patient, c) L'obligation au secret professionnel et d) L'obligation d'administrer des soins consciencieux et modernes[200].

a) L'obligation de renseigner et d'obtenir le consentement

L'obligation de renseignement se rapporte au traitement, à sa nécessité, aux risques inhérents[201] mais aussi à la participation que l'infirmière praticienne aura dans la prestation de soins auprès du bénéficiaire pour que celui-ci ait la possibilité de consentir ou non à son implication[202]. Le professionnel a en effet l'obligation de respecter le droit du patient à l'inviolabilité de sa personne[203] qui découle de l'article 10 du *Code Civil du Québec*. L'article 11 de ce même *Code* astreint tous les professionnels à obtenir le

---

PRACTIONERS ASSOCIATION OF ONTARIO, *NP Standards : Standards of Practice for Registered Nurses in the Extended Class*, Toronto, Nurse Practitioners Association of Ontario, 2002, p.3 (disponible sur le site : www.npao.org).

[199] *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, précité, note 125, p. 7; voir aussi *De Riggs v. Turnbull,* [1997] O.J. no 4065 (Ont. C.J. Gen. Div.).

[200] A. BERNARDOT, *loc. cit.*, note 99, pp 24-27.

[201] *Murray-Vaillancourt c. Clairoux*, précité, note 124, p. 772.

[202] A. BERNARDOT et R. P. KHOURI, *op. cit.*, note 113, p. 169, n° 250.

[203] *Murray-Vaillancourt c. Clairoux*, précité, note 124, p. 772.

consentement du patient avant de le traiter. De plus, le patient peut retirer son assentiment aux soins à n'importe quel moment de la relation thérapeutique[204]. Le professionnel doit donc expliquer au malade chaque nouvelle intervention et lui permettre ainsi de la refuser[205]. Cette procédure permet en plus de vérifier la compréhension de l'individu face à sa situation de santé et permet de pallier au manque d'information qui limite son entendement. Le devoir de renseigner s'étend à toutes les activités concernant le patient qu'il s'agisse de traitements, de tests ou d'examens[206].

L'information transmise par l'infirmière praticienne déborde du cadre de la pratique usuelle en soins infirmiers. En effet, l'infirmière praticienne doit s'assurer que le patient comprend bien le plan de traitement et a les renseignements pertinents pour prendre une décision éclairée sur la thérapie qui lui est offerte. Alors que l'infirmière au chevet doit limiter ses explications aux interventions qu'elle fait[207], l'infirmière praticienne a un rôle qui lui demande de clarifier pour le patient les particularités et les risques de la cure proposée. Elle doit s'assurer que les détails essentiels à l'exécution des soins soient divulgués au bénéficiaire pour que celui-ci connaisse leur nature exacte et leur raison d'être[208]. Le médecin pourrait aussi lui demander d'assumer une partie de son obligation de renseigner en lui déléguant la tâche de décrire au patient les implications des actes médicaux qu'il lui demande d'effectuer et les différents choix qui se présentent au patient. Toutefois, au Québec, le diagnostic médical reste du ressort du médecin traitant et il ne pourra donc se décharger de cette tâche au profit de l'infirmière praticienne[209]. C'est au médecin que revient l'obligation d'aviser le patient de sa maladie et des conséquences de celle-ci sur son mode de vie[210].

L'Ontario s'est aussi pourvu d'une disposition législative qui consacre l'importance du consentement aux soins. En effet, la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*[211] oblige tous les intervenants en santé à obtenir l'assentiment du

---

[204] A. BERNARDOT et R. P. KHOURI, *op. cit.*, note 113, p. 234.
[205] Lucie VOYER, *La responsabilité professionnelle de l'infirmière*, essai en vue de l'obtention de la maîtrise en droit de la santé, Sherbrooke, Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, 1991, pp. 61-62.
[206] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, n° 1434, p. 860.
[207] L. VOYER, *op. cit.*, note 205, p. 64.
[208] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, n° 1437, p. 861.
[209] *Dubord-Bois c. Corp. Professionnelle des médecins du Québec*, précité, note 60; *Vézina c. Corp. professionnelle des médecins du Québec*, précité, note 61; le projet de loi no 90 n'a pas pour effet de modifier l'exclusivité du diagnostic médical.
[210] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, n° 184, p. 138.
[211] L.O., 1996, c. 2, Annexe A.

patient pour toutes les interventions qui touchent à son intégrité[212]. Le consentement doit être éclairé, volontaire et porter sur l'ensemble du traitement.

Le devoir de renseigner de l'infirmière praticienne ontarienne comprend la communication du diagnostic et impose donc à cette professionnelle de divulguer toute l'information nécessaire au patient pour bien comprendre son atteinte[213]. Elle doit transmettre « efficacement au client les résultats des analyses et le diagnostic d'une maladie ou d'un trouble »[214]. Elle « discute avec lui du pronostic et des traitements possibles pour les affections qu'elle peut traiter selon son champ de compétence »[215].

L'infirmière praticienne ontarienne est donc soumise à une intensité de divulgation similaire au médecin lorsqu'elle prend en charge un patient. En effet, étant responsable de procéder à l'évaluation complète de la santé du patient et à l'élaboration du plan de traitement, elle doit renseigner le patient sur l'aboutissement de ses investigations et obtenir son consentement libre et éclairé pour la mise en œuvre des soins qu'elle juge nécessaires[216]. Elle doit porter une attention particulière à la nature et aux bénéfices du traitement ainsi qu'à ses risques et ses effets secondaires[217]. Elle doit aussi mentionner les différents choix de thérapie et les conséquences qu'une absence de soins peut provoquer[218]. Pour remplir adéquatement son obligation de renseigner, l'infirmière praticienne doit tenir compte de la situation de son patient et lui révéler toute l'information qu'une personne raisonnable placée dans sa position voudrait savoir. La Cour suprême explique :

> « *In deciding whether a risk is material and, therefore, one which should be explained to the patient, an objective approach should be taken. The crucial question in determining the issue is whether a reasonable person in the patient's position would want to know of the risk.* »[219]

L'infirmière praticienne ontarienne doit respecter l'autonomie de l'individu. En effet, elle doit s'assurer que le bénéficiaire a tous les éléments lui permettant de faire un choix avisé même si dans certaines circonstances elle pourrait être tentée de lui cacher de l'information ou de la généraliser pour lui faciliter la tâche[220]. Elle a aussi pour

---

[212] *Id.*, art. 10-14.
[213] *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*, précité, note 21, art. 5.1.
[214] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO, *op. cit.*, note 198, p. 6.
[215] *Id.*
[216] *Id.*, p.10.
[217] *Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880.
[218] *Id.*
[219] *Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119.
[220] J. J. MORRIS, M. J. FERGUSON et M. J. DYKEMAN, *op. cit.*, note 101, p. 138.

obligation de reconnaître honnêtement devant son patient les limites de ses propres compétences.

b) L'obligation de suivre le patient

L'obligation de suivre comprend entre autres le suivi médical, la vérification des résultats des tests de laboratoire et des examens radiologiques ainsi que l'évaluation des effets de la médication prescrite[221]. Elle découle de l'article 5 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*[222] qui confère le droit au patient de recevoir des soins de santé avec continuité. De plus, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*[223] vient appuyer cette obligation à l'article 3.02.02 en exigeant de l'infirmière de diriger le bénéficiaire vers un professionnel compétent lorsque sa prestation de service prend fin. L'article 3.03.04 ajoute que la cessation de service ne peut laisser le patient dans un état préjudiciable.

L'infirmière praticienne québécoise qui prend en charge un malade doit donc s'assurer que celui-ci recevra des soins continus tant que le nécessitera son état[224]. Elle doit dispenser les traitements nécessaires jusqu'à ce qu'elle ait confié la charge du patient à un collègue de compétence analogue, infirmière praticienne, interne, résident ou médecin. Omettre de transférer un patient avec les informations pertinentes à sa prise en charge à un professionnel de qualification similaire ou supérieure constitue une faute qui peut entraîner la responsabilité de l'infirmière praticienne soignante[225]. C'est ce qu'il ressort de l'étude du professeur Bernardot qui compare cette obligation de l'infirmière à celle du médecin de suivre son patient jusqu'à sa guérison ou son transfert auprès d'un confrère[226]. Le rôle hybride de l'infirmière praticienne dans ces deux disciplines médicales la soumet donc aux mêmes critères espérés de ces deux professionnels de la santé. Il ne serait toutefois pas équitable d'exiger de l'infirmière praticienne québécoise le degré de compétence du médecin traitant car celle-ci n'est considérée qu'en tant qu'auxiliaire médicale[227].

---

[221] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, p. 300.
[222] L.R.Q., c. S-4.2, art. 101 al. 3° (ci-après citée « L.S.S.S.S. »).
[223] R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 4.
[224] A. BERNARDOT, *loc. cit.*, note 99, p. 26.
[225] *Id.*.
[226] *Id.*; voir aussi : P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, p. 310.
[227] A. BERNARDOT et R. P. KOURI, *op. cit.*, note 113, p. 341, n° 519; J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, pp. 432-433.

Du côté ontarien, le juge Cunningham dans l'arrêt *Granger*[228] retiendra la responsabilité d'une infirmière pour avoir laissé un patient entre les mains d'une consœur incompétente. Les propos suivants démontrent bien l'étendue de cette obligation de suivre de l'infirmière en Ontario et par extension de l'infirmière praticienne ontarienne :

> « *It was the responsibility of Helene Dudas as the management supervisor of nursing to ensure that nursing assignments were carried out in such a way to adequately maintain patient care. The position which Helene Dudas held was a day-time position and her delegate for those purposes during the shift in question was Sandra Doak who completely failed to perform her assigning and supervisory duties in accordance with an appropriate standard of nursing care. Had she done so, indeed had she even taken the step of connecting Mrs. Granger to the central monitor in the nursing station, there is a chance she or some other nurse might have picked up the severe decelerations this foetus was experiencing.* »[229]

Le patient est en droit de s'attendre à une continuité de services qu'il soit au Québec ou en Ontario[230]. En effet, l'hôpital a le devoir de procurer au patient les ressources nécessaires à son état soit par son propre personnel, soit en le référant à une institution apte à répondre à ses besoins[231]. L'infirmière praticienne qui transfère un patient dans ces conditions accomplit l'obligation du centre hospitalier mais, aussi, sa propre obligation professionnelle.

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a élaboré clairement dans son document sur les normes d'exercice applicables à la profession d'infirmière praticienne, les différentes circonstances où il doit y avoir consultation avec un membre de la profession médicale[232]. Les cas où le diagnostic et le plan de traitement ne sont pas clairs à cause de la persistance de signes et de symptômes cliniques ou de réactions imprévues à la thérapie utilisée doivent entre autres être référés au médecin. Les situations où la vie du patient est en danger ou lorsque son état s'aggrave font également partie des conditions qui sont jugées comme ne relevant pas du champ de compétence d'une infirmière praticienne et celle-ci doit signaler ces patients à un praticien qualifié pour les prendre en charge.

L'infirmière praticienne ontarienne qui consulte un médecin dans les conditions précédemment énumérées doit vérifier le rôle que celui-ci entend prendre dans la relation

---

[228] *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, précité, note 125, p. 7.
[229] *Id.*, p. 19.
[230] *L.S.S.S.S.*, précité, note 222 ; *Martin c. Listowel Memorial Hospital*, précité, note 128.
[231] *L.S.S.S.S.*, précitée, note 222, art. 101, al. 3°.
[232] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO, *op. cit.*, note 198, p. 11.

thérapeutique. En effet, il peut décider d'agir en conseiller de l'infirmière praticienne ou d'assumer l'entièreté des soins du patient. Ceci doit être clarifié dès le départ car le fait de référer un patient au médecin n'implique pas nécessairement que celui-ci le prendra en charge et s'il ne le fait pas l'infirmière praticienne demeure responsable du suivi de son patient. Au Québec, le médecin étant le seul à posséder le droit de diagnostiquer, il reste lié au patient même s'il délègue une partie des soins à d'autres professionnels.

c) L'obligation au secret professionnel

Le secret professionnel désigne une « obligation imposée à une personne de taire diverses choses qu'elle a apprises dans l'exercice de sa profession[233]. » Il vise à protéger la confidentialité des renseignements obtenus lors de la relation thérapeutique entre le professionnel et son client. Le droit au secret professionnel est un droit fondamental qui est énoncé à l'article 9 de la *Charte des droits et liberté de la personne*[234] :

> Chacun a droit au respect du secret professionnel.
> Toute personne est tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait la confidences ou par une disposition expresse de la loi.
> Le Tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.

Il découle du droit à la vie privée[235] et du droit à la dignité[236] également garantis par la *Charte*. Ce droit au silence est un droit relatif qui, dans certains cas, doit céder le pas devant l'intérêt d'autrui[237]. En effet, le libellé de l'article 9 stipule deux exceptions : la première lorsque le patient permet la divulgation de l'information le concernant, soit de façon expresse ou implicite[238], la deuxième lorsque la loi l'autorise[239].

La première exception prévue démontre que l'information visée par la confidentialité constitue un droit du patient[240]. En effet, les faits révélés par lui ou

---

[233] Yves-Marie MORISSETTE et Daniel W. SHUMAN, « Le secret professionnel au Québec : une hydre à trente-neuf têtes rôde dans le droit de la preuve », (1984) 25 *C. de D.* 501, p.504.
[234] Précité, note 149. (ci-après appelé *Charte*).
[235] *Id.*, art. 5.
[236] *Id.*, art. 4.
[237] Chantal MASSE, « Rôle et responsabilité des psychiatres (responsabilité civile et garde en établissement) », dans Service de la Formation Permanente, Barreau du Québec, *Développements récents en droit de la santé mentale*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1998, 77, p. 90.
[238] *S.D. c. R.H.*, [1989] R.D.J. 390, p. 397.
[239] *Charte des droits et libertés de la personne*, précité, note 154, art. 9.
[240] *R. c. Dyment*, [1988] 2 R.C.S. 417, p. 429.

observés lors de consultations thérapeutiques concernent sa vie privée[241] et c'est sa dignité et son intimité qui seront affectées par la divulgation[242]. L'infirmière praticienne n'a donc qu'un rôle de fiduciaire de l'information confidentielle comme l'explique la Cour suprême dans *McInerney c. MacDonald* :

> « (...) les renseignements qu'une personne divulgue au sujet d'elle-même au médecin, dans le cadre de sa pratique, continuent fondamentalement de lui appartenir. La situation dans laquelle se trouve le médecin en est une de confiance. Le médecin détient l'information transmise un peu comme un fiduciaire. Quoique le médecin soit propriétaire du dossier en tant que support, il doit se servir de son contenu au profit du patient. Comme l'information est confiée au médecin à des fins médicales, il en résulte une attente de la part du patient qu'il continuera d'avoir un droit et d'exercer un contrôle sur cette information. »[243]

Tous les faits appris par l'infirmière praticienne sur le patient, qu'ils soient révélés ou constatés, doivent être protégés par le secret, car c'est la relation thérapeutique qui doit être préservée[244]. Mme Suzanne Philips-Nootens explique l'importance de ceci :

> « (...) le secret médical, outre qu'il respecte la vie privée du patient, est essentiel au maintien de la relation thérapeutique, le malade ne confiant au médecin les aspects les plus intimes de sa vie que dans la perspective de la relation d'aide qui s'établit entre eux. »[245]

Le malade n'a d'autres choix que de divulguer les informations le concernant pour améliorer son état de santé. Il est obligé d'accepter les intrusions dans sa vie privée[246] et de partager son intimité afin de recevoir les meilleurs soins qui soient.

L'infirmière praticienne ne doit donc utiliser les données recueillies sur son patient que pour les fins du traitement[247]. Elle aura à partager les renseignements confidentiels avec ses collègues afin de pouvoir remplir adéquatement son obligation de suivre et de soigner. La science médicale est devenue si complexe et si spécialisée qu'elle requiert une approche interdisciplinaire[248]. De toute façon, les intervenants évoluant dans le milieu de la santé sont tous tenus de respecter le droit à la confidentialité

---

[241] C. MASSE, *loc. cit.*, note 237, p. 90.
[242] Brian F. HOFFMAN, « Importance and Limits of Medical Confidentiality », (1997) 17 : 3 *Health Law in Canada* 93, p. 93.
[243] [1992] 2 R.C.S. 138, p. 149.
[244] Léo DUCHARME, « Le secret médical et l'article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne », (1984) 44 : 5 *Revue du Barreau* 955.
[245] Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « La divulgation par le médecin de l'existence d'une maladie transmissible sexuellement », (1991) 70 *Canadian Bar Review* 517, p. 518.
[246] *R. c. Dyment*, précité, note 240, p.429.
[247] *Pilorgé c. Desgens*, [1987] R.D.J. 341, p. 344 (C.A.).
[248] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, n° 1462, p. 879.

du patient. En effet, le *Code des professions*[249] à l'article 60.4 oblige le professionnel au silence.

Le bénéficiaire peut renoncer de lui-même à ce droit à la confidentialité[250]. Il est libre de communiquer l'information lui appartenant ou de la taire[251]. La renonciation au secret peut se faire soit tacitement, soit expressément[252]. L'abdication du droit au silence se fait implicitement d'après les actes accomplis[253]. Ainsi, le patient qui intente une poursuite en responsabilité contre l'infirmière praticienne perd son privilège au secret professionnel, car cette dernière doit être en mesure de se défendre[254]. Le droit à la protection des informations médicales ne peut servir à créer un déséquilibre entre les parties[255].

Les renseignements personnels n'ont pas tous la même valeur, tant pour les tribunaux que pour l'individu lui-même. En effet, le patient peut parler ouvertement de certains de ses problèmes de santé devant des tiers sans toutefois vouloir que l'infirmière praticienne expose son état devant tous. Certains aspects de sa maladie peuvent être moins intimes alors que d'autres le touchent plus profondément. C'est au bénéficiaire qu'il revient de décider avec qui il partagera l'information le concernant. L'infirmière praticienne doit utiliser son jugement surtout lorsque le bénéficiaire vient en consultation accompagné d'un proche. Certains patients, qui ont de la difficulté à se mouvoir, doivent accepter l'aide offerte sans toutefois vouloir exposer leur intimité devant leur accompagnateur.

