

Encadrement juridique du congé hospitalier en contexte de délégation de soins aux proches aidants: portrait de la responsabilité civile des acteurs

Vanessa Roy

M. Pht., LL. M. Chargée de cours, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Dominique Giroux

Professeure agrégée, Faculté de médecine, Université Laval. Chercheuse, Centre d'excellence sur le vieillissement.

Robert P. Kouri

Professeur titulaire, Faculté de droit, Université de Sherbrooke

Véronique Provencher

Professeure adjointe, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. Chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement.

Address correspondence to Vanessa Roy at Vanessa.Roy@USherbrooke.ca

Remerciements:

Ce travail a bénéficié du soutien financier de l'Université de Sherbrooke (Faculté de médecine et des sciences de la santé).

Résumé

Le réseau de la santé publique du Québec mise sur la prestation des soins à domicile pour s'adapter aux pressions financières découlant des changements sociodémographiques. Les proches aidants se retrouvent donc de plus en plus sollicités pour contribuer au maintien d'un domicile sécuritaire. Toutefois, les médecins et les établissements ont des obligations légales à l'égard du patient et des proches aidants. Ces derniers constituent un groupe vulnérable et les établissements de santé adoptent parfois des politiques internes qui vont à l'encontre du bien-être des proches aidants. Cet article vise à clarifier l'encadrement juridique s'appliquant aux proches aidants lors de la détermination du congé médical et hospitalier des patients. Une étude juridique a été effectuée, ciblant la jurisprudence et la doctrine québécoise en matière de responsabilité civile médicale et hospitalière. Les résultats de cette étude dressent un portrait exhaustif de la responsabilité civile du médecin, de l'établissement, ainsi que du proche aidant, dans le contexte du congé médical et hospitalier.

Mots clés: Proches aidants; congé médical et hospitalier; responsabilité civile médicale / obligations des professionnels de la santé; responsabilité civile hospitalière / obligations des établissements / délégation de soins

Abstract

Quebec's public health network focuses on the provision of home care to cope with the financial pressures arising from sociodemographic changes. Caregivers find themselves more and more solicited to help maintain a safe home. However, physicians and facilities have legal obligations to the patient and caregivers. The latter are a vulnerable group and health institutions sometimes adopt internal policies that go against the well-being of caregivers. This article aims to clarify the legal framework applicable to caregivers when determining the medical and hospital discharge of patients. A legal study was carried out, targeting case law and the Quebec doctrine on medical and hospital liability. The results of this study provide a comprehensive portrait of the liability of the physician, the facility, and the caregiver in the context of medical and hospital leave.

Key words: Caregivers; medical and hospital leave; medical liability/obligations of health professionals; hospital liability/obligations of institutions/devolution of care

Introduction

Les politiques ministérielles en matière de santé et services sociaux font la promotion du milieu de vie de la personne comme étant l'environnement optimal où recevoir les services, et ce depuis l'application du virage ambulatoire dans les années 1990 (MSSS 2003; MSSS 2012; MSSS 2013). Les principales conséquences du virage ambulatoire sont la diminution de la durée d'hospitalisation, ainsi qu'une complexification des soins offerts hors du milieu hospitalier, particulièrement les soins à domicile (Ménard 1999; Lavoie 2000). La diminution de la durée d'hospitalisation oblige à déterminer plus tôt le congé médical et hospitalier, une activité professionnelle névralgique susceptible d'engager la responsabilité civile d'un médecin ou d'un établissement (Beaupré 2010). Cette réalité entraîne un transfert de responsabilités, des hôpitaux vers les autres prestataires de services de première ligne, vers le patient lui-même, ainsi que vers ses proches (Lavoie 2014). En effet, un retour à domicile précoce sans que certains services aient été mis en place entraîne conséquemment un fardeau de responsabilité des soins qui incombe davantage aux proches aidants. Il peut s'agir de soins infirmiers, d'accompagnement, ou d'assistance pour diverses activités quotidiennes, incluant les transferts et déplacements sécuritaires (Conseil des aînés 2008, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 2014). Par conséquent, les proches aidants assument de nos jours jusqu'à 80 % du soutien requis par l'état de santé de la personne, devenant ainsi des contributeurs majeurs du maintien de ces personnes dans la communauté (MSSS 2012).