Le consentement exprès à la divulgation peut être écrit ou verbal. Quel qu'en soit le mode, il est important pour le patient de limiter l'étendue de ce qui est accessible, sinon toute l'information pourra être divulguée[256]. Malheureusement, il est souvent difficile pour le patient d'évaluer la portée d'une autorisation à la levée du secret professionnel. L'infirmière praticienne doit donc s'assurer de la compréhension de l'intéressé[257]. Toutefois, le bénéficiaire doit se soumettre à certaines législations qui,

---

[249] L.R.Q., c. C-26.
[250] *S.D. c. R.H.*, précité, note 238, p. 397
[251] *R. c. Dyment*, précité, note 240, p.429.
[252] *Frenette c. La Métropolitaine, Compagnie d'assurance-vie*, [1990] R.J.Q. 62 (C.A.); [1992] R.C.S. 647.
[253] *Hay c. University of Alberta Hospital*, [1990] 69 D.L.R. (4th) 755 (B.R. Alb.), p. 757.
[254] *Descarreaux c. Jacques*, [1969] B.R.1109 (C.A.).
[255] *Cordeau c. Cordeau*, [1984] R.D.J. 201, p. 205 (C.A.).
[256] *Frenette c. La Métropolitaine, Compagnie d'assurance-vie*, précité, note 252, p. 678.
[257] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, n° 1441, p. 866.

pour le bien de la collectivité, demandent au professionnel de dévoiler certains problèmes de santé[258].

L'infirmière praticienne tout comme les autres infirmières doit suivre les normes émises par le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*[259] qui rappelle aussi à cette professionnelle son devoir de respecter la confidentialité dans ses rapports avec les patients.

Les principes énoncés plus haut provenant de la Cour suprême du Canada s'appliquent aussi à l'infirmière praticienne ontarienne. De plus, l'Ontario impose le respect du secret professionnel dans la *loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* qui enjoint tous les intervenants en santé à garder confidentiel l'ensemble des renseignements obtenus lors de leurs interactions avec le patient[260].

d) L'obligation d'administrer des soins consciencieux et modernes

Les assises légales de l'obligation de soigner se situent dans la *loi sur les services de santé et les services sociaux*. En effet, l'article 5 assure au patient le droit de recevoir des soins de santé :

> Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.

L'article 7 garantit pour sa part les traitements requis par l'état bio-psychosocial du patient :

> Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.

L'hôpital assume son obligation de soigner en employant des professionnels de la santé, infirmières et médecins, car ceux-ci possèdent l'expertise nécessaire. De plus, leur exclusivité d'exercice professionnel les autorise légalement à remplir adéquatement ce devoir.

L'obligation de soigner englobe à prime abord l'exigence de procéder à une évaluation clinique minutieuse du patient pour ensuite analyser les signes et symptômes

---

[258] *Loi sur la protection de la santé publique*, L.R.Q., c. P-35; *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-34.1; *Code de la sécurité routière*, L.R.Q., c. C-24.2; *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, L.R.Q., c. A-3.001; *Loi sur l'assurance automobile*, L.R.Q., c. A-25.
[259] Précité, note 220, art. 3.06.01, 3.06.02, 3.06.03, 3.06.04, 3.06.05 et 3.06.06
[260] *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, précitée, note 92, art. 36.

qu'il présente[261]. L'établissement du diagnostic médical nécessite l'interprétation de l'histoire médicale antérieure, d'un examen physique consciencieux et de l'ensemble des tests et analyses de laboratoire[262]. L'infirmière praticienne, quoique non responsable de poser le diagnostic en lui-même, a la responsabilité d'initier les mesures diagnostiques et de communiquer au médecin le résultat de ces investigations pour que celui-ci puisse déterminer l'atteinte du patient. C'est vraiment d'un travail de collaboration dont il est question ici. En effet, l'infirmière praticienne doit être apte à distinguer les différentes maladies pour pouvoir mieux conduire sa recherche d'indices physiopathologiques et discuter avec le médecin des facteurs les plus significatifs. Celui-ci se sert de son expertise professionnelle pour distinguer la pathologie la plus probable et orienter le plan de traitement. L'infirmière praticienne doit donc avoir un niveau de connaissance suffisant pour accepter la délégation de certaines tâches secondaires que le médecin traitant pourrait lui confier[263]. L'infirmière praticienne ontarienne assume pour sa part la totalité des soins après avoir consulté le médecin quant la justesse de son diagnostic et de son plan de traitement[264].

La notion de surveillance fait partie intégrante de l'obligation de soigner de l'infirmière[265]. L'infirmière praticienne a le même devoir mais à un degré supérieur car son rôle l'oblige à reconnaître les changements qui surviennent chez le patient, à les interpréter selon les résultats des tests diagnostiques et à réagir en modifiant le traitement entrepris. Elle doit suivre la démarche suggérée par les protocoles de soins et aviser le médecin des situations complexes où les risques deviennent importants pour le patient. Ses connaissances doivent lui permettre de se rendre compte des déviations au plan de traitement et d'entamer les procédures visant à identifier les causes de l'aggravation de l'état du patient en attendant la venue du médecin traitant.

L'infirmière praticienne qui prodigue des soins au public doit avoir le savoir et les compétences nécessaires à la pratique de son art[266]. Elle doit se tenir au courant des nouvelles données de la science et développer une habileté face aux technologies

---

[261] C. SIMARD, *loc. cit.*, note 136, p. 82.
[262] *Id.*
[263] *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, précité, note 223, art. 3.01.01.
[264] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO, *op. cit.*, note 198; NURSE PRACTITIONERS ASSOCIATION OF ONTARIO, *op. cit.*, note 56, p.1; NURSE PRACTIONERS ASSOCIATION OF ONTARIO, *op. cit.*, note 198.
[265] L. HARDY, *op. cit.*, note 143, p. 35.
[266] *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, précité, note 223, art. 3.01.01

approuvées[267]. Toutefois, en médecine, il n'existe pas de certitudes. Les tribunaux ne pourront donc exiger la guérison du patient. Ce qui signifie que l'obligation de l'infirmière praticienne en est une de diligence et de moyens comme l'explique Monsieur le juge Lajoie dans *Hôpital Général de la Région de l'Amiante c. Perron* :

> « En règle générale, le médecin et l'hôpital n'ont pas envers le patient une obligation de résultats mais de moyens, c'est-à-dire une obligation de prudence et de diligence dont la violation doit être appréciée non pas subjectivement, en se demandant si l'auteur d'un acte ou d'une omission a fait de son mieux, mais d'après un critère objectif, abstrait, qui consiste pour le tribunal à se demander ce qu'aurait fait en pareil cas un autre médecin, un autre spécialiste, une autre infirmière, de science, de compétence et d'habileté ordinaires et raisonnables, placé dans des circonstances semblables à celles où se trouvait celui ou celle dont on veut juger la conduite. »[268]

Ainsi, le juge tiendra compte dans l'appréciation de la compétence de l'infirmière praticienne, des ressources disponibles, du degré de spécialisation de l'intervenante et des conditions particulières à l'événement reproché[269]. Par souci d'équité, les tribunaux procéderont à l'analyse des faits pertinents relatifs à l'acte présumé fautif.

L'infirmière praticienne doit connaître les limites de ses connaissances et consulter lorsque la situation du patient la dépasse. En effet, les professionnels ont l'obligation de référer leur patient si le traitement ne relève pas de leur compétence[270].

Les professionnels de la santé ontariens doivent également répondre à des critères de compétence et de connaissance raisonnables :

> « *Every medical practitioner must bring to his task a reasonable degree of skill and knowledge and must exercise a reasonable degree of care. He is bound to exercise that degree of care and skill which could reasonably be expected of a normal, prudent practitioner of the same experience and standing, and if he holds himself out as a specialist, a higher degree of skill is required of him than of one who does not profess to be so qualified by special training and ability.* »[271]

Ces propos de l'honorable juge Schroeder sont repris par les juges Salhany[272] et Addy[273]. Ce qui démontre que l'Ontario utilise bien le critère objectif pour évaluer la performance du personnel médical. De plus, ces trois juges s'accordent pour astreindre les intervenants de la santé à une obligation de moyens et non pas à une obligation de

---

[267] A. BERNARDOT, *loc. cit.*, note 99, p. 27.
[268] *Hôpital général de la Région de l'Amiante c. Perron*, précité, note 104, p. 574.
[269] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, n° 1420, p. 851-852.
[270] *Id.*, n° 1458, p. 876.
[271] *Gent. and Gent v. Wilson,* précité, note 113, p. 265.
[272] *Martin c. Listowel Memorial Hospital*, précité, note 128, par. 26
[273] *MacDonald v. York County Hospital Corp.,* précité, note 111, p. 478

résultat. Les tribunaux ontariens veulent apprécier la prestation de soins selon des standards équitables :

> « *(...) If he accepts the responsibility and undertakes the treatment and the patient submits to his direction and treatment accordingly, he owes a duty to the patient to use diligence, care, knowledge, skill and caution in administering the treatment... The law requires a fair and reasonable standard of care and competence.* » [274]

L'obligation de moyens est reconnue dans la majorité des cas comme la norme. Toutefois, il est important de noter que, de l'évolution de la jurisprudence québécoise, il ressort une exception à cette obligation de diligence. En effet, lorsque l'acte posé par les professionnels de la santé ne comporte pas d'aléa, l'infirmière praticienne sera soumise à une obligation de résultat. C'est ce que la Cour d'appel exprime dans *Hôpital de Chicoutimi c. Thomassin* :

> « Par ailleurs, chacun peut être soumis à des obligations d'intensité diverses. Le médecin est tenu généralement à une obligation de moyens. L'obligation imposée à un personnel infirmier vis-à-vis d'un acte de contrôle arithmétique, comme un décompte de compresses ou d'instruments chirurgicaux, présente une nature différente. Elle peut être qualifiée d'obligation de résultat, qui ne fait pas appel à une marge de jugement ou d'appréciation, mais doit être accomplie exactement. Si elle ne l'a pas été, comme dans le présent cas, et si aucune explication n'a pu être fournie, la faute peut être considérée comme établie et la responsabilité aussi, si une autre faute n'intervient pas pour rompre la chaîne de causalité. »[275]

L'obligation de résultat s'applique aussi lors de l'utilisation d'appareils. Le fonctionnement de ceux-ci ne requiert en fait aucun jugement de la part de l'infirmière praticienne qui l'opère. L'étiquetage des spécimens biologiques destinés aux différents laboratoires de l'établissement de santé est également soumis à cette obligation de résultat.

En Ontario, l'arrêt *Sister of St-Joseph of Diocese of London (Ontario) v. Fleming*[276] qui s'est rendu jusqu'à la Cour suprême du Canada suggère que cette exception soit acceptée. Dans ce jugement, une infirmière est reconnue coupable de négligence à la suite d'un mauvais branchement d'un appareil de diathermie ayant brûlé le patient.

Ainsi, pour s'acquitter de son obligation de diligence et de prudence, l'infirmière praticienne doit prodiguer des soins consciencieux et attentifs, qu'elle pratique au

---

[274] *Gent. and Gent v. Wilson,* précité, note 113, p. 265.
[275] C.A. du Québec, n° 200-09-000521-903, 11 août 1997, jj. LeBel, Brossard, Forget, p. 16; rapporté à [1990] R.J.Q. 2275 (C.S.); [1997] R.J.Q. 2121 (C.A.).
[276] Précité, note 114.

Québec ou en Ontario[277]. Elle doit reconnaître et respecter ses limites afin d'intervenir d'une manière appropriée avec toutes les connaissances et l'habileté requise[278]. Elle est tenue de mettre à jour son savoir scientifique et de faire preuve de jugement clinique en toutes circonstances[279]. Un manquement à une de ces composantes de son obligation pourra engager sa responsabilité si sa faute est la cause du dommage.

L'analyse des normes de responsabilité utilisées au Québec et en Ontario démontre que les principes applicables à la pratique de l'infirmière praticienne sont semblables dans ces deux juridictions. En effet, l'intérêt de ces règles étant la protection du public, le Québec et l'Ontario ont établi un système visant à rendre les professionnels de la santé imputables face à leurs patients[280]. Ainsi, l'infirmière praticienne doit suivre le modèle de la professionnelle compétente et diligente pour satisfaire l'obligation qui lui est imposée[281]. En aucun cas, il ne lui sera demandé la perfection mais plutôt de faire ce qui est en son pouvoir pour satisfaire les besoins du malade; donc de faire de son mieux en conformité avec les normes acceptées[282]. Les tribunaux procéderont à une analyse des interventions de l'infirmière praticienne en évaluant le témoignage d'experts, les annotations aux dossiers médicaux et les faits relatés[283]. Un critère objectif servira de baromètre pour soupeser l'activité professionnelle de l'infirmière praticienne et c'est une balance des probabilités qui sera recherchée afin d'établir la preuve d'une faute causale de dommage[284]. De plus, par souci d'équité, les tribunaux québécois et ontarien renversent le fardeau de la preuve sur la défense si l'événement qui s'est produit n'aurait

---

[277] *X c. Mellen*, [1957] B.R. 389, p. 416.
[278] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO, *op. cit.*, note 198, p. 6; A. BERNARDOT, *loc. cit.*, note 99, p. 27; P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, pp. 247-248.
[279] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO, *op. cit.*, note 198, p. 6; A. BERNARDOT et R. P. KHOURI, *op. cit.*, note 113, n° 365-368, pp. 242-243.
[280] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, p. 3; A. BERNARDOT, *loc. cit.*, note 99, p. 5; J. J. MORRIS, M. J. FERGUSON et M. J. DYKEMAN, *op. cit.*, note 101, p. 153.
[281] *Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos*, précitée, note 110, p.817; *Hôpital Général de la Région de l'Amiante c. Perron,* précité, note 104, p. 575; J. J. MORRIS, M. J. FERGUSON et M. J. DYKEMAN, *op. cit.*, note 101, p. 153; P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, p.247; *Gent. and Gent v. Wilson,* précité, note 113, p. 265; *Martin c. Listowel Memorial Hospital*, précité, note 128, par. 26.
[282] *Hôpital Général de la Région de l'Amiante c. Perron,* précité, note 104, p. 574; *MacDonald v. York County Hospital Corp.,* précité, note 111, p. 482.
[283] *Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos*, précitée, note 110, p. 817; *Williams (Litigation Guardian of) v. North York General hospital,* précité, note 117, par. 8.
[284] *Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos*, précitée, note 110, p. 817; *Sister of St-Joseph of Diocese of London (Ontario) v. Fleming*, précité, note 114, p. 116.

pas dû survenir dans le cours normal des choses[285]. La Cour cherche ainsi à donner au patient une chance égale car celui-ci est à la merci du corps hospitalier dont les rapports et le témoignage sont essentiels pour établir la responsabilité recherchée[286]. L'établissement d'une faute, d'un préjudice et d'une relation causale entre les deux constituent l'essence d'un recours en responsabilité et visent avant tout la compensation du dommage subi[287].

L'infirmière praticienne québécoise travaille en étroite collaboration avec le médecin traitant alors qu'elle est employée la plupart du temps par un établissement hospitalier. Une action fautive de sa part ayant des conséquences négatives sur le patient pourra donc entraîner la responsabilité soit du médecin, soit de l'hôpital. Ce sont donc les règles de la responsabilité civile pour la faute d'autrui qui vont s'appliquer dans ces conditions. La prochaine section de cet ouvrage servira donc à identifier les situations où le médecin doit répondre du préjudice occasionné par l'activité négligente de l'infirmière praticienne et les circonstances où l'hôpital doit assumer cette responsabilité.

---

[285] Art. 2804 *C. c. Q.* ; *Kolesar v. Jeffries*, précité, note 163, p. 159; *Hôpital Général de la Région de l'Amiante c. Perron,* précité, note 104, p. 575.
[286] *Id.*
[287] *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, précité, note 125, p. 7.

PARTIE 2 : LA RESPONSABILITÉ CIVILE D'AUTRUI POUR LA FAUTE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE

L'infirmière praticienne occupe une position particulière étant parfois la préposée du médecin, lorsqu'elle agit directement sous ses ordres, et parfois celle de l'établissement de santé, étant soumise à son autorité par son statut d'employée[288]. Il semble donc pertinent d'évaluer dans quelles circonstances chacune de ces deux entités, indépendantes l'une de l'autre[289], doit répondre de l'action fautive de l'infirmière praticienne. Toutefois, la compréhension de l'imputabilité du médecin ou du centre hospitalier pour la faute de cette préposée nécessite un examen des principes de la responsabilité d'autrui pour le fait de cette professionnelle. Pour ce faire, la nature de la relation juridique qui influence l'engagement du responsable et les conditions encadrant la tâche de l'infirmière praticienne doivent être examinées pour mieux situer qui, du médecin ou de l'établissement de soins, doit assumer la charge de son comportement fautif.

I. Les principes de la responsabilité civile pour la faute d'autrui applicable à la situation de l'infirmière praticienne

L'infirmière praticienne, malgré l'élargissement de ses fonctions par le *Projet de loi no 90*, demeure limitée dans l'exercice de sa profession par l'ampleur du champ professionnel des médecins. La pratique de ceux-ci englobe effectivement la totalité des activités reliées au domaine de la santé alors que les professionnels des autres disciplines n'ont que des rôles d'assistants du corps médical[290]. L'intervention de l'infirmière praticienne est donc restreinte par la *loi médicale* mais aussi par la réglementation interne du centre hospitalier qui l'emploie[291]. L'infirmière praticienne québécoise n'a ainsi que peu d'autonomie dans sa relation avec le patient malgré son niveau de formation supérieure.

---

[288] Raymond BOUCHER (dir.), « La responsabilité hospitalière », (1974) 15 *C. de D.* 219, p.376.
[289] *Lamarre c. Hôpital du Sacré-Cœur*, [1996] R.R.A. 496 (C.S.), J.E. 96-1033; J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, n° 686, p. 433; *Martel c. Hôtel-Dieu de St-Vallier*, [1968] B.R. 389 (C.A.); *Yepremian c. Scarborough General Hospital*, [1980] 110 D.L.R. 513 (Ont. C.A.).
[290] *Dubord-Bois c. Corp. Professionnelle des médecins du Québec*, précité, note 60; *Vézina c. Corp. professionnelle des médecins du Québec*, précité, note 61.
[291] R. BOUCHER (dir.), *loc. cit.*, note 288, p. 372.