Assumer un rôle de proche aidant demande une implication considérable et présente certains risques pour la santé, tels le stress, l'épuisement, les blessures physiques et la vulnérabilité financière (MSSS 2012; Institut de planification des soins 2015). L'État a donc un avantage à mettre en place des mesures favorisant l'implication des proches aidants tout en protégeant leur santé. En effet, au Canada, l'implication des proches aidants représente une contribution correspondant à plus de 5 milliards de dollars en travail non-rémunéré pour les réseaux de la santé (Fast et al. 2011; Association canadienne de soins palliatifs 2013). Cependant, le manque de soutien destiné aux proches aidants est souligné par plusieurs organismes (Conseil des aînés 2008, Institut de planification des soins 2015). Le Protecteur du citoyen dénonçait d'ailleurs en 2012 le fait que les services prévus dans la Politique de soutien à domicile de 2003 à l'intention des proches aidants sont en réalité peu disponibles et parfois même inexistantes, entraînant des conséquences néfastes sur leur état de santé, et une diminution de leur capacité à soutenir la personne aidée (Protecteur du citoyen 2012).

Ainsi, plusieurs acteurs œuvrant auprès des patients en perte d'autonomie sont concernés par les conséquences de la diminution de la durée d'hospitalisation. Les médecins et les établissements doivent continuer d'honorer leurs obligations légales dans ces conditions, ce qui nécessite une adaptation des pratiques et une vigilance accrue, en vue de respecter les droits des patients et d'offrir des services de qualité, particulièrement lors de la détermination d'un congé médical et hospitalier. De leur côté, les proches aidants doivent assumer une part grandissante de soins de plus en plus complexes, sans toutefois connaître le cadre légal qui les encadre. En effet,

Encadrement juridique du congé hospitalier en contexte de délégation de soins aux proches aidants

quels sont leurs droits, leurs obligations légales ou les paramètres de leur responsabilité civile en cas de faute éventuelle? Certaines pratiques du réseau de la santé et des services sociaux traduisent une méconnaissance de ce cadre juridique. Par exemple, en 2012, le Protecteur du citoyen dénonçait des pratiques de certains établissements, qui excluaient des services d'aide domestique les patients en perte d'autonomie ayant un proche aidant. L'organisme concluait que « bien que l'engagement du proche aidant doive être volontaire selon la Politique [MSSS 2003], dans les faits, il ne résulte pas nécessairement d'un choix libre et éclairé ».

Ce rapport de recherche vise donc à préciser l'encadrement juridique actuel s'appliquant aux proches aidants, dans un contexte de délégation des soins aux proches aidants lors du congé médical et hospitalier. Plus précisément, ce rapport vise à identifier et à analyser les obligations légales du médecin, de l'établissement et du proche aidant, ainsi qu'à identifier les situations dans lesquelles la responsabilité civile de ces acteurs peut être engagée du fait de ne pas avoir respecté leurs obligations. Pour ce faire, une recherche juridique a été effectuée, ciblant la jurisprudence et la doctrine québécoise en matière de responsabilité civile médicale et hospitalière. De plus, une analyse des dispositions législatives pouvant concerner les proches aidants au Québec a été réalisée. Les principes de base de la responsabilité civile médicale et hospitalière sont qu'il existe des relations juridiques entre un usager et un médecin ou un professionnel de la santé, et entre l'usager et un établissement de santé et de services sociaux, tous les partis ayant des responsabilités et des droits. Ce rapport de recherche présente successivement l'encadrement juridique québécois du médecin et de l'établissement à l'égard du proche aidant, et l'encadrement juridique du proche aidant à l'égard du patient, du médecin et de l'établissement.

I. Encadrement juridique du proche aidant dans le contexte du congé médical et hospitalier

Les proches aidants sont généralement définis comme prenant soin, à titre non-professionnel, d'un conjoint, d'un enfant, d'un parent, d'un membre de la famille élargie ou d'un ami ayant besoin de soutien en raison d'une diminution de l'autonomie, soit liée au vieillissement, à une incapacité fonctionnelle significative et persistante, ou à une maladie chronique d'ordre physique ou psychique (MSSS 2003; MSSS 2012; Institut de planification des soins 2015). Le proche aidant est également défini par l'article 39.6 du *Code des professions* comme « une personne proche qui fournit sans rémunération des soins et du soutien régulier à une autre personne ». De plus, le rôle de proche sous-tend un caractère volontaire, selon la politique ministérielle de soutien à domicile de 2003 (MSSS 2003). Le congé hospitalier accordé plus tôt dans le processus de soins implique que les professionnels doivent déléguer certains soins à la personne hospitalisée, et à son proche aidant. Ceci entraîne des questionnements juridiques du point de vue de la responsabilité civile des acteurs. Autrement dit, qui est responsable si un accident ou une faute survient des suites du congé hospitalier? En matière de responsabilité civile, pour qu'une personne soit tenue responsable, elle doit avoir commis une faute ayant entraîné un préjudice et ce préjudice doit être la conséquence directe de cette faute (Baudouin, Deslauriers & Moore, 2014). De façon générale, la faute représente le manque à un devoir, soit à l'obligation de bien se comporter à l'égard d'autrui ou de respecter les règles de

conduite afin de ne pas causer de préjudices à autrui. Pour chaque grande catégorie d'obligation en droit de la santé, soit l'obligation de renseigner et d'obtenir le consentement, l'obligation de soigner, l'obligation de suivre, l'obligation au secret professionnel et l'obligation de tenir un dossier de l'usager; la littérature définit et encadre la notion de faute. Pour déterminer s'il y a faute, le comportement d'une personne est généralement examiné en comparaison avec le comportement qu'aurait eu une personne raisonnablement prudente et diligente, dans les mêmes circonstances. On se réfère au fait que le professionnel doit agir selon les règles de l'art ou encore avoir recours aux bonnes pratiques et aux données de la science, aux standards généralement reconnus dans le milieu (Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura, 2016). Ainsi, afin de mieux cerner la responsabilité de chacun des acteurs lorsqu'un accident ou une faute survient des suites du congé hospitalier, nous dresserons d'abord un portrait de l'encadrement législatif actuel entourant les obligations du médecin et de l'établissement à l'égard du proche aidant.

A. Responsabilité civile du médecin

La diminution de la durée d'hospitalisation ne modifie pas la nature du contrat médical ou des rapports juridiques qui se forment entre le médecin et son patient (Ménard 1999, art. 1385 du *Code civil du Québec*). De ce contrat médical, découle l'obligation pour le médecin de renseigner le patient, d'obtenir son consentement aux soins, de le soigner, de le suivre, et de respecter le secret professionnel, (Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura 2016), et ce, même si la durée d'hospitalisation est diminuée. La responsabilité civile découlant du fait de ne pas avoir respecté ses obligations prend de plus en plus place dans un contexte où la vigilance des professionnels de la santé doit être accrue, afin de contrôler les risques inhérents à la détermination d'un congé médical rapide. Le risque de faute médicale entraînant une responsabilité civile peut être augmenté dans ce contexte. (Retrait d'une phrase)