Il est vrai que le *Projet de loi no 90* permettra à cette professionnelle de prescrire des examens diagnostiques, des traitements et des médicaments en plus de l'autoriser à utiliser des techniques invasives présentant des risques[292]. Toutefois, l'inclusion de ces activités comporte des restrictions qui consistent à exiger une supervision médicale[293] et une surveillance hospitalière lors de leur exécution[294]. Le législateur limite ainsi l'exercice de l'infirmière praticienne et la confine à un rôle de subordination. Ces dispositions font presque l'effet de réticence envers l'élargissement des fonctions de cette professionnelle car le législateur l'habilite à pratiquer certains actes tout en lui imposant des mesures visant le contrôle de sa prestation par un autre professionnel et un organisme. L'infirmière praticienne reste ainsi la préposée du médecin et de l'hôpital malgré son statut de professionnelle capable d'assumer ses actions. Une erreur de sa part pourra, de ce fait, entraîner la responsabilité d'un commettant ou d'un contractant dépendamment de la nature du lien qui existe entre le patient et le débiteur de l'obligation ou du contrat[295]. En effet, l'article 1457 du *Code civil du Québec* oblige le respect des règles de conduite émises par la loi alors que l'article 1458 *C. c. Q.* exige que soient honorés les engagements contractés sans nuire à autrui. Toutefois, c'est l'article 1463 *C. c. Q.* qui entérine la responsabilité du commettant pour la faute de ses préposés dans l'exécution de leurs fonctions.

Pour ce qui est de l'Ontario, la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* autorise certaines infirmières ayant les qualifications nécessaires à émettre un diagnostic et à prescrire les médications désignées par règlement[296]. Pour identifier les problèmes de santé de leurs patients, ces infirmières praticiennes peuvent procéder à un examen physique et à une histoire de cas mais, aussi, utiliser des tests de laboratoire diagnostiques pré-déterminés[297]. Elles sont également assujetties à des protocoles de soins qui orienteront leurs interventions. Toutefois, elles ont plus de liberté d'action que les infirmières praticiennes du Québec car, une fois le médecin consulté pour l'établissement du diagnostic initial, elles suivent leurs patients de manière autonome à moins que ceux-ci ne présentent un problème grave qui nécessite l'intervention d'un

---

[292] Précité, note 33, art. 12.
[293] *Id.*, art. 19.
[294] *Id.*, art. 24.
[295] *Richard c. Hôtel-Dieu de Québec et Houde*, [1975] C.S. 223.
[296] *Loi de 1991 sur les infirmières et les infirmiers*, précitée, note 21, art. 5.1.
[297] *Id.*

professionnel faisant partie du corps médical[298]. Elles doivent par contre se soumettre aux règles émises par le centre hospitalier où elles pratiquent[299] et lorsqu'elles sont employées par un médecin, elles devront suivre ses directives[300]. La responsabilité de l'hôpital ou du médecin pourrait ainsi être retenue du fait d'une faute de la part de l'infirmière praticienne ontarienne.

La responsabilité de ces deux commettants ne peut être engagée que si trois conditions sont présentes. Premièrement, l'activité de l'infirmière praticienne doit répondre aux critères de faute énoncés précédemment. Deuxièmement, il doit exister un lien de préposition entre elle et le médecin ou l'hôpital. Et troisièmement, le préjudice doit découler des fonctions qu'elle exécute pour le compte du patron momentané qu'est le médecin[301] ou de l'employeur qui est l'établissement de santé[302]. En fait, c'est le pouvoir de contrôle, de surveillance et de direction que le médecin et l'hôpital exercent sur l'infirmière praticienne qui les rend responsables de ses actions fautives[303]. Les auteurs Jean-Louis Baudouin et Patrice Deslauriers expliquent ce que signifie cette notion de contrôle :

> « 682 – *État de la question* – Dans la relation préposé-commettant, le contrôle doit impliquer une relation de subordination. Contrôler, c'est détenir le pouvoir d'obliger un autre à exercer une certaine activité, à agir de telle ou telle façon, à maintenir une certaine ligne de conduite, à avoir un certain comportement. Ce pouvoir peut rester général ou, au contraire, s'exercer à un niveau spécifique. »[304]

C'est effectivement ce que le *Projet de loi no 90* prescrit pour les activités élargies de l'infirmière praticienne dans ses articles 19 et 24 alinéa 1° lorsqu'il oblige le médecin et l'hôpital à surveiller les agissements de cette professionnelle.

Le pouvoir de contrôle peut prendre l'aspect d'une présence répétée et continue sans toutefois l'exiger[305]. Il s'exerce surtout à un niveau intellectuel et peut prendre une forme matérielle lorsque l'intervention visée le demande. Il se manifeste par des instructions précises du médecin ou l'élaboration de protocoles de soins par l'hôpital ;

---

[298] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO, *op. cit.*, note 198.
[299] E. I. PICARD et G. B. ROBERTSON, *op. cit.*, note 38, p. 358; NURSE PRACTITIONERS ASSOCIATION OF ONTARIO, *Role of PHC and AC NP's: What is the Role of the Acute Care Nurse Practitioner?*, Toronto, N.P.A.O., 2002; disponible sur le site www.npao.org.
[300] E. I. PICARD et G. B. ROBERTSON, *op. cit.*, note 38, p. 359.
[301] Dans le cas de l'infirmière praticienne ontarienne, le médecin qui a le statut de patron doit aussi être son employeur car celle-ci est considérée comme une professionnelle indépendante.
[302] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, n° 672, p. 426.
[303] *Id.*, n° 680, p. 429; E. I. PICARD et G. B. ROBERTSON, *op. cit.*, note 38, p. 354.
[304] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, p. 431.
[305] *Id.*, n° 687, pp. 434-435.

ceux-ci indiquent la manière dont l'infirmière praticienne doit procéder dans les situations énoncées[306]. Il consiste souvent en un droit de regard sur l'acte posé. En fait, le *Projet de loi no 90* ne spécifie aucunement le protocole de surveillance et laisse ainsi le médecin et l'hôpital déterminer la forme que prendre ladite supervision en relation avec l'infirmière praticienne.

Dans la majorité des cas, l'infirmière praticienne accomplit sa tâche dans le cadre de son emploi à la solde de l'établissement hospitalier et fait ainsi partie de l'organisation hospitalière. Cette notion d'organisation sera particulièrement valable pour un professionnel de la santé possédant un certain degré d'indépendance d'action comme l'est l'infirmière praticienne ontarienne dont l'exercice est régi par les normes établies par le Collège des infirmières et infirmiers de l'Ontario[307]. Elle doit toutefois se soumettre aux directives générales et aux règles de discipline en vigueur dans l'hôpital lorsqu'elle y est employée et c'est de cette façon que celui-ci deviendra son commettant[308].

Le lien de préposition qui existe entre l'hôpital et l'infirmière praticienne québécoise ne se transfère au profit du médecin qu'exceptionnellement lorsque celui-ci lui demandera d'accomplir une activité qui relève de sa propre obligation. Ceci découle du fait que le médecin occupe une place privilégiée dans le milieu de la santé car l'établissement ne peut diriger les soins médicaux qui relèvent exclusivement de la compétence médicale comme l'explique la Cour d'appel dans la récente décision *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault et Brochu* :

> « D'abord, le concept de la « préposition » ne peut recevoir, particulièrement dans le domaine médical, une acceptation large. Le corpus législatif assure au médecin, comme le souligne le professeur Tôth, une autonomie d'exécution pour des motifs évidents et sains. La faute commise à l'occasion de la prestation médicale ne peut, même structurellement, avoir été exécutée sous le contrôle, la direction et la surveillance de l'hôpital. Je prends acte du fait que le législateur a refusé d'inscrire à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* au moment de son élaboration un article qui énonçait :
>
> > Tout professionnel qui pose un acte dans une institution est réputé être le préposé de cette institution en tout ce qui regarde sa responsabilité professionnelle. »[309]

Le médecin est considéré comme un professionnel indépendant, sans relation de préposition avec l'hôpital[310]. Il doit donc assumer entièrement les devoirs qui lui sont

---

[306] *Id.*, n° 690, p. 435.
[307] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO, *op. cit.*, note 198.
[308] E. I. PICARD et G. B. ROBERTSON, *op. cit.*, note 38, p. 355.
[309] *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault et Brochu,* [2001] R.J.Q. 832 (C.A.), paragr. 57.

assignés[311] ou qu'il a contractés envers le patient[312]. Il devient ainsi responsable de l'erreur fautive de l'infirmière praticienne lorsqu'il lui confie une tâche médicale dont il est le débiteur à l'égard du patient au même titre que l'hôpital qui engage cette professionnelle pour remplir une partie de son mandat comme le démontre ces propos de l'honorable juge Allard :

> « Lorsque ce sont les internes sous l'autorité du médecin traitant qui dispensent les soins, ils dispensent des soins médicaux ; s'ils dispensent des soins comme employés de l'Hôpital, ils dispensent des soins hospitaliers. (…) Les médecins traitants, ensemble ou individuellement, doivent répondre non seulement des soins médicaux qu'ils donnent eux-mêmes, mais de ceux que prodiguent les résidents sous leur autorité et surveillance (...). »[313]

Le fait que le commettant doive assumer la responsabilité de l'acte fautif ne l'empêche pas de pouvoir demander au préposé de rembourser les coûts qu'il a générés[314] comme le spécifie l'article 1463 du *Code civil du Québec*. La poursuite du répondant permet seulement à la victime de rechercher compensation auprès de celui qui est le plus solvable[315].

Au Québec, la législation prévoit donc les normes générales de responsabilité qui s'appliquent autant aux professionnels qu'aux non professionnels. L'objectif premier étant la protection des victimes, le législateur va jusqu'à exclure la limitation de la responsabilité lors de préjudices corporels ou moraux[316]; l'hôpital ne pourra donc faire signer une décharge lors de l'admission du patient.

L'Ontario est sur la même longueur d'onde que le Québec quant au lien qui unit l'hôpital et le médecin. En effet, la Cour d'appel ontarienne, de façon majoritaire, dans *Yepremian c. Scarborough General Hospital*[317] distingue la responsabilité du médecin et celle du centre hospitalier. L'obligation de ce dernier se limite à l'organisation des soins et au choix de médecins compétents alors que les services médicaux dispensés par le médecin ne relèvent que de son ressort.

---

[310] *Cloutier c. Hôpital Le Centre Hospitalier de L'Université Laval (C.H.U.L.)*, [1990] R.J.Q. 717 (C.A.); *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, précité, note 113; *Hôpital Notre-Dame de l'Espérance c. Laurent*, [1978] 1 R.C.S. 605.
[311] Art. 1458 *C. c. Q.*
[312] Art. 1457 *C. c. Q.*
[313] *Labrecque c. Hôpital du St-Sacrement,* précité, note 126, pp. 512 et 514.
[314] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, no 114, p. 87.
[315] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, n° 650, pp. 418-419; E. I. PICARD et G. B. ROBERTSON, *op. cit.*, note 38, p. 354.
[316] Art. 1474, *C. c. Q.*
[317] [1980] 110 D.L.R. (3d) 513 (Ont. C.A.); voir également *Crits and Crits c. Sylvester et al.*, [1956] 1 D.L.R. (2d) 502 (Ont. C.A.).

Du côté ontarien, les principes de responsabilité régissant l'activité professionnelle de l'infirmière praticienne sont dans les grandes lignes semblables à celles du Québec. L'indemnisation des dommages par son auteur ainsi que le respect des liens contractuels sont préconisés dans le « *Negligence Act* »[318]. Pour ce qui est de la responsabilité de l'hôpital concernant l'infirmière praticienne, la jurisprudence reconnaît le lien de préposition entre l'infirmière et l'établissement de santé comme le démontre cet extrait de la décision *MacDonald, v. York County Hospital* :

> « *In the case at bar it is clear that the nurses, where their actions or failures to act were relevant to the issue before me, were not at any time under the direction or control of the doctor. On the contrary, they were acting within the ordinary scope of their employment in the hospital as nurses, and were, therefore, acting as agents or servants of the hospital. It follows that the hospital would be vicariously liable for any negligence on their part occurring under such circumstances.* »[319]

L'honorable juge Addy, dans les propos rapportés ici, confirme la possibilité qu'une relation commettant-préposé s'établisse entre le médecin et l'infirmière engageant la responsabilité du praticien dans ces situations. La position professionnelle de l'infirmière praticienne n'ayant encore pu être appréciée par les tribunaux de « *common law* » vu la nouveauté du rôle, il est difficile de prévoir ce qui sera décidé en ce qui la concerne. Toutefois, il existe une décision de l'Alberta acceptant la thèse que l'infirmière praticienne n'était pas une contractante indépendante mais qu'elle conservait plutôt son statut d'employée[320]. De ce fait, elle reste soumise à la subordination administrative de l'établissement de soins ou du médecin-employeur qui possède également un pouvoir de contrôle sur les activités qu'elle exerce dans le cadre de son emploi.

Le lien de préposition entre l'infirmière praticienne et le médecin ou l'hôpital peut survenir suite à la formation d'un contrat de soins entre ces deux commettants et le patient ou pour remplir une obligation découlant de la législation en matière de santé.

1. Les obligations légales hospitalière et médicale au Québec et en Ontario

La nature de la relation qui s'établit entre les parties influence les recours en responsabilité. En effet, lorsque le médecin introduit l'infirmière praticienne pour

---

[318] R.S.O, 1980, c. 315; R.S.O., 1990, N.1.

[319] Précité, note 111, p. 489; voir aussi *: Sisters of St-Joseph Diocese of London (Ontario) v. Fleming,* précité, note 114; *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital,* précité, note 125; *Martin v. Listowel Memorial Hospital,* précité, note 128; *Kolesar v. Jeffries,* [1976] 68 D.L.R. (3d) 198 (Ont. H.C.) .

[320] *Atcheson v. College of Physicians & Surgeons (Alberta)*, [1994] 6 W.W.R. 239 (Alta Q.B.).

dispenser des soins qu'il s'est engagé à fournir par contrat, la tâche de la victime est facilitée du fait qu'elle n'a qu'à prouver que la faute s'est produite au moment de la prestation contractuelle[321]. La relation extra-contractuelle comporte une difficulté supplémentaire en obligeant la personne lésée à démontrer l'existence d'un lien de préposition entre l'infirmière praticienne et le médecin[322].

En ce qui concerne le centre de santé, le lien de préposition entre celui-ci et l'infirmière praticienne est plus facile à établir du fait que la répartition des services découle de l'organisation hospitalière et affecte directement la charge de travail des intervenants[323]. Il suffit donc pour la victime de prouver que la faute a été commise lorsque l'infirmière praticienne assumait ses fonctions en tant qu'employée de l'hôpital.

La Cour de l'Ontario attribue au centre hospitalier un rôle de superviseur et d'organisateur des soins[324]. Ainsi l'établissement de santé a le devoir de s'assurer que son personnel a la compétence et la formation requise pour dispenser des soins de qualité mais, aussi, d'avoir un équipement disponible et fonctionnel[325]. De plus, la *Loi sur les hôpitaux publics*[326] prévoit les conditions d'admission d'un malade[327] et les mesures devant être prises lors de problèmes dans sa prise en charge. Le législateur ontarien s'assure, par cette loi, de mécanismes préservant la qualité des soins[328]. La responsabilité du centre hospitalier quant à la compétence de son personnel auxiliaire n'y fait aucun doute ; l'hôpital a le devoir de contrôler les connaissances et l'habileté de ses préposées et de les remplacer si nécessaire[329]. De plus, l'article 31 vient confirmer l'imputabilité de l'hôpital en cas de préjudices reliés à l'activité hospitalière qu'il soit question de négligence dans l'admission, le congé, les soins ou le traitement d'un patient.

La *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario émet les règles de fonctionnement et les obligations du centre hospitalier public dans certaines situations particulières. Ce texte législatif permet aussi d'anticiper les attentes du ministère de la Santé face aux

---

[321] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, n° 118, p. 89.
[322] *Id.*
[323] François TÔTH, « Contrat hospitalier moderne et ressources limitées : conséquences sur la responsabilité civile », (1990) 20 *R.D.U.S.* 313, p.349.
[324] *Martin v. Listowel Memorial Hospital*, précité, note 128.
[325] *Id.*
[326] L.R.O., 1990, c. P.40.
[327] *Id.*, art. 20, 21.
[328] *Id.*, art. 34 (3).
[329] *Id.*

intervenants médicaux. Le droit des usagers à des services de santé adéquats y est plutôt implicite ; rien dans cette loi ne précise de façon concrète les privilèges accordés aux individus en matière de santé et de services sociaux comme le fait la *loi sur les services de santé et les services sociaux* au Québec.

En effet, la *L.S.S.S.S.* décrit explicitement aux articles 5 à 11 les droits des patients. L'article 5 garantit l'accès à des soins individuels, adéquats et continus alors que l'article 7 rajoute à ce droit l'obligation de l'établissement de santé de fournir ces soins. L'article 101 explique plus précisément les responsabilités du centre hospitalier. La notion de substitution voulant que l'hôpital dispense des services par l'entremise de professionnels qualifiés y est aussi mis de l'avant. L'article 81 de la *L.S.S.S.S.* qui parle de la mission des établissements de santé vient confirmer le devoir de celui-ci d'offrir des soins infirmiers de qualité pour répondre aux besoins de la population.

Les législateurs québécois et ontarien ont chacun à leur façon émis des règles quant à la responsabilité du centre hospitalier vis-à-vis sa clientèle. Le Québec a choisi d'énoncer clairement les principes de soins, les devoirs et les responsabilités de chacun d'abord dans le *Code Civil* puis dans la *Loi sur les services de santé et services sociaux*. L'Ontario a aussi émis des règles spécifiques dans le « *Negligence Act* » et la *Loi sur les hôpitaux publics* mais beaucoup y est laissé à l'interprétation des juges et doit donc être retiré de la jurisprudence. Toutefois, la comparaison de ces normes révèle que le Québec et l'Ontario recherchent la protection des patients et sanctionnent tout comportement non conforme. Tous deux accordent la compensation du préjudice subi suite à une faute de la part du professionnel.