En vertu du *Code de déontologie des médecins*, l'obligation du médecin de renseigner le patient inclut l'obligation de renseigner le proche aidant, lorsque cela est approprié et avec le consentement du patient (Ménard 1999). L'article 59 de ce code de déontologie établit que le médecin « doit collaborer avec les proches du patient ou toute autre personne qui démontre un intérêt significatif pour celui-ci. » L'obligation de renseigner inclut notamment celle de fournir des informations suffisantes au patient, incluant au proche aidant, le cas échéant. Dans le cadre du congé médical et du suivi post-hospitalier, le médecin doit faire en sorte que le patient reçoive et comprenne l'information pertinente quant à l'évolution de sa condition, les soins requis à venir, les signes et symptômes à surveiller, les risques de complication et les mesures à prendre en cas de problème (Ménard 1999). Dans le jugement de la Cour d'appel *Brochu c. Camden-Bourgault* (2001), l'urgentologue fut tenu responsable de ne pas avoir suffisamment informé le patient des risques de complications suite à son congé médical, ce qui a engendré deux amputations chez le patient. Les experts ayant témoigné en appel (pour le médecin) ont « unanimement dénoncé la lenteur de réaction de monsieur Bourgault [le patient] et de son épouse [la proche aidante]. Ils lui ont attribué la cause première des conséquences sérieuses qui

Encadrement juridique du congé hospitalier en contexte de délégation de soins aux proches aidants

ont suivi. Eussent-ils réagi plus rapidement, il aurait peut-être été possible d'éviter ou de limiter les amputations. » (*Brochu c. Camden-Bourgault* 2001). Même si cette thèse de responsabilité incombant à monsieur Bourgault et à son épouse n'a pas été retenue dans la conclusion du jugement, cet extrait met en lumière la responsabilité indirecte qui peut incomber à un proche aidant dans le suivi de la condition d'un patient suite à un congé médical. Ce faisant, l'obligation de renseigner le patient et son proche aidant est particulièrement importante.

En général, l'information doit être transmise au patient lui-même, lorsqu'il est capable et apte (Philips-Nootens et al. 2016; art. 11 et 14, al. 2 du *Code civil du Québec*), tandis qu'en présence d'une personne inapte, le médecin doit transmettre l'information au représentant autorisé à décider pour elle, c'est-à-dire au mandataire, tuteur ou curateur (art. 15 du *Code civil du Québec*). Dans les cas où la personne inapte n'est pas représentée légalement, l'information doit être transmise au conjoint, proche parent ou à une personne qui démontre un intérêt particulier. Or, outre les cas où un proche aidant exerce un rôle de représentant légal ou est habilité à décider pour une personne inapte, le médecin n'a aucune obligation directe de lui fournir des informations (Ménard 1999). En effet, le *Code de déontologie des médecins* fait référence à un devoir général de collaboration avec le proche aidant, et non à un devoir de le renseigner. De plus, le médecin est également tenu au secret professionnel, en vertu de l'article 20 du *Code de déontologie des médecins*. Ce faisant, l'autorisation du patient est généralement requise afin que soient communiquées des informations aux proches aidants concernant son état de santé. Enfin, l'article 11 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* consacre un droit aux usagers à l'égard de l'accompagnement par un proche aidant, que le médecin se doit de respecter, soit que tout patient a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il reçoit des services d'un professionnel qui exerce sa profession au sein de l'établissement.

En ce qui concerne l'obligation de suivre du médecin, l'élément qui risque le plus d'engager sa responsabilité civile dans le cadre de la diminution de la durée d'hospitalisation est le congé médical du patient (Ménard 1999). L'article 30 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* indique que dans un centre hospitalier, le congé d'un patient doit être signé par le médecin traitant. En principe, le congé médical est donné lorsque le médecin constate, suite à une évaluation de la condition médicale du patient, que ce dernier ne nécessite plus de soins, ou que ceux-ci peuvent être offerts en dehors de l'hôpital (Ménard 2011). Or, pour valider que les soins peuvent être offerts en dehors de l'hôpital, le médecin doit nécessairement prendre en compte les ressources du patient, incluant la présence d'un proche aidant. Dans le jugement *Stacey c. Plante* (1979), il a été établi qu'en vue de faire appel à un proche aidant pour surveiller l'état de santé à domicile, le médecin avait l'obligation d'évaluer si la famille était en mesure d'exercer une surveillance adéquate des complications avant de donner le congé médical, compte tenu du niveau de surveillance, des soins nécessaires et du risque de complication. Ce faisant, le médecin avait également l'obligation de s'assurer que la famille comprenne les informations transmises à cet effet.

C'est le moment où le patient quitte l'hôpital qui est évalué en termes de responsabilité civile, et non le moment où le médecin décide du congé (Ménard 2011). À ce propos, il arrive en pratique que le congé médical du patient soit signé à l'avance, avant même que son état n'ait été observé (Ménard 2011). Or, la jurisprudence établit que le congé médical hâtif constitue une atteinte à l'obligation de suivre (*Stacey c. Plante* 1979; *Parenteau c. Drolet* 1994). Cependant, il est pertinent de rappeler que la responsabilité civile du médecin ne peut être engagée que s'il a commis une faute (en l'occurrence, donner un congé médical hâtif, lequel doit être prouvé) et que cette faute ait entraîné un dommage au patient (Philips-Nootens et al. 2016). Enfin, dans le jugement *Brochu c. Camden-Bourgault c.* (2001), il est confirmé que, même si le patient obtient son congé, le médecin traitant doit s'assurer d'être suffisamment disponible afin de répondre rapidement à toute détérioration de l'état de santé du patient à la suite d'une intervention en contexte hospitalier (Ménard 2011). L'obligation de suivre du médecin peut donc se poursuivre au-delà du congé médical, sauf dans le cas d'un transfert à un autre médecin et dépendamment de la présence ou de l'absence d'une prise en charge par un autre établissement agissant en première ligne, notamment le Centre local de services communautaires (ci-après « CLSC ») (Ménard 2011).

L'implication d'un proche aidant dans la décision d'un congé et des modalités de suivi qui en découlent relève donc davantage d'une « approche humaine de la médecine » que d'une obligation légale clairement explicitée (Philips-Nootens et al. 2016). Cette approche de la médecine permettrait de mieux connaître le patient, ainsi que d'obtenir le soutien nécessaire des proches aidants dans la mise en œuvre du plan de traitement. Par ailleurs, elle demeure évidemment une démarche clinique personnelle propre à chaque médecin, et peut vraisemblablement être influencée par d'autres aspects organisationnels de la pratique médicale. De plus, il n'existe pas d'obligation d'obtenir un consensus au sein de la famille en ce qui concerne le plan de traitement à mettre en place, en l'occurrence lors de la décision d'un congé médical (Philips-Nootens et al. 2016). Paradoxalement, il est observé en pratique que les patients sont plus enclins à accepter un congé médical ou à avoir un fort désir de retourner à domicile, alors que le proche aidant, quant à lui, possède une vision toute autre de la faisabilité d'un retour à domicile, en fonction de sa propre capacité à offrir les soins et l'aide nécessaires (Association canadienne de soins palliatifs 2013). De plus, « l'évaluation de la capacité des personnes malades et des proches à soutenir les soins à domicile est une des conditions essentielles à la faisabilité du transfert des soins » (Gagnon et al. 2001). L'absence de cadre légal clair entourant l'implication des proches aidants lors du congé médical serait une problématique.

B. Responsabilité civile de l'établissement

La responsabilité civile de l'établissement est sujette à analyse en ce qui concerne la gestion des risques liée au congé hospitalier hâtif et à certaines obligations spécifiques en lien avec les proches aidants.

Le congé hospitalier se distingue du congé médical. En effet, un établissement ne peut cesser d'héberger un patient qui a reçu son congé médical « que si l'état de celui-ci permet son