L'adoption par l'Ontario de la *Loi sur les hôpitaux publics* porte à penser que la relation patient-hôpital découle d'une obligation légale plutôt que d'un contrat. De plus, la décision de la Cour d'appel dans *Yepremian c. Scarborough General Hospital*[330] vient appuyer cette hypothèse en parlant de l'obligation de l'hôpital et non d'un contrat.

Au Québec, la doctrine et la jurisprudence en droit de la santé ont suivi jusqu'à maintenant deux thèses en ce qui concerne le fondement juridique de la relation hôpital-patient[331]. La décision *Hôpital de L'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*[332] rendue par la

---

[330] Précité, note 289.

[331] P. A. CRÉPEAU, *op. cit.*, note 68; A. BERNARDOT et R.P. KHOURI, *op. cit.*, note 113; Andrée LAJOIE, Patrick A. MOLINARI et Jean-Louis BAUDOUIN, « Le droit aux services de santé : légal ou contractuel ? » (1983) 43 *R. du B.* 675; F. TÔTH, *loc. cit.*, note 323; *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*,

Cour d'appel du Québec argumente logiquement en faveur du régime extra-contractuel. En effet, le centre hospitalier se voit imposer par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* l'obligation de mettre sur pied la coordination et le « maintien de tous les services nécessaires »[333] pour assurer les soins médicaux et professionnels requis par l'état de santé du patient[334] sans vraiment pouvoir la refuser. Il manque donc l'échange de consentement consensuel indispensable à l'établissement d'un contrat[335] comme l'expliquent si bien les auteurs Lajoie, Molinari et Baudouin :

> « Toutefois si l'une des deux parties n'est pas libre soit de ne pas adhérer, soit de ne pas fournir le service déterminé par le législateur ou déterminable en vertu de règles qu'il énonce et qui fait l'objet principal de la prestation, bref lorsque l'une des deux parties à la relation juridique ne peut pas refuser de s'y trouver, la frontière est franchie et le domaine contractuel exclu. La relation juridique est telle alors qu'une partie peut, en vertu de la loi seule, contraindre l'autre à livrer une prestation définie ou définissable et qui constitue l'objet spécifique. »[336]

L'hôpital s'associe donc la prestation de professionnels pour accomplir une partie de son devoir qu'elle ne peut effectuer elle-même en raison des contraintes législatives qui n'habilitent seulement que les membres de certaines professions à exécuter les activités du monde de la santé.

L'infirmière praticienne a donc pour fonction de remplir une partie de l'obligation du centre hospitalier qui est de fournir des soins de santé aux individus[337]. C'est ce qui ressort, entre autre, de la jurisprudence comme l'explique si bien l'honorable juge Lajoie dans les propos suivant :

> « Le rôle de l'établissement hospitalier, ses devoirs et ses responsabilités, ont considérablement évolué au cours des dernières décades. La loi et les contrats conclus entre les hôpitaux et le ministère de la Santé imposent désormais aux hôpitaux non plus seulement de fournir des soins domestiques, des installations matérielles adéquates au traitement des patients, des appareils et une instrumentation en bon état, des salles d'opération aseptiques, mais encore certains services professionnels et médicaux par l'intermédiaire des médecins et infirmières qu'il emploie. »[338]

---

précité, note 113; *Côté c. Hôtel-Dieu de Québec*, précité, note 113; *Hôtel-Dieu de St-Vallier c. Martel*, [1968] B.R. 389; *Hôpital Notre-Dame de l'Espérance c. Laurent*, précité, note 310.

[332] Précité, note 309.

[333] *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, précité, note 113, p. 2641.

[334] *Hôpital Général de la Région de l'Amiante c. Perron,* précité, note 104, p. 574.

[335] *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault et Brochu*, précité, note 309, parag. 27, p. 840.

[336] A. LAJOIE, P. A. MOLINARI et J.-L. BAUDOUIN, *loc. cit.*, note 331, p. 715.

[337] Alain BERNARDOT et Robert P. KOURI, « La responsabilité civile de l'équipe médicale », (1974) 34 *R. du B.* 8, p.14; F. TÔTH, *loc. cit.*, note 323, pp. 322-323; J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 71.

[338] *Hôpital Général de la Région de l'Amiante c. Perron,* précité, note 104, p. 574.

C'est donc dans ce cadre que l'infirmière praticienne vient offrir ses services aux patients admis à l'hôpital. Elle assume des fonctions hospitalières variées comprenant entre autres la coordination de certains soins et des transferts entre établissements, le maintien de la qualification des infirmières au chevet par l'enseignement et l'amélioration de la qualité des soins par la recherche[339]. Elle assure aussi des soins directs aux patients quand elle prescrit les examens diagnostiques et la médication requise par l'état de santé du patient. C'est lors de ces dernières activités qu'une certaine confusion s'installe quant à l'identité du débiteur de l'obligation. En effet, la prestation des soins courants constitue une part importante des fonctions hospitalières[340] mais elle s'intègre aussi aux actes relevant du médecin.

La relation médecin-patient se qualifie d'« *intuitu personae* (eu égard à la personne) »[341] car elle découle d'un lien de confiance qui se développe entre ceux-ci. Le médecin aura l'obligation de respecter les normes de conduite exigées du praticien prudent et diligent de sa spécialité et de faire tout ce qui est en son pouvoir pour assurer des soins de qualité à son patient[342]. L'activité médicale moderne est complexe et le médecin, pour offrir des soins de qualité, doit s'entourer de collaborateurs à qui il déléguera une partie de ses activités[343]. Il devient donc responsable des actions du professionnel qui agit pour lui (*qui agit per alium agit per se)*[344]. Quel que soit le régime de responsabilité, les devoirs du médecin envers le patient demeurent les mêmes quant aux normes de consentement, à la protection du secret professionnel, aux soins médicaux ainsi qu'au suivi médical[345].

---

[339] SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, *loc. cit.*, note 52, p. 185; ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, *L'infirmière praticienne : Document de travail*, Ottawa, A.I.I.C., 1993, pp. 40-42; Joy D. CALKIN, « Specialization Issues », dans Alice J. BAUMGART et Jenniece LARSEN, *Canadian Nurses Faces the Future*, 2nd ed., Toronto, Mosby-Year Book, 1992, pp. 327-342; COUNCIL OF PRIMARY HEALTH CARE NURSE PRACTITIONERS, *The Scope of Practice of the Primary Health Care Nurse Practitioner*, Missouri, American Nurses' Association, 1985, pp. 6-9; S. L. DERENGOWSKI, S. Y. IRVING, P. V. KOOGLE et R. M. ENGLANDER., *loc.cit.*, note 48, pp. 2628-2630.

[340] *Martel c. Hôtel-Dieu de St-Vallier*, [1969] R.C.S. 745, p. 752; *Tabah c. Liberman*, précité, note 130; J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p.71.

[341] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, n° 18, p.16.

[342] *Hôpital Général de la Région de l'Amiante c. Perron,* précité, note 104, p. 574; *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, précité, note 113; *Côté c. Hôtel-Dieu de Québec*, précité, note 113; *Hôtel-Dieu de St-Vallier c. Martel*, précité 340; *Hôpital Notre-Dame de l'Espérance c. Laurent*, précité, note 331; *Crits v. Sylvester*, [1956] 1 D.L.R. (2d) 502 (Ont. C.A.), p. 508; *Gent. and Gent v. Wilson,* précité, note 113, p. 265.

[343] J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 1.

[344] *Id.*, p. 7.

[345] P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 38, n° 47, p. 35.

En Ontario, le médecin n'endosse pas la responsabilité des comportements fautifs du personnel de soutien[346]. En effet, dans *Chow (Litigation guardian of) v. Wellesley Hospital*[347], un résident de 2e année en obstétrique ayant retardé à aviser son patron lors d'un accouchement à risques a dû assumer sa part du préjudice[348].

En résumé, une faute des infirmières praticiennes du Québec et de l'Ontario dans l'exécution de leur tâche peut donc entraîner la responsabilité de l'établissement de santé car c'est à celui-ci que la loi impose l'obligation de fournir des services de santé et des services sociaux[349]. L'infirmière praticienne québécoise se distingue de l'infirmière praticienne ontarienne du fait qu'elle n'est qu'une intermédiaire dans la prestation de soins. Elle agit pour le compte de l'hôpital à moins qu'elle ne devienne momentanément la préposée du médecin pour certaines tâches spécifiques. Ce sera alors ce dernier qui devra répondre de l'acte médical fautif même si lui-même n'a fait aucune erreur en évaluant les qualifications de cette professionnelle ou le niveau de supervision à apporter dans l'accomplissement de l'acte[350].

L'infirmière praticienne doit respecter les balises émises par le législateur dans sa prestation de services auprès de la population. La juridiction où l'infirmière praticienne évolue influencera les conditions encadrant son activité professionnelle.

2. Les conditions concernant la tâche médicale de l'infirmière praticienne en milieu hospitalier au Québec et en Ontario

Les mécanismes en place pour aider l'infirmière praticienne dans sa prestation de soins diffèrent selon la juridiction où elle exerce. En effet, le Québec n'a pas encore émis de normes de pratique provinciales alors qu'en Ontario, le Collège des infirmières et infirmiers de l'Ontario ainsi que la *Nurse Practitioners Association of Ontario* ont tous deux élaboré des critères spécifiques qui orientent les interventions des infirmières praticiennes autorisées. Le document sur les *Normes d'exercice à l'intention des infirmières et infirmiers autorisés de la catégorie spécialisée*[351] énonce explicitement les compétences requises, les situations où elles doivent consulter un médecin et les

---

[346] E. I. PICARD et G. B. ROBERTSON, *op. cit.*, note 38, p. 356.
[347] [1999] O.J. n° 279 (Ont. C.J. Gen. Div.).
[348] *Id.*, parag. 245.
[349] *Martel c. Hôtel-Dieu de St-Vallier,* précité, note 340.
[350] J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 8.
[351] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO, *op. cit.*, note 198.

exigences nécessaires à la prescription des traitements, des tests diagnostiques et de la médication. Il contient également des extraits des dispositions législatives applicables aux membres certifiés de la profession infirmière. Il va même jusqu'à spécifier les informations essentielles à incorporer dans la formulation des ordonnances. Les nombreux médicaments et tests de laboratoire que les infirmières praticiennes ontariennes sont autorisées à prescrire y sont aussi énumérés. Les démarches que l'établissement de santé doit suivre dans l'élaboration et l'adoption de directives médicales à l'intention du groupe d'infirmières spécialisées sont mentionnées. L'infirmière praticienne ontarienne n'a donc qu'à s'y référer pour connaître l'étendue de ses fonctions et ses obligations légales. La qualité des renseignements inclus dans cet ouvrage guide à la fois la professionnelle et les organisations hospitalières quant à l'ampleur du rôle de l'infirmière praticienne. Le texte précise sans ambiguïté les attentes législatives et professionnelles envers l'infirmière de pratique avancée appartenant à ce groupe.

La *Nurse Practitioners Association of Ontario* a pour sa part produit un document qui explique les différents aspects de la mission de l'infirmière praticienne[352]. Il indique les interventions autorisées en spécifiant les qualifications requises pour les accomplir. Il sert principalement à la compréhension des diverses activités comprises dans le champ d'exercice de l'infirmière praticienne. Plusieurs exemples pratiques y sont inclus.

Du côté québécois, cette spécialisation infirmière est encore au stade d'ébauche et les organismes professionnels n'ont pas encore eu le temps de développer les standards auxquels doivent se conformer les infirmières praticiennes québécoises. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Bureau du Collège des médecins du Québec devraient former un comité consultatif vérifiant la compétence des professionnelles infirmières appelées à remplir les fonctions d'infirmières praticiennes[353]. Ce Comité consultatif aura certainement pour tâche d'élaborer les normes de pratique à respecter lors de l'accomplissement des activités destinées aux

---

[352] NURSE PRACTITIONER ASSOCIATION OF ONTARIO, *The RN(EC) Role in a Community-Based Primary Health Care Practice*, Toronto, N.P.A.O., April 2000.

[353] *Projet de loi no 90 – Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, précité, note 33, art. 15 et 16 al. 2°.

infirmières habilitées par règlement en plus de spécifier les exigences requises pour que ces professionnelles soient admissibles à l'habilitation.

Les établissements de santé et les médecins collaborant avec l'infirmière praticienne doivent soumettre au Comité tous les renseignements pertinents en regard des fonctions infirmières de niveau avancé[354]. Un projet de conditions d'application locale des activités doit être autorisé par le Bureau du Collège des médecins du Québec[355] avant que les hôpitaux ne puissent permettre le rôle d'infirmière praticienne dans leur organisation. C'est aussi le Bureau du Collège des médecins qui a pour fonction d'habiliter l'infirmière à exercer les activités qui font partie du nouvel article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers* modifiée[356]. L'infirmière praticienne se verra ainsi contrainte à suivre les règles émises par deux autorités professionnelles ; il est à souhaiter que celles-ci collaborent en toute égalité et s'accordent sur les fondements de ce nouveau rôle malgré la position hiérarchique de l'une d'elle par rapport à l'autre. Le fait qu'elles aient toutes deux la protection du public à cœur devraient aplanir les obstacles et prévenir les dissensions. Les normes de conduite attendues de l'infirmière praticienne doivent être énoncées clairement pour faciliter l'intégration de ce nouveau rôle professionnel ; elles doivent surtout découler du principe que l'infirmière praticienne est une professionnelle possédant une expertise et un niveau de formation lui permettant de contribuer aux services de santé de manière distincte.

Le Conseil d'administration des établissements de santé devra recevoir les recommandations du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens mais aussi du Conseil des infirmières et infirmiers en ce qui concerne l'approbation des règles s'appliquant aux soins médicaux et dentaires et celles sur l'utilisation des médicaments nécessaires pour dispenser des soins adéquats aux patients[357]. Il semble approprié que les infirmières praticiennes puissent émettre leur avis sur les activités qu'elles sont amenées à accomplir ; elles pourront apporter un point de vue réaliste sur la question et suggérer des modifications visant l'amélioration des services.

Le directeur des soins infirmiers sera également mis à contribution dans la surveillance des actes médicaux supplémentaires assignés aux infirmières

---

[354] *Id.*, art. 15.
[355] *Id.*, art. 19.
[356] *Id.*, art. 25, al. 1°
[357] *Id.*, art. 25 et 28.

praticiennes[358]. Il devra aussi participer à l'élaboration des normes relatives à la médication pouvant être prescrite par l'infirmière habilitée et les traitements médicaux administrés par elle[359]. Ses fonctions comprennent la tenue et la mise à jour d'un registre des infirmières habilitées[360]. C'est au directeur des soins infirmiers que revient le devoir de limiter ou de suspendre l'exercice d'une infirmière praticienne pour un motif disciplinaire ou d'incompétence[361]. Le directeur des services professionnels pourra dans les situations urgentes le remplacer et prendre les mesures disciplinaires qui s'imposent mais celles-ci ne peuvent excéder une période de cinq jours et le directeur des soins infirmiers doit être avisé des dispositions prises dans les plus brefs délais[362].

Le *Projet de loi no 90* vient préciser les activités professionnelles des médecins et des infirmières permettant ainsi de clarifier leur champ d'exercice exclusif. L'énumération des fonctions de ces deux professionnels facilite l'interprétation du rôle de chacun en délimitant plus clairement ce qui appartient à la pratique médicale et à l'infirmière. Le libellé antérieur de la *loi médicale* et de la *loi sur les infirmières et infirmiers* a nécessité, à quelques reprises, l'analyse juridique des tribunaux pour distinguer les balises de ces deux professions[363]. L'expression « contribuer aux méthodes de diagnostic »[364] a effectivement entraîné une certaine confusion quant à sa signification exacte pour certains membres du corps professionnel infirmier.

Le législateur innove dans ce projet de loi en élargissant les attributions aux infirmières ayant des compétences particulières. Il émet toutefois de nombreux mécanismes de contrôle et de surveillance afin de minimiser l'impact de ce changement et maintenir la sécurité du public qui constitue son principal objectif[365]. Il laisse aux responsables des milieux cliniques le soin de concrétiser les conditions d'application de ces modes de supervision. Le législateur semble vouloir promouvoir la collaboration entre l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec en les amenant à travailler ensemble sur la mise en œuvre des processus de certification et l'élaboration des normes de pratique destinées à ce groupe d'infirmières

---

[358] *Id.*, art. 26, al. 1°.
[359] *Id.*, art. 26, al. 2°(2.1°).
[360] *Id.*, art. 26, al. 2°(2.2°).
[361] *Id.*, art 27.
[362] *Id.*
[363] Par exemple : *Dubord-Bois c. Corp. Professionnelle des médecins du Québec*, précité, note 60; *Vézina c. Corp. professionnelle des médecins du Québec*, précité, note 61.
[364] *Loi sur les infirmières et infirmiers*, précité, note 62.
[365] *Code des professions*, note 249, art. 23.

autorisées. Il y a un réel effort pour impliquer les infirmières dans les prises de décision les concernant en donnant au Conseil des infirmières et infirmiers un pouvoir de recommandation sur les activités élargies auprès du Conseil d'administration de l'établissement de santé. Il est aussi important de noter que c'est vraiment la directrice des soins infirmiers qui détient le pouvoir de décision final sur la suspension des activités de l'infirmière praticienne et non un administrateur relié à un autre secteur professionnel. Les infirmières habilitées n'ont cependant que peu de latitude dans l'accomplissement de leur tâche vu la multitude des moyens de contrôle et de surveillance mis en place. Ce projet de loi amorce un pas vers le décloisonnement des services qui favorisera l'amélioration des soins au patient.