retour ou son intégration à domicile » ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou ressource où il pourra recevoir les services que requiert son état (art. 14 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après « LSSSS »). Dans le jugement *Dompière c. Complexe hospitalier de la Sagamie* (2004), le juge de la Cour du Québec interprète que « l'obligation du centre hospitalier, au départ du patient, consiste à vérifier si son état permet son retour ou son intégration à domicile. Il s'agit d'une vérification reliée à la capacité du patient ». Or lorsque l'on se réfère à « l'état » d'une personne qui permet « son intégration à domicile » ou encore à la « capacité du patient », l'évaluation des ressources dont elle dispose pour pallier à ses incapacités à sa sortie et pour assurer une continuité des soins nécessaires ne peut être exclue de l'évaluation en vue du congé hospitalier. Les ressources disponibles du patient incluent la présence et le niveau d'implication du proche aidant. À cet effet, les intervenants qui évaluent la situation sociale de la personne se fient énormément sur la présence de proches aidants, lorsque la personne requiert la poursuite de certains soins à domicile (Bauer, Fitzgerald, Haesler & Manfrin, 2009; Call, Finch, Huck & Kane, 1999). Cela dit, dans la LSSSS ou ailleurs, il n'est pas précisé selon quels paramètres la participation du proche aidant peut être exigée, requise ou évaluée pour conclure à un congé adéquat et sécuritaire, tout en respectant les obligations de l'établissement. Il en va du jugement professionnel de l'équipe traitante. Notons à cet égard que l'un des droits d'un patient est celui d'être informé de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux, ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources (art. 4 de la LSSSS). Cette disposition permet en principe d'éviter que le recours aux proches aidants soit automatique et systématique, vu l'existence d'autres ressources de soutien à la personne une fois de retour à domicile. Mais encore faut-il que les patients et les proches aidants connaissent et appliquent ce droit.

Les obligations des établissements prennent généralement place dans un cadre de relation extracontractuelle entre le patient et l'établissement, quoique certains auteurs défendent une thèse de responsabilité contractuelle qui pourrait s'appliquer (Philips-Nootens et al. 2016; Ménard 1999). Ces obligations sont précisées dans la LSSSS. Un établissement doit donc « assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population » (art. 100 de la LSSSS). Les établissements doivent également gérer avec efficacité leurs ressources et collaborer avec les autres intervenants du milieu en vue d'améliorer l'offre de services à rendre à la population (art. 100 de la LSSSS). De plus, l'établissement a la responsabilité d'évaluer adéquatement les besoins d'une personne qui requiert des services et de dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis (art. 101 de la LSSSS). L'établissement doit également faire en sorte que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et ressources, et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir (art. 101 de la LSSSS). Enfin, l'établissement doit diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement, organisme, ou une autre

personne qui dispense de tels services (art. 101 de la LSSSS). Les établissements conservent donc ces mêmes obligations malgré la diminution de la durée d'hospitalisation, ce qui rehausse l'importance des notions de services sécuritaires, de respect des droits des personnes, de collaboration avec le milieu, incluant les proches aidants, de complémentarité des services et d'évaluation adéquate des besoins du patient, incluant ceux qui sont compensés (partiellement ou en totalité) par la présence de proches aidants. De plus, le rôle des services à domicile en première ligne doit également être analysé et comporte assurément des interactions avec les obligations du médecin et de l'établissement de soins hospitaliers. La récente réforme administrative québécoise du réseau de la santé et des services sociaux ayant entraîné la fusion des hôpitaux et des CLSC d'une même région ajoute de nouveaux éléments de complexité à prendre en compte dans une telle analyse.

En ce qui a trait aux droits des patients et des obligations des établissements, notons, en plus du droit d'être informé de l'existence des services précédemment abordés, le droit aux services adéquats sur les plans scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire (article 5 de la LSSSS), et ce au sens des objectifs du système de santé prévus aux articles 1 à 3 de la LSSSS (Ménard 1999). Il est pertinent de relever que, parmi ces objectifs du système de santé, certains concernent indirectement les proches aidants. En effet, le système de santé vise notamment à « agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion » (art. 1 par. 2 de la LSSSS). La LSSSS est également établie de manière à « partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires, et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux » (art. 2 par. 3 de la LSSSS) et à « rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social » (art. 2 par. 4 de la LSSSS). Les objectifs du système de santé québécois réfèrent donc implicitement aux proches aidants par l'emploi des termes « familles », « groupes » ou « autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux » et renvoient à des concepts de responsabilisation, de partage des responsabilités, de réponse aux besoins, mais aussi de protection sociale. En effet, à la suite de récentes modifications législatives au Québec, un mandat particulier concernant indirectement les proches aidants a été transféré des agences de la santé et des services sociaux (maintenant abolies) vers les établissements issus de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, loi qui a fait passer le nombre d'établissements de santé au Québec de 182 à 34. Ce mandat particulier est celui « de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes » (art. 340 de la LSSSS). Les proches aidants doivent bénéficier de mesures visant leur protection sociale. Pour ce qui est du caractère adéquat sur les plans scientifique, humain et social des services (art. 5 de la LSSSS), il faut se référer notamment aux obligations professionnelles édictées par le *Code des professions*, les divers codes de déontologie encadrant le personnel des établissements, ainsi que certaines dispositions de la LSSSS. Pour ce qui est du caractère continu et personnalisé des