Toutes ces modifications apportées aux différentes lois régissant le monde de la santé ne changent pas les conditions de fond qui doivent être maintenues pour la sécurité des bénéficiaires. Les établissements de santé continueront donc à utiliser les protocoles touchant les soins courants dont les étapes ne varient habituellement pas et se développent en une suite logique et prévisible. Les protocoles permettent en fait de réagir efficacement aux situations médicales fréquemment rencontrées. Ils mentionnent les risques et les précautions à prendre dans les circonstances cliniques décrites.

Les auteurs Jean-Pierre Ménard et Denise Martin définissent et expliquent l'élaboration des protocoles de soins en milieu hospitalier :

> « Un nombre important d'actes prévus au Règlement requiert l'adoption d'un protocole. Ce protocole est une description des procédures, méthodes ou limites qui doivent être respectées par quiconque accomplit un acte délégué. Ces procédures sont établies par le C.M.D.P. de l'établissement ou par le chef de département clinique qui doit les soumettre au C.M.D.P. Le directeur ou le chef de service de qui relèvent, sur le plan professionnel, les personnes habilitées, doit être consulté. Si l'établissement n'a pas de C.M.D.P., les protocoles doivent alors être élaborés par le C.M.D.P. de l'établissement de la région avec laquelle un contrat de service a été conclu pour la prestation des actes prévus au règlement. »[366]

Ainsi, l'organisation hospitalière s'assure de l'uniformité des pratiques en énonçant les règles à suivre. Ces protocoles sont construits suite à une recension de la littérature scientifique et font donc état des derniers développements en recherche. Ils sont renouvelés périodiquement justement pour actualiser leurs contenus. Ils servent surtout à guider l'intervenant dans la démarche particulière qu'il doit entreprendre. Ils font partie de la réglementation interne de l'institution et servent principalement à assurer la

[366] J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 97.

protection des patients quant aux procédures nécessitant une démarche spécifique[367]. Ils permettent de procéder systématiquement sans attendre de prescription individuelle[368]. Ainsi, l'infirmière praticienne peut entamer des procédures rapidement surtout dans les cas d'urgence médicale où les minutes comptent.

La présence d'un protocole n'a pas pour effet de minimiser l'importance des conditions rattachées à la personne ni d'éliminer les exigences énoncées par les dispositions législatives. En effet, les activités médicales déléguées à l'infirmière praticienne nécessitent un niveau de compétence et d'expertise qui doivent être respectées du fait des risques inhérents qu'elles représentent pour le patient[369]. L'infirmière praticienne doit également « posséder les connaissances et la préparation suffisantes pour exécuter »[370] l'acte délégué. De plus, le médecin doit évaluer le degré de surveillance requis pour l'accomplissement sécuritaire de l'acte[371].

La dérogation à ces critères constitue une faute directe de la part du médecin et du centre hospitalier. Toutefois, même s'ils se conforment aux règles énoncées et ne commettent ainsi pas de faute personnelle, leur responsabilité peut être engagée du fait d'un comportement fautif de l'infirmière praticienne. L'étude de la jurisprudence permet de retracer les circonstances où le médecin et l'organisation hospitalière ont dû répondre des activités fautives de leur préposé pour en retirer les principes applicables aux fonctions de l'infirmière praticienne.

II. La responsabilité médico-hospitalière pour le fait de l'infirmière praticienne au Québec et en Ontario

Plusieurs situations rencontrées en milieu hospitalier font naître un « lien de subordination et d'autorité qui caractérise les rapports commettants-préposés »[372]. En effet, l'hôpital et, dans certains cas spécifiques, le médecin doivent déléguer une partie de leur tâche aux auxiliaires médicaux que sont, entre autres, les résidents, les internes et

---

[367] *De Bogyay c. Royal Victoria Hospital*, [1987] R.R.A. 613 (C.A.).
[368] *Id.*, p. 96.
[369] *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, précité, note 1, art. 2.02, al. 2.
[370] J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 95.
[371] *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, précité, note 1, art. 1.01.
[372] Chantal GIROUX, *Fondement de la responsabilité hospitalière pour le fait des médecins et des résidents*, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître en droit, Montréal, Université de Montréal, Faculté de droit, décembre 1992, p. 73.

les infirmières soignantes[373]. Les auteurs Jean-Louis Baudouin et Patrice Deslauriers expliquent la position professionnelle de ces différents préposés:

> « (...) une profession peut avoir précisément pour but d'être l'auxiliaire d'une autre, de la seconder dans l'exécution d'une tâche professionnelle et de se placer sous les ordres d'autrui. Ainsi, l'infirmière peut devenir la préposée de l'hôpital ou du médecin sous les ordres duquel elle agit, l'interne est dans le même cas, ou même le stagiaire dans un bureau d'avocat lorsqu'il exécute les ordres de celui qui le dirige. »[374]

L'infirmière praticienne québécoise dont les fonctions sont similaires à celles des intervenants mentionnés occupe également un rôle subalterne dans la sphère hospitalière. Ses activités professionnelles la soumettent effectivement soit à la direction de l'organisation hospitalière, soit à la surveillance et au contrôle directs du médecin. Il importe toutefois de distinguer les circonstances où c'est le médecin et non l'établissement hospitalier qui doit répondre de la faute de l'infirmière praticienne et vice versa. L'élément indispensable dans l'identification du responsable de l'événement fautif demeure la preuve de l'existence d'un lien de préposition[375].

En effet, comme il a été mentionné précédemment, la notion de contrôle au moment où l'acte préjudiciable est commis est décisive pour déterminer qui, du médecin ou de l'hôpital, doit assumer la responsabilité pour le fait de l'infirmière praticienne[376]. Pour y arriver, la Cour d'appel dans *Hôpital général de la Région de l'Amiante c. Perron*[377] propose d'explorer l'activité de l'auxiliaire médical au moment où la faute a été commise :

> « Pour déterminer de qui les membres du personnel infirmier étaient les préposés, il faut se rappeler quels sont les rôles respectifs de l'établissement hospitalier et du médecin et se demander quelles fonctions ils exerçaient au moment où la faute fut commise. »[378]

Cette démarche s'applique également pour l'infirmière praticienne travaillant dans un établissement de santé ontarien car la Cour suprême dans *Sister of St. Joseph of the Diocese of London (Ontario) v. Fleming*[379] présente une approche semblable pour démêler cette situation :

> « *(...) It is a safer practice, in order to determine the character of a nurse's employment at the time of a negligent act, to focus attention upon the question whether or not in point of fact the nurse during the period of time in which she was engaged on the particular*

---

[373] A. BERNARDOT et R. P. KOURI, *op. cit.*, note 113, p. 341, n° 519.
[374] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, n° 684, pp. 432-433.
[375] *Id.*, n° 683, p. 431.
[376] C. GIROUX, *op. cit.*, note 372, p. 72.
[377] Précité, note 104.
[378] *Id.*, p. 581.
[379] Précité, note 114.

> *work in which the negligent act occurred was acting as an agent or servant of the hospital within the ordinary scope of her employment or was at that time outside the direction and control of the hospital and had in fact for the time being passed under the direction and control of a surgeon or physician, or even of the patient himself. It is better, we think, to approach the solution of the problem in each case by applying primarily the test of the relation of master and servant or of principal and agent to the particular work in which the nurse was engaged at the moment when the act of negligence occurred.* »[380]

C'est donc la nature de la tâche exécutée qui permet de préciser la responsabilité[381]. Par exemple, une activité comportant un risque élevé pour le patient nécessite un degré supérieur de connaissance et de compétence. Dans le système de santé actuel, seul le médecin serait en droit de l'accomplir étant donné son savoir scientifique. Dans ces conditions, un hôpital ne pourrait pas substituer un médecin pour un professionnel moins qualifié. Les soins hospitaliers comportent différents niveaux de danger pour la personne et plus l'atteinte pour le patient peut être sérieuse plus l'expertise médicale doit être grande. Ce sont également ces raisons qui justifient l'importance du choix du préposé. En effet, le commettant doit, avant de déléguer une tâche, s'assurer que la personne qu'il mandate possède les compétences et l'expérience requises pour mener à bien sa mission selon l'évaluation des risques qu'il en fait[382]. Un choix imprudent et une appréciation erronée de la situation et des qualifications du préposé constituent des fautes personnelles du délégant. Par conséquent, les circonstances dans lesquelles se trouve le patient sont déterminantes pour clarifier à qui revient l'imputabilité d'une faute commise par l'infirmière praticienne que celle-ci exerce au Québec ou en Ontario. Ce sont donc les conditions qui engagent l'établissement hospitalier d'abord puis celles qui s'appliquent au médecin qui font l'objet du texte qui suit.

---

[380] *Id.*, pp. 190-191; Ce test a aussi été adopté dans les décisions suivantes : *Aynsley (Next friend of) v. Toronto General Hospital*, [1972] R.C.S. 435, pp. 438-439; *Vancouver General Hospital v. Fraser*, [1952] R.C.S. 36; *Sister of St. Joseph of the Diocese of Sault Ste. Marie v. Villeneuve*, [1975] 1 R.C.S. 285.
[381] Julie VEILLEUX, « Qui, du patron ou de l'hôpital, répond de la faute du résident ? », dans Service de la formation permanente, Barreau du Québec, *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1999, p. 36, à la page 38.
[382] *Id.*, p. 43; *Currie c. Blundell*, [1992] R.J.Q. 764 (C.S.).

1. La responsabilité légale de l'établissement de santé pour les actes posés par l'infirmière praticienne au Québec et en Ontario

L'infirmière praticienne au Québec est liée par contrat à l'établissement de santé car c'est ce dernier qui l'emploie et lui fournit son salaire[383]. Elle fait partie du personnel clinique que le centre hospitalier engage pour dispenser des services de santé qu'il est obligé légalement de fournir au patient[384]. De ce fait, l'hôpital détient le pouvoir de déterminer les modes d'exécution généraux des soins courants et les précautions qui doivent être prises dans le cadre de l'activité hospitalière. La Cour d'appel dans *Hôpital général de la Région de l'Amiante c. Perron*[385] exprime clairement les effets du lien de préposition qui existe entre l'organisation hospitalière et l'infirmière :

> « En règle générale, les infirmiers et les infirmières sont les préposés de l'hôpital, comme les techniciens de diverses disciplines, et l'exécution normale de leurs fonctions est celle de donner les soins et traitements que prescrit le médecin ou que l'hôpital doit fournir.
>
> (…) La faute commise dans l'exécution de ces fonctions engage la responsabilité de l'hôpital, non celle de l'anesthésiste, à moins que la faute ne soit commise en agissant sous la direction et sous le contrôle immédiats du médecin, ce qui n'est pas le cas ici.
>
> Les fautes du personnel infirmier ont été commises dans l'exécution des soins hospitaliers normaux et courants que l'hôpital doit fournir aux malades, par manque de vigilance, de surveillance ou de diligence à donner ces soins, à déceler un état d'urgence et à voir à ce qu'il y soit remédié par le spécialiste compétent. »[386]

Par extension, ceci s'applique également à l'infirmière praticienne car elle agit pour le compte de l'hôpital lorsqu'elle exécute des soins courants[387] et ce, même dans les cas où elle doit travailler en constante collaboration avec le médecin traitant comme le font les internes et les résidents. Cet extrait de la décision *Mellen c. Nelligan*[388] explique les particularités de leur situation par rapport à l'établissement de santé:

> « *The interns, on the other hand, are, by their functions and under the terms of their contractual relation with the hospital, primarily, the agents of the hospital; they remain the* "préposés" *of the hospital in connection with all the cares, treatments and services they render to the patients of the hospital within the scope of the services which the hospital has undertaken and is entitled to give to the patient, as distinguished from the*

---

[383] *Hôpital Général de la Région de l'Amiante c. Perron*, précité, note 104, p. 582; C. GIROUX, *op. cit.*, note 372, p. 84.
[384] *L.S.S.S.S.*, précité, note 222, art. 81.
[385] Précité, note 104.
[386] *Id.*, p.582.
[387] A. BERNARDOT et R. P. KHOURI, *op. cit.*, note 113, p. 450.
[388] [1956] R.L. 129 (C.S.).

cares which pertain exclusively to the sole professional jurisdiction and discretion of the surgeon (...).»[389]

En effet, l'infirmière praticienne, qui occupe dans certains cas des fonctions similaires à celles de l'interne, a pour principal mandat de dispenser des services hospitaliers variés. Ceux-ci comprennent entre autres, les soins pré et post opératoires, l'administration de certains agents pharmaceutiques ainsi que les soins infirmiers et médicaux donnés à la salle d'urgence, à l'unité des soins intensifs, à la salle de réveil et dans les différents secteurs d'activités cliniques[390]. Les propos de l'honorable juge Paré, de la Cour d'appel du Québec, dans la décision *Liberman c. Tabah*[391] viennent préciser la répartition de tâche revenant au personnel paramédical dans le suivi du patient :

> « En considérant les devoirs des chirurgiens et des membres du personnel d'un hôpital, il faut bien admettre que les activités normales du chirurgien dans un hôpital organisé se termine lorsque l'hôpital prend en charge le malade pour les soins post-opératoires. Sans doute le chirurgien doit-il retourner auprès de son patient lorsqu'on le rappelle pour quelque motif justifiant son intervention; mais quant au reste, ces soins relèvent des activités normales d'un hôpital. C'est pourquoi lorsque se termine l'opération et que le chirurgien a raison de croire que le malade n'a plus besoin de ses services de chirurgien, il peut quitter en laissant le malade aux soins du service concerné, en l'espèce, l'équipe de la salle de réveil.
>
> On conçoit facilement à quel point il serait onéreux pour les malades et la société en général s'il fallait exiger que les chirurgiens fournissent les soins post-opératoires. C'est pourquoi les hôpitaux se chargent de ces soins et les chirurgiens, sauf cas d'espèces, ont tout lieu de se fier aux services que les hôpitaux mettent à cette fin à la disposition des patients. »[392]

Pour mener à bien sa mission, l'infirmière praticienne doit surveiller le patient adéquatement[393]. Cette fonction exige qu'elle l'accompagne lorsqu'il est transféré d'une unité de soins à une autre, mais surtout qu'elle lui porte l'attention requise par son état de santé[394]. L'infirmière praticienne doit être compétente pour évaluer le degré de risques inhérents au traitement afin d'assurer le niveau de supervision adaptée aux conditions thérapeutiques[395]. Plus l'intervention comporte de dangers, plus l'intensité de la surveillance physique et médicale doit être grande[396]. De cette façon, l'infirmière praticienne sera en mesure de détecter les événements non prévisibles et pouvant être

---

[389] *Id.*, p. 162.
[390] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, n° 1471, p. 884.
[391] Précité, note 130.
[392] *Id.*, p. 1237.
[393] J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 72.
[394] *Hôpital Général de la Région de l'Amiante c. Perron*, précité, note 104, p. 582.
[395] *Rizk c. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*, C.Q. Montréal, n° 500-22-014109-972, 8 décembre 1998, juge J. Désormeau.
[396] *Ostiguy c. Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal*, précité, note 131.

préjudiciables au patient. Elle doit être particulièrement attentive aux modifications qui surviennent chez celui-ci pour pouvoir informer le médecin de tout changement suspect afin que ce dernier intervienne rapidement.

À défaut d'aviser le médecin en temps utile pour que celui-ci puisse remédier à la situation, c'est l'établissement de santé qui devra répondre de la faute de l'infirmière praticienne. C'est ce qui ressort de la décision *Liberman c. Tabah*[397] où l'infirmière de la salle de réveil ayant noté un saignement sur le pansement d'un patient venant de subir une hémi-thyroïdectomie, en informa l'interne de garde qui, ne croyant pas ce fait significatif, négligea de le transmettre au chirurgien et même, de procéder à une investigation plus poussée des causes du saignement. Le pansement fut donc renforcé par l'infirmière et le patient transféré à l'étage après avoir reçu une dose de démérol. Quelques heures plus tard, son état s'est détérioré au point de nécessiter une intubation endotrachéale. Au moment où le résident senior est arrivé au chevet du patient, celui-ci démontrait déjà de la cyanose; l'interne avait, encore une fois, fait preuve d'incompétence lors des manœuvres de réanimation. Le patient est ensuite décédé des suites de l'hypoxie cérébrale résultant de son arrêt respiratoire. Le Tribunal a considéré que ces fautes de l'interne et de l'infirmière engageaient la responsabilité de l'hôpital; les gestes fautifs étant effectués dans le cadre de la relation que ce dernier avait établi avec le patient. Ces préposés auraient dû informer le chirurgien du saignement et, ainsi, la suite d'actions fautives n'auraient probablement pas eu lieu.

La communication de renseignements au médecin dans les situations le requérant constitue la frontière où le lien de préposition se transfère de l'établissement de santé au médecin[398]. Elle fait toutefois partie intégrante des soins dispensés dans le contexte de l'obligation hospitalière. Le médecin est effectivement en droit de se fier à ce que l'infirmière praticienne agisse de manière diligente et l'avertisse des changements importants qui surviennent chez le patient. Le praticien ne peut évidemment rester auprès du patient continuellement comme le font les équipes d'infirmières selon l'organisation des soins prévue par le centre hospitalier.