Encadrement juridique du congé hospitalier en contexte de délégation de soins aux proches aidants

services (art. 5 de la LSSSS), il est impératif que les services soient adaptés aux besoins de la personne à qui on les dispense (article 3 et 101 de la LSSSS). Ce faisant, l'évaluation des besoins d'une personne lorsqu'on détermine un congé hospitalier implique nécessairement d'évaluer les ressources dont elle dispose pour combler ses besoins, incluant la présence et la disponibilité des proches aidants.

Le droit des patients aux services adéquats énoncés à l'article 5 de la LSSSS s'exerce cependant en tenant compte des « dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement, ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose » (article 13 de la LSSSS), ce qui pose une limite non négligeable au droit aux services.

En somme, il est important de souligner que ce ne sont pas tous les patients qui peuvent s'adapter à la diminution du séjour hospitalier (Ménard 1999). Certains patients ne disposent tout simplement pas d'un environnement physique et social permettant certains soins à domicile. L'obligation des établissements d'offrir des services personnalisés et sécuritaires passe donc par une évaluation clinique en vue de déterminer le congé hospitalier, réalisée par divers professionnels tels que des travailleurs sociaux, physiothérapeutes (qui procèdent à une évaluation du risque de chute, par exemple) et ergothérapeutes (qui procèdent, par exemple, à l'évaluation de l'habileté à réaliser les activités de la vie quotidienne en fonction de l'environnement à domicile). C'est une carence dans ces évaluations cliniques qui peut éventuellement engager la responsabilité civile de l'établissement. Encore une fois, la prise en compte de la présence d'un proche aidant dans ces évaluations est primordiale, car l'établissement doit s'assurer que le proche aidant soit en mesure de fournir une intensité et une qualité adéquate des soins, de même qu'un contexte sécuritaire de délivrance des soins requis suite au congé hospitalier. La détermination hâtive d'un congé hospitalier soulève donc l'importance de l'obligation pour les professionnels concernés (et donc l'obligation pour l'établissement) de fournir un enseignement adéquat et des informations pertinentes au patient et au proche, en fonction des évaluations réalisées (Ménard 1999).

II. Encadrement juridique du proche aidant à l'égard de la personne aidée

Les proches aidants sont de plus en plus nombreux à prodiguer l'aide et les soins nécessaires aux personnes en perte d'autonomie, qui doivent se retourner vers leurs propres ressources pour compléter les services offerts par les établissements. La responsabilisation des patients et de leurs proches aidants est préconisée par la LSSSS (art. 1 par. 2 et art. 2 par. 3 de la LSSSS). De plus, certaines lignes directrices devant guider la prestation des services sont également précisées dans la LSSSS : « l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant » et « l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse » (art. 3 par. 4 et 5 de la LSSSS). L'article 12 de la LSSSS précise par ailleurs que les droits qui y sont reconnus aux patients peuvent être exercés par un représentant (pouvant être un proche aidant), suivant les dispositions du *Code Civil du Québec* précédemment abordées. Comme les proches aidants assument de nombreuses responsabilités de

par la diminution de la durée d'hospitalisation, de même que par la configuration de la LSSSS, la question de leur responsabilité civile en cas de faute, dans le contexte actuel, est empreinte de pertinence.