L'hôpital doit également prévoir le personnel pour assurer l'exécution des ordonnances médicales[399]. En effet, l'obligation de l'institution hospitalière de fournir

---

[397] Précité, note 130.
[398] *Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos*, [1989] R.J.Q. 64 (C.A.).
[399] J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 72.

les soins de santé requis par l'état du patient découle directement du diagnostic médical et du plan de traitement élaboré par le médecin. Ce dernier oriente ainsi, par son interprétation des signes et symptômes observés, le déroulement de la thérapie et les précautions nécessaires pour la sécurité du patient. La Cour d'appel dans *Cloutier c. Hôpital le Centre Hospitalier de l'Université Laval (C.H.U.L.)*[400] explique cette obligation de l'établissement de santé :

> « L'hôpital, quant à lui, devait voir à l'exécution du plan de traitement défini par le médecin traitant. Il lui appartient d'introduire et de conserver l'information nécessaire dans ses dossiers. Il devait organiser le département, y affecter le personnel compétent requis et, si une surveillance plus immédiate avait été nécessaire, la fournir. Cette obligation de sécurité à l'égard du patient n'avait pas un caractère absolu. Elle dépendait de la nature du traitement prescrit. L'hôpital n'était pas tenu d'appliquer de son propre chef des mesures plus contraignantes que celles que le médecin traitant avait imposées, à moins de noter un changement substantiel et soudain dans l'état de la patiente. »[401]

L'infirmière praticienne, de par sa participation aux services institutionnels, doit suivre les directives médicales et respecter le niveau de supervision exigé dans la prescription faite par le médecin. Une infirmière praticienne négligeant de donner suite à une ordonnance médicale commet une faute. C'est ce qui peut être déduit de la décision *Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*[402] où l'honorable juge Ringuet dénonce l'attitude d'une infirmière coordonnatrice ayant mis de côté la prescription médicale qui l'enjoignait de fournir une escorte à une dame devant être transférée dans un autre hôpital. Les motifs évoqués par cette professionnelle étaient le débordement du service d'urgence et la pénurie de personnel ce jour-là. Dans ces circonstances, l'hôpital est d'autant plus responsable car c'est à lui de voir à une répartition de travail adéquate et sécuritaire pour le patient[403]. L'établissement de santé ne peut excuser un manquement à son obligation de soigner du fait qu'il n'a pas les ressources disponibles pour les soins requis par la patiente. En effet, « l'obligation de fournir des soins emporte également celle d'un suivi, même si des traitements doivent être donnés à l'extérieur des murs de l'établissement. Les hôpitaux ont pour fonction d'assurer la prestation de services de qualité qui soient continus, accessibles et respectueux des droits des personnes. »[404]

L'infirmière praticienne doit donc respecter l'ensemble des prescriptions du médecin car si elle ne s'y conforme pas, elle engage la responsabilité de l'établissement

---

[400] Précité, note 310.
[401] *Id.*, p. 722.
[402] Précité, note 148.
[403] *Id.*, p. 2118.
[404] *Id.*, pp. 2118-2119.

hospitalier. Toutefois, plusieurs activités médicales ne nécessitent pas d'instructions précises de la part du médecin et découlent directement du savoir appartenant au domaine de la santé. Le médecin est, par conséquent, en droit de s'attendre à ce que les normes médicales reconnues par la science soient respectées sans avoir à spécifier le déroulement des interventions indiquées. L'obligation du centre hospitalier consiste à s'assurer de la qualification des professionnels qu'il emploie et à actualiser leur connaissance en ce qui concerne les nouveautés scientifiques. L'infirmière praticienne contribue justement à cette mise à jour d'informations par l'enseignement qu'elle dispense aux infirmières mais également par les recherches qu'elle effectue dans son champ d'activité. La transmission d'informations non-conformes aux règles de l'art médical et infirmier de sa part pourrait engendrer des conséquences néfastes pour le patient dont l'hôpital, en tant que commettant, doit répondre.

L'infirmière praticienne assume également des fonctions qui débordent du cadre infirmier pour s'étendre vers des obligations plus médicales que l'établissement de santé doit aussi assurer. Celles-ci englobent la mise en œuvre des examens diagnostiques, des traitements médicaux et de la majorité des activités visant à établir le diagnostic médical[405]; ce dernier appartient toutefois au champ exclusif de la médecine et doit, de ce fait, être effectué par un médecin. Une erreur commise lors de l'accomplissement de ces actes médicaux peut engager la responsabilité de l'hôpital. C'est ce qui est arrivé dans la décision *Plamondon et Hôpital Hôtel-Dieu de Québec c. Boies*[406] où une interne, assignée à l'urgence par le centre hospitalier, a renvoyé chez lui un patient ayant reçu un éclat de métal dans l'œil sans le faire voir auparavant par un ophtalmologiste. Une infection ophtalmique aggrava la condition de l'œil et le patient en perdit l'usage. En tant que préposée de l'hôpital, cette interne devait prendre les mesures nécessaires pour que ce patient reçoive la thérapie appropriée à son état dans un délai acceptable en vue de minimiser son atteinte. Le simple bon sens aurait dû la guider et lui suggérer que son expertise n'était pas suffisante pour traiter adéquatement ce patient.

La délégation d'actes médicaux est complexe et la détermination du commettant dépend des particularités de chaque cas[407]. Par exemple, dans *Laforce Gélinas c.*

---

[405] J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 99, n° 1475, p.885
[406] J.E. 85-976 (C.A.).
[407] *Sisters of St. Joseph of the Diocese of Sault Ste. Marie v. Villeneuve*, précité, note 380; *Sisters of St-Joseph of Diocese of London (Ontario) v. Fleming*, précité, note 114; *Aynsley (Next friend of) v. Toronto General Hospital*, [1972] S.C.R. 435.

Dumont et Tourigny[408], l'honorable juge Crépeau énonce l'opinion que l'absence de choix de la part du praticien dans la sélection des préposés hospitaliers qui l'assistent fait en sorte qu'il ne peut vraiment y avoir déplacement du lien de préposition vers le médecin même s'il confie à un auxiliaire médical une action visant à l'aider à mener à bien un acte médical. Il est toutefois important de mentionner que, dans cette affaire, le geste posé était secondaire en ce qu'il ne consistait qu'à tenir une seringue afin que le médecin puisse manipuler un cathéter à deux mains.

Les administrateurs du centre hospitalier ont donc la responsabilité de coordonner tous les services médicaux et paramédicaux. Pour ce faire, ils assument un pouvoir de contrôle et de surveillance sur les activités qui se déroulent à l'intérieur de leur organisation[409].

L'établissement hospitalier ontarien assume également la responsabilité des activités de l'infirmière praticienne car ces dernières sont soumises, comme tous les autres employés de l'hôpital, aux règlements internes émis par lui[410]. Leurs services sont directement rémunérés par le centre hospitalier dont les devoirs envers le patient sont dans les grandes lignes similaires à ceux d'un hôpital québécois. En effet, l'institution de santé ontarienne doit assurer au patient des soins sécuritaires[411]. Pour ce faire, elle doit employer du personnel compétent et vérifier que leur savoir reste actuel[412]. Elle doit également émettre des directives claires et accessibles à tous les employés et superviser le fonctionnement efficient de l'établissement[413]. L'imputabilité du centre hospitalier ne sera retenu que s'il est démontré que l'infirmière praticienne a commis une faute dans l'exécution de ses fonctions pour le compte de l'hôpital et qu'elle faisait partie de l'organisation hospitalière[414].

Le lien de préposition entre l'infirmière praticienne et l'hôpital peut être déduit de la jurisprudence ontarienne qui a réaffirmé à plusieurs reprises le rôle d'auxiliaire de l'infirmière, de l'interne et du résident. Par exemple, dans *Keane c. Craig and the Great War Memorial Hospital of Perth*[415], une infirmière ayant été témoin d'une spécification

---

[408] [2000] R.R.A. 803 (C.S.).
[409] *Id.*, n° 1480, pp. 887-888.
[410] *Loi sur les hôpitaux publics*, précité, note 326.
[411] *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, précité, note 125.
[412] *Id.*; E. I. PICARD et G.B ROBERTSON, *op. cit.*, note 38, p. 367.
[413] *Id.*
[414] *Id.*, p. 382.
[415] Ontario H.C., no 59911/92, 6 juin 2000, j. Chilcott.

ajoutée par la patiente lors de la signature du consentement pré-opératoire et ayant omis d'en informer le chirurgien, a engagé la responsabilité de l'établissement hospitalier du fait de son comportement qui, selon le juge, constitue un écart important à la pratique infirmière généralement admise. Dans *Sisters of St-Joseph of the diocese of Sault Ste-Marie v. Villeneuve*[416], les juges Spence et Laskin de la Cour suprême expriment leur dissidence dans cette décision qui condamne exclusivement le médecin et aurait retenu la responsabilité du centre hospitalier pour le fait de l'infirmière qui n'a pas su immobiliser adéquatement un enfant alors que le médecin lui faisait une injection de pentothal. Ces juges considèrent qu'étant employée de l'hôpital lors de la commission de cette faute, l'infirmière agissait en tant que préposée de l'établissement rendant ainsi ce dernier responsable de l'acte fautif. Dans *Look(Next friend of) v. Himel*[417], l'honorable juge Rapson réaffirme la position de préposée de l'infirmière envers l'hôpital lors d'activités médicales aussi délicates que le suivi au moment d'un accouchement provoqué. Le lien de causalité n'ayant pu être prouvé, cette cause a été déboutée. La décision *Kolesar v. Jeffries*[418] démontre que le médecin est en droit de se fier à ce que le personnel infirmier surveille le patient selon l'intensité requise par son état sans avoir à le spécifier par une ordonnance. De plus, la Cour d'appel de l'Ontario y mentionne que le suivi post-opératoire revient à l'hôpital. Toutefois, ce même Tribunal dans *MacDonald v. York County Hospital*[419] vient nuancer la responsabilité de l'hôpital car, dans cette affaire, malgré la faute des infirmières dans la transmission d'informations au médecin, celui-ci admet que, même s'il avait été avisé des changements survenus chez le patient, il n'aurait pris aucune mesure pour y remédier. Le Tribunal n'a donc retenu que la faute du médecin[420].

L'infirmière praticienne ontarienne doit toutefois posséder l'expertise pour observer, superviser et interpréter les signes et symptômes survenant chez le patient et aviser le médecin[421]. L'hôpital est responsable du manque de compétence de son personnel même lorsque celui-ci agit sous les ordres du médecin car ce dernier n'a pas

---

[416] Précité, note 380.
[417] Précité, note 190.
[418] Précité, note 319.
[419] Précité, note 111.
[420] Cette cause a été confirmée en Cour suprême.
[421] *Willians (Litigation Guardian of) v. North York General Hospital*, précité, note 117; *Martin c. Listowel Memorial Hospital*, précité, note 128; *Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital*, précité, note 125.

vraiment le pouvoir de choisir les employés avec qui il doit travailler dans le contexte hospitalier[422]. De plus, le médecin est en droit de s'attendre à ce que l'établissement lui fournisse des auxiliaires ayant les aptitudes nécessaires à l'accomplissement des activités qu'il leur délègue[423]. Il ne devrait pas avoir à vérifier si les gestes posés par l'infirmière praticienne respectent les principes scientifiques en vigueur même si les tâches mandatées relèvent de la médecine[424].

La majorité des activités de l'infirmière praticienne sont effectuées dans le cadre des obligations de l'établissement hospitalier mais il existe certaines situations spécifiques où c'est le médecin qui devient imputable des comportements fautifs de cette professionnelle.

2. La responsabilité médicale dans la délégation d'actes médicaux à l'infirmière praticienne

L'infirmière praticienne québécoise est limitée dans ses activités médicales car elle doit être supervisée par le médecin et le centre hospitalier mais, surtout, parce que la prescription et l'utilisation des techniques d'investigation et de traitement dépendent du diagnostic médical qui relève exclusivement du champ de la médecine. De ce fait, le médecin est en meilleure position pour juger du niveau de surveillance requis et pour planifier le déroulement de la thérapie[425]. C'est effectivement l'atteinte physiopathologique qui oriente le choix des interventions telles que l'ordonnance des médicaments et l'intensité des soins et du suivi à fournir au malade. Il est donc normal que le médecin soit imputable de ces actes médicaux spécifiques qu'il délègue à l'infirmière praticienne car il détient ainsi un pouvoir de contrôle direct et immédiat[426].

Les conditions dont il est question ici, diffèrent d'une situation où l'infirmière praticienne assiste le médecin dans le cadre d'un service hospitalier comme la fourniture d'équipements médicaux lors d'une intervention chirurgicale; ces fonctions font partie de l'obligation de l'établissement hospitalier[427]. En effet, certains actes médicaux s'intègrent à l'activité hospitalière dépendamment du degré de risque qu'ils comportent.

---

[422] *Sisters of St-Joseph of Diocese of London (Ontario) v. Fleming*, précité, note 114.
[423] *Vancouver General Hospital v. Fraser Estate*, [1952] 2 S.C.R. 36.
[424] *Id.*
[425] *Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*, précité, note 148.
[426] C. GIROUX, *op. cit.*, note 372, p. 92.
[427] *Hôpital de Chicoutimi c. Thomassin*, précité, note 275.

L'infirmière praticienne effectue de nombreuses actions qui n'exigent pas nécessairement de supervision médicale car elles font partie de l'exercice infirmier proprement dit[428]. De plus, l'utilisation des protocoles de soins établis par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement de santé permet à l'infirmière praticienne de gérer les soins courants sans que le médecin n'ait vraiment à y prendre part[429]. Ces situations médicales qui se déroulent dans des conditions normales relèvent généralement des devoirs institutionnels.

Toutefois, lorsqu'un événement imprévu requiert l'intervention d'un médecin, il y a transfert de la responsabilité de l'hôpital vers les services plus spécialisés du médecin. En effet, les protocoles de soins ne sont pas prévus pour gérer des problèmes médicaux inhabituels et complexes mais pour servir dans des circonstances fréquemment rencontrées et prévisibles. Les phénomènes particuliers et fortuits nécessitent effectivement une expertise plus approfondie appartenant aux spécialistes de la sphère médicale. Par exemple, dans *Labrecque c. Hôpital du St-Sacrement*[430], le chirurgien, alerté par un spasme artériel chez son patient, le réfère à un spécialiste qui le place sous observation étroite. Le suivi postopératoire qui incombait à l'hôpital[431] passe ainsi sous le contrôle du médecin spécialiste qui devient responsable de la faute des auxiliaires médicaux à qui il demanda de remplir une partie de ses fonctions[432]. Dès ce moment, il y a déplacement du lien de subordination au profit du médecin comme l'explique l'honorable juge Allard :

> « De l'avis du Tribunal, c'est une situation où la notion de patron momentané trouve application, les résidents ayant exécuté pour les D^rs^ Normand et Labbé des tâches que ces derniers leur ont confiées et qui font partie des soins qu'ils devaient au demandeur. Si l'un ou l'autre les a mal exécutées par inhabilité, incompétence ou imprudence et a causé préjudice, il s'agit alors purement et simplement d'une mauvaise exécution d'un soin qui l'a été pour un patron qui le devait suivant le contrat de soins avec son patient. »[433]

Le transfert du lien de préposition de l'hôpital au médecin survient lorsque ce dernier introduit un tiers pour assumer des actes médicaux relevant de son obligation personnelle envers le patient. Par exemple, dans l'affaire *Mellen c. Nelligan*[434], l'interne devient le préposé du médecin traitant car il agit sous son autorité directe même si c'est le

---

[428] J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 65, p. 72.
[429] *Id.* ; COMITÉ DE TRAVAIL CONJOINT SUR LES ACTES AUTORISÉS, *op. cit.*, note 73.
[430] Précité, note 126.
[431] *Tabah c. Liberman*, précité, note 130.
[432] *Id.*
[433] *Id.*, p. 75.
[434] [1956] R.L. 129 (C.S.).

centre hospitalier qui le rémunère et l'a engagé. Il semble que ceci doit s'appliquer aussi aux infirmières praticiennes qui reçoivent des instructions spécifiques du médecin en charge du patient lors de l'accomplissement des fonctions médicales déléguées.

Le médecin peut se faire assister pour des tâches secondaires dans le cadre du traitement mais il demeure responsable de l'établissement du diagnostic et donc du plan de traitement général. Dans *Murray-Vaillancourt c. Clairoux*[435], l'honorable juge Reeves explique :

> « Il faut distinguer la délégation d'actes principaux et essentiels du traitement, ce qui serait un manquement à l'obligation de prodiguer personnellement les soins, de la délégation d'actes matériels accessoires qui visent à assister le praticien et à lui permettre de prodiguer efficacement les soins. »[436]

Le fait de déléguer une de ses obligations à un assistant médical, qu'il soit résident ou infirmière praticienne, ne décharge pas le médecin traitant de ses devoirs envers le patient. C'est le principe qui découle de la décision *Richard c. Hôtel-Dieu de Québec et Houde*[437] lorsqu'un anesthésiste confie au résident la surveillance de son patient installé sur un matelas chauffant qui graduellement finit par le brûler. Le médecin doit s'assurer que la personne à qui il confie une activité médicale est compétente sinon il doit s'abstenir car il lui incombe de prendre tous les moyens nécessaires pour assurer la sécurité de son patient[438]. Le médecin a également la responsabilité de déterminer le degré de risque d'une intervention et de juger si cette dernière peut être accomplie par un subordonné.

Le médecin doit donc « exercer une direction et une supervision étroite sur tout acte médical qui pourrait être accompli par un collaborateur, autorisé par ailleurs à exercer la médecine. »[439] Ceci est d'autant plus vrai pour l'infirmière praticienne du fait que l'article 19 du *projet de loi no 90* mandate le médecin pour surveiller les activités médicales autorisées dans le cadre de la pratique infirmière avancée. Ceci n'a pas pour effet de contraindre le médecin à une présence physique constante auprès du patient[440] mais de l'astreindre à évaluer les risques de la tâche à accomplir ainsi que la compétence

---

[435] Précité, note 124.
[436] *Id.*, p. 771.
[437] [1975] C.S. 223, p.226.
[438] *Côté c. Hôpital l'Hôtel-Dieu de Québec*, [1982] C.S. 906, pp. 925 et 929.
[439] P.-A. CRÉPEAU, *op. cit.*, note 68, pp. 12-13.
[440] *Murray-Vaillancourt c. Clairoux*, précité, note 124, p. 771.

de son adjoint. Il doit demeurer disponible pour intervenir lorsque la situation le requiert.

Le médecin qui introduit l'infirmière praticienne dans l'exécution d'une tâche qui relèvent exclusivement de sa compétence et de son obligation[441] envers le patient devient son commettant momentané[442] :

> « Les internes, en effet, sont d'abord et avant tout les préposés du centre hospitalier qui, en vertu du contrat d'emploi qu'il passe avec eux, les affecte aux différents services qu'il peut dispenser aux patients. Mais ces internes, par contre, deviennent les préposés des médecins traitants en ce qui a trait aux soins et traitements qui relèvent de la juridiction et de la discrétion de ces derniers, qui, alors, exercent seuls un contrôle sur eux. »[443]

Un acte compris dans les soins courants au patient et qui peut être détaché de l'activité réservée au médecin relève essentiellement du centre hospitalier. Le médecin n'assume que les interventions qui font partie de son champ d'exercice et auquel il a pris part[444]. Par exemple, dans *Goupil c. Centre Hospitalier Universitaire de Québec*[445], l'honorable juge Morin précise qu'une tâche effectuée dans le cadre de la détermination du diagnostic médical comme l'analyse pathologique post-biopsie ne se situe pas dans le cadre d'une relation de préposition avec l'institution hospitalière mais plutôt dans celle qui existe entre le médecin et l'auxiliaire médical[446]. Dans cette affaire, la résidente a mélangé les réquisitions des rapports d'examen pathologique entraînant un diagnostic de cancer chez une patiente alors qu'il s'agissait du résultat d'un spécimen provenant d'une autre malade. Le médecin est responsable de la valeur du diagnostic et il ne peut s'en décharger sur le subordonné[447] qui l'assiste dans l'accomplissement de son devoir envers le patient. L'obligation de l'hôpital réfère surtout au maintien des normes de qualité établies par les Ordres pour les actes professionnels dispensés à l'intérieur de l'institution[448].

L'omission « de prescrire des mesures particulières lorsque la situation l'exige»[449] et que l'information est connue en temps utile pour agir ainsi qu'une

---

[441] L'obligation du médecin découle soit d'un contrat entre lui et le patient, soit d'un devoir légal de fournir des soins de santé.
[442] R. BOUCHER (dir.), *loc. cit.*, note 288, p. 361.
[443] *Tabah c. Liberman*, précité, note 130, p.357.
[444] J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.,* note 65, p. 73.
[445] [2001] R.J.Q. 1814 (C.S.).
[446] *Id.*, p. 1837.
[447] *Id.*, p. 1823.
[448] *Id.*, p. 1837.
[449] J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.,* note 65, pp. 71, 112; voir également : *Gburek c. Cohen*, [1988] R.J.Q. 2424 (C.S.).

ordonnance erronée constituent des fautes qui entraînent la responsabilité du médecin car c'est en collaboration avec ce dernier que l'infirmière praticienne québécoise planifie le traitement du patient[450]. Il en est autrement pour l'infirmière praticienne ontarienne car, étant autorisée à pratiquer de manière autonome, elle est responsable des erreurs qu'elle commet à moins qu'elle ne soit, au moment de l'acte fautif, employée par l'hôpital qui devient ainsi son commettant.

L'infirmière praticienne ontarienne n'engage que rarement la responsabilité du médecin. En effet, elle n'est soumise à l'autorité médicale que dans les conditions où elle travaille directement pour lui[451] ou lorsque les règlements internes de l'établissement hospitalier lui imposent de suivre les directives du médecin[452]. De là, l'importance d'examiner les faits particuliers se rapportant à la commission de l'acte fautif pour pouvoir déterminer qui, du médecin ou de l'hôpital, était le commettant au moment du dommage comme le suggère la Cour suprême dans l'affaire *Aynsley v. Toronto General Hospital*[453]. Les tribunaux ont jusqu'à maintenant favorisé l'existence d'un lien de préposition entre l'hôpital et les auxiliaires médicaux plutôt qu'entre ces derniers et le médecin du fait que la majorité des fonctions des infirmières, des internes et des résidents sont effectuées dans le cadre des obligations hospitalières[454]. Toutefois, quelques décisions canadiennes admettent l'imputabilité du médecin pour le comportement préjudiciable d'un adjoint médical l'assistant dans sa tâche[455]. Par exemple, dans *McNamara v. Smith*[456], la Cour d'appel de l'Ontario aurait reconnu un chirurgien responsable pour la faute de l'interne qui le secondait lors d'une amygdalectomie si la résection accidentelle de la luette, par ce dernier, avait causé un préjudice. En ce qui concerne l'infirmière praticienne, l'établissement d'une relation commettant-préposée entre elle et le médecin semble plus probable lorsque celle-ci fait appel au médecin lors

---

[450] *Projet de loi no 90 – Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, précité, note 33, art. 19.
[451] E. I. PICARD et G.B ROBERTSON, *op. cit.*, note 38, p. 357-358.
[452] NURSE PRACTIONERS ASSOCIATION OF ONTARIO, *Role of PHC and AC NP's: Primary Health Care Nurse Practitioner: RN (EC) Designation*, Toronto, N.P.A.O., 2002 (disponible sur le site: www.npao.org).
[453] Précité, note 380.
[454] *Vancouver General Hospital v. Fraser Estate*, précité, note 380; *Sisters of St. Joseph of Diocese of London (Ontario) v. Fleming*, précité, note 114; *Martel c. Hôtel-Dieu de St-Vallier*, précité, note 340.
[455] voir en *obiter* : *Considine v. Camp Hill Hospital*, [1982] 133 D.L.R. (3d) 11 (N.S.S.C.T.D.). Dans *Lloy v. Milner*, [1981] 15 Man. R.(2d) 187 (Q.B.), la Cour note que l'anesthésiste aurait accepté la responsabilité pour le résident mais la cause fut déboutée. Dans *McLean v. Carr Estate*, [1994] 363 A.P.R. 271 (Nfld. S.C.T.D), le médecin fut tenu responsable de la faute du résident.
[456] [1934] 2 D.L.R. 417 (Ont. C.A.).

d'un suivi complexe nécessitant une expertise médicale supérieure et que le médecin, suite à l'acceptation du patient, lui demande d'accomplir certaines des activités médicales qui font partie de son obligation envers ce patient.

L'infirmière praticienne québécoise est considérée avant tout comme une auxiliaire médicale qui exerce sous la surveillance du médecin. De ce fait, elle risque d'engager la responsabilité du médecin plus souvent que son homologue de l'Ontario car cette dernière a davantage un rôle de collaboratrice et de professionnelle indépendante. Toutefois, l'infirmière praticienne ontarienne qui travaille directement pour un médecin peut devenir ainsi sa préposée, le rendant responsable de ses gestes fautifs si ceux-ci causent un dommage.

CONCLUSION

L'infirmière praticienne apporte une perspective unique à la prise en charge des patients de par son expertise et son savoir spécialisé dans un champ spécifique du domaine de la santé. Ses fonctions qui se situent entre celles du médecin et celles de l'infirmière soignante lui confèrent quatre obligations principales qui consistent à respecter le secret professionnel, à renseigner le patient afin, entre autres, d'obtenir son consentement, à lui dispenser des soins consciencieux et modernes ainsi qu'à lui assurer un suivi adéquat. Elle doit dans l'accomplissement de ses devoirs se comporter en professionnelle prudente, diligente et consciencieuse selon les règles de l'art de la sphère où elle évolue tout en respectant les limites imposées par la loi et ce, qu'elle exerce au Québec ou en Ontario. L'infirmière praticienne qui ne se conforme pas à ces exigences commet une faute qui peut, lorsqu'elle cause un préjudice, entraîner la responsabilité de l'hôpital, si l'infirmière praticienne agissait sous l'autorité exclusive de celui-ci, ou celle du médecin, si elle était momentanément soumise à son contrôle direct.

Le *Projet de loi no 90* confine l'infirmière praticienne québécoise à un rôle de subordination en assignant au médecin et à l'établissement hospitalier la tâche de surveiller sa prestation quant aux activités restreintes auparavant aux membres de la discipline médicale. L'encadrement des fonctions de l'infirmière praticienne découle en

partie des préjugés qui ont persisté envers les infirmières au cours de leur histoire[457]. Malheureusement, cette situation et la méconnaissance du public en ce qui concerne ce nouveau rôle risquent d'engendrer une certaine méfiance envers cette professionnelle sans que celle-ci n'ait vraiment pu faire ses preuves[458]. De plus, la confusion qui règne quant à la définition du rôle de l'infirmière praticienne n'aide pas car elle crée de l'incertitude quant aux qualifications requises pour que cette intervenante puisse remplir adéquatement sa mission auprès du public. Le médecin qui doit, dans des circonstances précises, assumer la responsabilité des comportements fautifs de l'infirmière praticienne, peut ainsi éprouver de la réticence à collaborer avec elle.

Pour pallier à ces problèmes, il faudrait avant tout clarifier les fonctions de l'infirmière praticienne et émettre des directives précises sur le transfert des activités professionnelles pour que les intervenants comprennent leur imputabilité envers le patient mais, aussi, pour que le public et les juristes puissent mieux reconnaître les devoirs de chacun[459]. La planification de mécanismes garantissant une formation adéquate et continue de cette professionnelle peut également aider sa crédibilité. De plus, l'élaboration de modèles académiques officiels fondés sur la pratique et des données probantes est nécessaire pour assurer une prestation de services valables et efficaces pour les patients. Pour ce faire, les milieux cliniques et académiques doivent joindre leurs efforts pour déterminer les besoins réels de la population. Une éducation au niveau de la maîtrise favoriserait davantage l'intégration de l'infirmière praticienne en tant que professionnelle à part entière dans l'équipe multidisciplinaire[460].

Les membres de cette discipline infirmière doivent participer à l'élaboration des normes d'exercice régissant leur profession car les intervenants exécutant des activités connexes ne sont pas en mesure d'apprécier adéquatement les particularités des gestes posés par l'infirmière praticienne[461]. De plus, l'implication de l'infirmière praticienne dans le réglementation de son activité professionnelle lui redonne un certain pouvoir sur

---

[457] Murray SINCLAIR, *The Report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest: An Inquiry Into Twelve Deaths at the Winnipeg Health Sciences Centre in 1994*, chapter 3: Nursing, Winnipeg, Provincial Court of Manitoba, 2001. (disponible sur le site: www.pediatriccardiacinquest.mb.ca).
[458] H. LAURIER, « Les infirmières non qualifiées », Lettre d'un lecteur à l'éditeur, Montréal, *La Presse*, samedi 5 octobre 2002.
[459] SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, *op. cit.*, note 52, p. 186.
[460] Arlene SPERHAC et Frances STROCTBECK, « Advanced Practice Nursing : New Opportunities for Blended Roles », (1997) 22 MCN 287 (November/December); Bonnie BULLOUGH, « The current phase in the development of nurse practice acts », (1984) 28:365 *Saint Louis University Law Journal* 365, p.391..
[461] Robert S. PRICHARD (dir.), *Liability and Compensation in Health Care: The Effects of Liability on Health Care Providers*, vol. 2, Toronto, University of Toronto Press, 1990, pp.106-107.

sa pratique et sert à promouvoir cette fierté nécessaire pour responsabiliser les professionnels afin que ceux-ci aient à cœur d'améliorer leur prestation de soins auprès des bénéficiaires[462]. Actuellement, l'infirmière praticienne est désignée différemment selon le lieu où elle pratique car son titre n'est pas protégé permettant ainsi à n'importe quelles infirmières de l'utiliser sans que celles-ci n'ait à démontrer une certification de spécialiste alors que la spécificité de l'infirmière praticienne découle principalement de sa formation supérieure dans un domaine particulier des soins. L'expertise de l'infirmière praticienne dépend effectivement de la catégorie de patients qu'elle traite car ses activités professionnelles doivent être adaptées à leurs besoins spécifiques. L'infirmière praticienne doit prendre part à l'élaboration des principes directeurs sur les exigences de sa pratique pour que ceux-ci soient conformes aux réalités des milieux cliniques[463]. Il est de l'intérêt de l'infirmière praticienne mais, surtout, des patients que les critères de formation et de certification soient transmis au niveau national pour qu'il y ait consensus sur les attentes envers l'infirmière praticienne et pour maintenir un niveau d'excellence dans cette profession[464].

Le rôle de l'infirmière praticienne au Québec n'en est qu'à ses débuts. Tout reste encore à faire. En effet, le *Projet de loi no 90* ne fait qu'amorcer l'intégration des activités de cette professionnelle. Pour assurer la qualité de sa prestation, une uniformisation de la formation académique et des normes de pratique doit être mise sur pied. La collaboration des corporations professionnelles est nécessaire pour l'élaboration des critères d'exercice et la certification des infirmières habilitées à exécuter des tâches précédemment réservées au médecin. Le diagnostic médical demeure l'exclusivité de la profession médicale réaffirmant son statut de leader dans la prestation des services affectant la santé des individus.

L'Ontario a une longueur d'avance sur le Québec car le Collège des infirmières et infirmiers de l'Ontario a déjà publié les normes d'exercice à l'intention de l'infirmière praticienne. En Ontario, l'infirmière praticienne travaillant dans la communauté exerce de manière plus autonome que l'infirmière praticienne employée dans un établissement de santé. En effet, la *Loi sur les hôpitaux public* restreint l'activité professionnelle de

---

[462] *Id.*
[463] ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, *Fiche d'information : Le rôle de l'infirmière praticienne dans le monde*, Ottawa, A.I.I.C., mars 2002 (disponible sur le site : www.cna-nurses.ca).
[464] COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO, *op. cit.*, note 44.

cette dernière. Toutefois, toutes deux ont une indépendance de pratique que l'infirmière praticienne québécoise n'a pas.

Le gouvernement québécois semble avoir préféré maintenir l'encadrement actuel des professionnels de la santé. La raison évoquée est la protection du public mais présentement une partie de la population n'a pas accès à des services de santé laissant certains d'entre eux dans des situations précaires quant à leur bien-être. L'infirmière praticienne possède une formation qui lui permet justement d'assurer le suivi des clientèles ayant des problèmes médicaux chroniques et courants à moindre coût[465]. Le manque de disponibilité des médecins laisse la porte ouverte à de nombreuses pratiques alternatives non réglementées qui font questionner la valeur des restrictions concernant l'infirmière praticienne. La profession infirmière est pourtant reconnue pour sa compétence et son souci d'assurer des soins de qualité.

Le maintien d'un système fortement hiérarchisé limite la performance des intervenants en santé et freine l'accessibilité des services aux patients. La complexité des soins de santé nécessite la compétence et l'expertise des différentes disciplines professionnelles pour assurer au public des soins de qualité. Les efforts de chacun doivent converger vers l'amélioration de la prestation des professionnels. Le système de santé actuel ne peut rester accroché à des préjugés qui augmentent les coûts mais surtout qui restreignent la disponibilité des services de santé pour les patients[466].

---

[465] Frank T. DENTON, Amiram GAFNI, Byron G. SPENCER et Greg L. STODDART, *Potential Savings from Nurse Practitioner Technology in the Canadian Health Care System*, QSEP Research Report no 45, Program for Quantitative Studies in Economics and Population, Hamilton, Faculty of Social Sciences, McMaster University, July 1982.

[466] Antoinette DeBOIS INGLIS et Diane K. KJERVIK, « Empowerment of Advanced Practice Nurses : Regulation Reform Needed to Increase Access to Care », (1993) 21 : 2 *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 193; M. CLAIR (dir.), *op. cit.*, note 54, pp. 25-26.

BIBLIOGRAPHIE

Législation québécoise

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12.

Code civil du Québec, L.Q., 1991, c. 64.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 4.

Code de la sécurité routière, L.R.Q., c. C-24.2.

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

Expanded Nursing Services for Patients Act. , R.S.O., 1997, c. 9.

Loi médicale, L.R.Q. , c. M-9.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, projet de loi n° 90 (adopté le 14 juin 2002), 2e session, 36e législature (Québec).

Loi sur l'assurance automobile, L.R.Q., c. A-25.

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, L.R.Q., c. A-3.001.

Loi sur les Infirmières et Infirmiers, L.R.Q., c. 1-8.

Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q. c. P-34.1.

Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., c. P-35.

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

Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que les médecins, R.R.Q., 1981, c. M-9, r.1.

Législation ontarienne

Loi de 1991 sur les infirmières et les infirmiers, L.O. 1991, c. 32.

Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées, L.O. 1991, c. 18 (*Regulated Health Professions Act,* S.O., 1991, c. 18).

Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé, L.O., 1996. c. 2, Annexe A.

Loi sur les hôpitaux publics, L.R.O., 1990. c. P.40.

Negligence Act, R.S.O., 1980, c. 315; R.S.O., 1990, c. N.1.

Législation canadienne

Alberta

Nurse Practitioner Regulation, Alberta Regulation 2002, n° 126/2002.

Public Health Act, R.S.A. 2000, c. P-37.

Manitoba

Loi sur les infirmières, L.M. 1999, c. 36

Nouveau-Brunswick

Loi modifiant la loi sur les infirmières, les infirmiers, les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens, projet de loi 44 (adopté le 7 juin 2002), 4e session, 54e législature (Nouveau-Brunswick).

Nouvelle-Écosse

Registered Nurses Act, R.S.N.S. 2001, c. 10, s. 1.

Saskatchewan

The Registered Nurses Amendment Act, S.S. 2001, c. 37.

Terre-Neuve et Labrador

Nurse Practitioner Regulations, Newfoundland and Labrador Regulation 1998, n° 65/98.

Territoire du Nord-Ouest et Nunavut

Loi sur la profession infirmière, L.R.T.N.-O. 1988, c. N-4.

Yukon

Loi sur les pharmaciens, L.R.Y. 1986, c. 131.

Loi sur la profession d'infirmière autorisée et d'infirmier autorisé, L.Y. 1992. c. 11

Règlement sur la fourniture de drogues (infirmier autorisé et infirmière autorisée), O.I.C. 1998/164, entrée en vigueur 15 octobre 1998 (Décret 1998/164 Loi sur les pharmaciens) (1998) Yk. Gaz. II, 290.

Jurisprudence québécoise

Boies c. Hôtel-Dieu de Québec, [1980] C.S. 596.

Cardin c. Cité de Montréal, [1961] R.C.S. 655.

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

Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles, [2000] R.J.Q. 2110 (C.Q.).

Cordeau c. Cordeau, [1984] R.D.J. 201 (C.A.).

Côté c. Hôtel-Dieu de Québec, [1982] C.S. 906; [1987] R.J.Q. 723 (C.A.).

Covet c. Jewish General Hospital, [1976] C.S. 1390.

Currie c. Blundell, [1992] R.J.Q. 764 (C.S.).

De Bogyay c. Royal Victotia Hospital, [1987] R.R.A. 613 (C.A.).

Descarreaux c. Jacques, [1969] B.R. 1109 (C.A.).

Desormeaux c. Centre Hospitalier St-Mary's, [1992] R.R.A. 516 (C.S.).

Driver c. Coca-Cola Ltd, [1961] R.C.S. 201.

Drolet c. Parenteau, [1991] R.J.Q. 2956 (C.S.) ; [1994] R.J.Q. 689 (C.A.).

Dubord-Bois c. Corp. professionnelel des médecins du Québec, (C.S.) J.E. 98-72.

Filion v. Hôpital Ste-Justine et Magnan, Cour supérieure, district de Montréal, no 500-05-521137-66, 28 février 1966 ; Cour d'appel, Montréal, no 500-09-009371-68, 30 décembre 1968.

Frenette c. La Métropolitaine, Compagnie d'assurance-vie, [1990] R.J.Q. (C.A.) ; [1992] R.C.S. 647.

Gburek c. Cohen, [1988] R.J.Q. 2424 (C.S.).

Goupil c. Centre Hospitalier Universitaire de Québec, [2001] R.J.Q. 1814 (C.S.).

Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos, [1984] C.S. 792; [1989] R.J.Q. 64 (C.A.).

Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault et Brochu, [2001] R.J.Q. 832 (C.A.).

Hôpital général de la Région de l'Amiante c. Perron, [1976] C.S. 1191 ; [1979] C.A. 567.

Hôpital Notre-Dame de l'Espérance c. Laurent, [1978] 1 R.C.S. 605.

Labrecque c. Hôpital du Saint-Sacrement, [1995] R.R.A. 510 (C.S.); [1997] R.J.Q. 69 (C.A.).

Laferrière c. Lawson, [1991] 1 R.C.S. 541

Laforce Gélinas c. Dumont et Tourigny, [2000] R.R.A. 803 (C.S.).

Lamarre c. Hôpital du Sacré-Cœur, [1996] R.R.A. 496 (C.S.) ; J.E. 96-1033.

Lapointe c. Hôpital Le Gardeur, [1989] R.J.Q. 2619 (C.A.) ; [1992] 1 R.C.S. 351

Liberman c. Tabah, [1986] R.J.Q. 1333 (C.S.); [1990] R.J.Q. 1230 (C.A.).

Martel v. Hôtel Dieu St-Vallier, [1968] B.R. 389 ; [1969] R.C.S. 745.

Mellen c. Nelligan, [1956] R.L. 129 (C.S.).

Murray-Vaillancourt c. Clairoux, [1989] R.R.A. 762 (C.S.).

Ostiguy c. Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, [1999] R.R.A. 168 (C.S.).

Pilorgé c. Desgens, [1987] R.D.J. 341 (C.A.).

Plamondon et Hôpital Hôtel-Dieu de Québec c. Boies, J.E. 85-976 (C.A.).

Richard c. Hôtel-Dieu de Québec et Houde, [1975] C.S. 223.

Rizk c. Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, C.Q. Montréal, no 500-22-014109-972, 8 décembre 1998, juge Désormeau.

Ryssok c. Hôpital Royal Victoria, [1995] no 500-05-013760-887, A.Q. No 1606 (C.S.).

S.D. c. R.H., [1989] R.D.J. 390.

St-Jean c. Mercier, [1999] R.J.Q. 1658 (C.A.).

Suite c. Cooke, [1993] R.J.Q. 514 (C.S.) ; [1995] R.J.Q. 2765 (C.A.).

Thomassin c. Hôpital de Chicoutimi, [1990] R.J.Q. 2275 (C.S.); [1997] R.J.Q. 2121 (C.A.).

Vézina c. Corp. professionnelle des médecins du Québec, [1998] A.Q. no 3107 (C.A.).

Vigneault c. Mathieu, [1991] R.J.Q. 1607 (C.A.).

Villemure c. Turcot, [1973] R.C.S. 716.

X. c. Mellen, [1957] B.R. 389.

Zenith Radio Corporation of Canada Ltd. et l'Ordre des audioprothésistes du Québec, [1976] C.S. 1758.

Jurisprudence ontarienne

Aynsley (Next friend of) v. Toronto General Hospital, [1972] S.C.R. 435.

Ciarlariello v. Schacter, [1993] 2 R.C.S. 119.

Crits and Crits c. Sylvester et al., [1956] 1 D.L.R. (2d) 502 (Ont. C.A.).

De Riggs v. Turnbull, [1997] O.J. no 4065 (Ont. C.J. Gen. Div.).

Dowey v. Rothwell, [1974] 5 W.W.R. 311; 49 D.L.R. (3d) 82 (Alta. S.C.).

Elverson v. Doctors Hospital et al, [1975] 4 O.R. (2d) 748 (C.A.).

Gent and Gent v. Wilson, [1956] O.R. 257 (C.A.).

Graham c. Rourke, [1990] 74 D.L.R. (4th) 1 (Ont. C.A.).

Granger (Litigation guardian of) v. Ottawa General Hospital, [1996] O.J. no 2129 (Ont. C.J. Gen. Div.).

Joseph Brant Memorial Hospital v. Koziol, [1978] 1 S.C.R. 491.

Keane c. Craig and the Great War Memorial Hospital of Perth, Ontario H.C., no 59911/92, 6 juin 2000, j. Chilcott.

Kolesar v. Jeffries, [1976] 59 D.L.R. (3d) 367 (Ont. H.C.); [1976] 68 D.L.R. (3d)198 (Ont. C.A.).

Look (Next friend of) v. Himel, [1991] O.J. no 1073 (Ont. C.J. Gen. Div.).

MacDonald v. York County Hospital, [1972] 3 O.R. 469, 28 D.L.R. (3d) 521 (Ont. H.C.); [1973] 1 O.R. (2d) 653, 41 D.L.R. (3d) 321 (Ont. C.A.); [1976] 2 S.C.R. 825.

Martin v. Listowel Memorial Hospital, [1998] O.J. no 3126 (Ont. C.J. Gen. Div.).

McNamara v. Smith, [1934] 2 D.L.R. 417 (Ont. C.A.).

Reibl c. Hughes, [1980] 2 R.C.S. 880.

Sisters of St-Joseph of Diocese of London (Ontario) v. Fleming, [1938] R.C.S. 172.

Sister of St. Joseph of the Diocese of Sault Ste. Marie v. Villeneuve, [1975] 1 R.C.S. 285.

Williams (Litigation Guardian of) v. North York General Hospital, [1993] O.J. No 1721 (Ont. C.J. Gen. Div.).

Yepremian c. Scarborough General Hospital, [1980] 110 D.L.R. 513 (Ont. C.A.).

Jurisprudence canadienne

Atcheson v. College of Physicians & Surgeons (Alberta), [1994] 6 W.W.R. 239 (Alta Q.B.).

Athey c. Leonati, [1996] 3 R.C.S. 458.

Considine v. Camp Hill Hospital, [1982] 133 D.L.R. (3d) 11 (Nova Scotia Supreme Court).

Engel c. Salyn, [1993] 1 R.C.S. 306.

Hay c. University of Alberta Hospital, [1990] 69 D.L.R. (4th) 755 (B.R. Alb.).

Lloy v. Milner, [1981] 15 Man. R. (2d) 187 (Q.B.).

McInerney c. MacDonald, [1992] 2 R.C.S. 138.

McLean c. Carr Estate, [1994] 363 A.P.R. 271 (Nfld. Supreme Court).

R. c. Dyment, [1988] 2 R.C.S. 417.

Vancouver General Hospital v. Fraser, [1952] R.C.S. 36.

Jurisprudence américaine

Fein v. Permanente Medical Group, [1985] 211 California Reporter (38 Cal. 137) 368 (California Supreme Court).

Doctrine

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, *Fiche d'information : Législation et réglementation sur l'infirmière praticienne au Canada*, Ottawa, A.I.I.C., 2002 (www.cna-nurses.ca).

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, *Fiche d'information : Le rôle de l'infirmière praticienne dans le monde*, Ottawa, A.I.I.C., mars 2002 (www.cna-nurses.ca).

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, *L'infirmière praticienne : Document de travail*, Ottawa, A.I.I.C. 1993 (www.cna-nurses.ca).

BAUDOUIN, J.-L. et P. DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, 5e éd., Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1998.

BERNARDOT, A., « La responsabilité civile de l'infirmière », (1972) 3 *R.D.U.S.* 1.

BERNARDOT, A. et R. P. KOURI, « La responsabilité civile de l'équipe médicale », (1974) 34 *R. du B.* 8.

BERNARDOT, A. et R. P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Les Éditions Revue de Droit, Université de Sherbrooke, 1980, 450 p.

BIGBEE J. L. et A. AMIDI-NOURI, « History and Evolution of Advanced Nursing Practice », dans HAMRIC, A. B., SPROSS, J. A. et C. M. HANSON (dir.), *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*, 2nd ed., Philadelphia, W. B. Saunders Company, 2000, 3- 25.

BLONDEAU, D. et M. HÉBERT, « La responsabilité professionnelle de l'infirmière », dans GOULET, O. et C. DALLAIRE (dir.), *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur Ltée, 1999, 117-134.

BOHNEN, L. S., « In Defense of the Health Professions Legislation Review », (1989) 10 *Health Law in Canada* 163.

BOUCHER, R. (dir.), « La responsabilité hospitalière », (1974) 15 *C. de D.* 219.

BULLOUGH, B., «The current phase in the development of nurse practice acts», (1984) 28 *Saint-Louis University Law Journal* 365.

CALKIN, J. D., « Specialization Issues », dans BAUMGART, A. J. et J. LARSEN (dir.), *Canadian nursing faces the future*, 2nd ed., Toronto, Mosby-Year Book, 1992, 327-342.

CLAIR, M. (dir.), *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : Les solutions émergentes : Rapport et recommandations.* Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 411p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Communiqué de presse : Il manque plus de 1000 médecins au Québec*, Montréal, 22 mai 2002.

COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO, *Nursing Practice: Standards of Practice: A Primer on the Primary Health Care Nurse Practitioner*, Toronto, College of Nurses of Ontario, June 2001 (www.cno.org).

COMITÉ DE TRAVAIL CONJOINT SUR LES ACTES AUTORISÉS, *Interprétation commune de la responsabilité de différents acteurs dans les soins à la personne malade*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997.

COUNCIL OF PRIMARY HEALTH CARE NURSE PRACTITIONERS, *The Scope of Practice of the Primary Health Care Nurse Practitioner*, Missouri, American Nurses' Association, 1985.

CRÉPEAU, P. A., *La responsabilité civile médicale et hospitalière : Évolution récente du droit québécois*, Montréal, Intermonde, 1968.

DeBOIS INGLIS, A. et D.K. KJERVIK, «Empowerment of advanced practice nurses: Regulation reform needed to increase access to care», (1993) 21:2 *The Journal of Law, Medecine & Ethics* 193.

DECELL M. K., GOTTESMAN, R. et F. CARNEVALE, *Montreal Children's Hospital Pediatric Critical Care: Advanced Practice Nurse Program*, Montréal, Montreal Children's Hospital, 2001, 21 p.

DENTON, F. T., GAFNI, A., SPENCER B. G. et G. L. STODDART, *Potential saving from the adoption of nurse practitioner technology in the Canadian health care system*, QSEP Research Report no 45, Program for Quantitative Studies in Economics and Population, Faculty of social sciences, Hamilton, McMaster University, 1982, 40p.

DERENGOWSKI, S.L., IRVING, S.Y., KOOGLE, P.V. et R.M. ENGLANDER, «Defining the Role of the Pediatric Critical Care Nurse Practitioner in a Tertiary Care Center», (2000) 28:7 *Critical Care Medicine* 2626-2630.

DOYON J.-S., « Ophtalmologiste, optométristes et opticiens d'ordonnances : Champs d'exercice et conflits interprofessionnels », (1991) 22 *R.D.U.S.* 175.

DROUIN-BARAKETT, F. et P.-G. JOBIN, « La faute collective dans l'équipe de professionnels », (1978) 56 *R. du B. Can.* 49.

DUCHARME, L., « Le secret médical et l'article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne », (1984) 44 : 5 *Revue du Barreau* 955.

GIROUX, C., *Fondement de la responsabilité hospitalière pour le fait des médecins et des résidents*, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître en droit, Montréal, Université de Montréal, Faculté de droit, décembre 1992.

GOULET, O. et C. DALLAIRE (Dir), *Soins infirmiers et société,* Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 1999, 273 p.

HAINES, J., *L'infirmière praticienne : Document de travail*, Ottawa, A.I.I.C., 1993, 77p.

HARDY, L., *Monitoring foetal et responsabilité de l'infirmière*, essai pour l'obtention de la maîtrise en droit de la santé, Sherbrooke, Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, mai 2002, 84 p.

HARRISON HADLEY, E., « Nurses and Prescriptive Authority: A Legal and Economic Analysis », (1989) 15: 2-3 *American Journal of Law & Medicine* 245-299.

HOFFMAN, B. F., « Importance and Limits of Medical Confidentiality », (1997) 17: 3 *Health Law in Canada* 93.

JENKINS, S.M., «The myth of vicarious liability: Impact on barriers to nurse-midwifery practice», (1994) 39:2 *Journal of Nurse-Midwifery* 98.

KELLY, K., « Nurse Practitioner Challenges to the Orthodox Structure of Health Care Delivery: Regulation and Restraints on Trade», (1985) 11 *American Journal of Law and Medecine* 195.

LAJOIE, A., MOLINARI, P. A. et J.-L. BAUDOUIN, « Le droit aux services de santé : légal ou contractuel? », (1983) 43 *R. du B.* 675.

LAJOIE, N. et C. SIMARD, « La responsabilité pour les actes médicaux délégués », (1996) 10 *R.J.E.U.L.* 125.

LAURIER, H., « Les infirmières non qualifiées », lettre d'un lecteur à l'éditeur, Montréal, *La Presse*, samedi 5 octobre 2002.

LESAGE-JARJOURA, P. et S. PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale : Le droit dans le quotidien de la médicine,* 2e éd., Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 2001, 518 p.

MASSE, C., « Rôle et responsabilité des psychiatres (responsabilité civile et garde en établissement) », dans Service de la Formation Permanente, Barreau du Québec, *Développements récents en droit de la santé mentale*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1998, 77.

MASSEY, E., « By Her Own Authority: The scope of Midwifery Practice Under the Ontario Midwifery Act, 1991 », (1993) 31: 2 *Alberta Law Review* 349.

MÉNARD, J.P. et D. MARTIN, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui,* Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1992, 141 p.

MITCHELL, A., PINELLI, J., PATTERSON, C. et D. SOUTHWELL, *Utilisation of Nurse Practitioners in Ontario: A Discussion Paper Requested by the Ontario Ministry of Health*, Hamilton, Quality of Nursing Worklife Research Unit, McMaster University – University of Toronto, November 1993, 125 p.

MORISSETTE, Y.-M. et D. W. SHUMAN, « Le secret professionnel au Québec : une hydre à trente-neuf têtes rôde dans le droit de la preuve », (1984) 25 *C. de D.* 501.

MORRIS, J. J., M. J. FERGUSON et M. J. DYKEMAN, *Canadian Nurses and the Law,* Toronto, Butterworths, 1999.

NURSE PRACTITIONERS ASSOCIATION OF ONTARIO, *NP Standards: Standards of Practice for Registered Nurses in the Extended Class*, Toronto, Nurse Practitioners Association of Ontario, 2002 (www.npao.org).

NURSE PRACTITIONERS ASSOCIATION OF ONTARIO, *Role of PHC and AC NP's: What is the Role of the Acute Care Nurse Practitioner?*, Toronto, N.P.A.O. 2002 (www.npao.org).

NURSE PRACTITIONERS ASSOCIATION OF ONTARIO, *The RN (EC) Role in a Community-Based Primary Health Care Practice*, Toronto, Nurse Practitioners Association of Ontario, April 2000 (www.npao.org).

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO, *Normes d'exercice à l'intention des infirmières et infirmiers autorisés de la catégorie spécialisée (Infirmières praticiennes et infirmiers praticiens en soins primaires)*, Toronto, O.I.I.O., mai 1998 (www.cno.org).

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec,* Montréal, O.I.I.Q., 2001, 152p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Le système professionnel québécois de l'an 2000 – L'adaptation des domaines d'exercice et du système à la réalité du XXI^e siècle*, Montréal, O.I.I.Q., 1997.

PEARSON, L.J., «Fourteenth Annual Legislative Update», (2002) 27:1 *The Nurse Practitioner* 10 - 52.

PHILIPS-NOOTENS, S., « La divulgation par le médecin de l'existence d'une maladie transmissible sexuellement », (1991) 70 *Canadian Bar Review* 517.

PICARD, E.I. et G.B. ROBERTSON, *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada,* 3rd ed., Toronto, Carswell Thomson Professional Publishing, 1996, 449 p.

PRICHARD, R. S. (dir.), *Liability and Compensation in Health Care: The Effects of Liability on Health Care Providers*, vol. 2, Toronto, University of Toronto Press, 1990.

SIMARD, C., « La responsabilité civile pour la faute de la sage-femme : Des projets-pilotes à la légalisation », (2001) 32 *R.D.U.S.* 59.

SINCLAIR, M., *The Report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest: An Inquiry Into Twelve Deaths at the Winnipeg Health Sciences Centre in 1994*, chapter 3: Nursing, Winnipeg, Provincial Court of Manitoba, 2001 (www.pediatriccardiacinquest.mb.ca).

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, « Énoncé de la Société Canadienne de Pédiatrie : La pratique infirmière de niveau avancé en soins néonatals », (2000) 5 : 3 *Paediatric and Child Health* 183-187.

SPERHAC, A. ET F. STRODTBECK, « Advanced practice nursing: New opportunities for blended roles», (1997) 22 *MCN* 287.

TÔTH, F. « Contrat hospitalier moderne et ressources limitées : conséquences sur la responsabilité civile », (1990) 20 *R.D.U.S.* 313.

VEILLEUX, J., « Qui, du patron ou de l'hôpital, répond de la faute du résident ? », dans Service de la formation permanente, Barreau du Québec, *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1999, 36.

VOYER, L., *La responsabilité professionnelle de l'infirmière*, essai en vue de l'obtention de la maîtrise en droit de la santé, Sherbrooke, Sherbrooke, Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, 1991, 200 p.