A. Responsabilité civile du proche aidant

Le proche aidant peut être appelé à réaliser des soins ou services, pouvant constituer des activités normalement réservées à un membre d'un ordre professionnel, lorsque le personnel de l'hôpital lui délègue des soins lors de la détermination du congé médical ou hospitalier, ou encore lorsque le personnel du soutien à domicile procède à une délégation de soins une fois que le patient est de retour à domicile. L'article 39.6 du *Code des professions* prévoit en ce sens que « malgré toute disposition inconciliable, un parent, une personne qui assume la garde d'un enfant ou un aidant naturel peut exercer des activités professionnelles réservées à un membre d'un ordre. » Toutefois, cette loi ne précise pas de conditions d'application de ce droit d'exercer des activités professionnelles réservées. Les normes visant les activités professionnelles pouvant être exercées par les proches aidants se retrouvent donc principalement dans des politiques gouvernementales ou dans les guides de pratique de certaines professions (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (ci-après « OIIQ ») 2014; MSSS 2003; MSSS 2012; MSSS 2013) et ne revêtent donc pas directement un caractère légal. Cependant, des précisions s'imposent quant à la portée légale de tels guides de pratique. En vertu de leur code de déontologie, les professionnels de la santé, telles que les infirmières, doivent exercer leur profession « selon les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus » (art. 18 du *Code de déontologie des infirmières*). Il en va de même pour le travailleur social, le physiothérapeute ou l'ergothérapeute. De ce fait, comme l'établissement assume la responsabilité civile pour un préjudice causé par la faute de ses employés (art. 1463 du *Code civil du Québec*), un manquement à l'obligation de l'infirmière de se conformer aux normes de pratique énoncées par son Ordre (en l'occurrence le cadre de référence de l'OIIQ concernant la contribution des proches aidants aux soins infirmiers) est susceptible d'engager la responsabilité civile de l'établissement et de l'infirmière. Néanmoins, la recherche de jurisprudence au Québec ou au Canada ne nous a pas révélé de jugement portant sur la responsabilité civile d'un proche aidant ayant commis une faute envers une personne aidée dans le cadre de telles activités professionnelles déléguées par un professionnel de la santé et des services sociaux.

Plusieurs soins que prodiguent les proches aidants relèvent des soins infirmiers, tels que l'administration des médicaments, les soins de plaies, les soins de dialyse péritonéale ainsi que les soins invasifs relatifs à des stomies (OIIQ 2014). Suite à l'analyse du cadre de référence concernant la contribution des proches aidants aux soins infirmiers, l'une des obligations du proche aidant consiste à suivre les directives du professionnel de la santé qui procède à l'enseignement de soins et à des recommandations cliniques auprès du patient et du proche aidant (OIIQ 2014). Préférentiellement, cette obligation doit prendre place dans le cadre d'un plan d'intervention, d'ailleurs exigé pour tout patient en vertu de l'article 10 de la LSSSS. De plus, les directives formulées par des professionnels aux proches aidants « doivent s'appuyer sur les

Encadrement juridique du congé hospitalier en contexte de délégation de soins aux proches aidants

procédés en vigueur dans l'établissement et doivent permettre au proche aidant de procéder à une administration sécuritaire des soins à l'usager » (OIIQ 2014). N'étant pas un employé de l'établissement, le proche aidant engage conséquemment sa propre responsabilité civile en cas d'erreur ou d'accident qu'il aurait provoqué ou permis lorsqu'il prodigue des soins (Institut de planification des soins 2015). En cas de préjudice causé par une faute d'un proche aidant, l'établissement n'est donc pas responsable, si l'établissement, le médecin ou les professionnels de la santé et des services sociaux ont respecté leurs obligations à l'égard du patient et du proche aidant.

Une autre analyse s'impose alors lorsque le préjudice résulte plutôt d'une faute commise, par exemple, par l'infirmière du CLSC « dans le cadre de ses activités d'évaluation, d'enseignement et de suivi clinique » (OIIQ 2014). On se demande dans quelle mesure la responsabilité civile du proche aidant est engagée versus celle de l'établissement, « qui dirige et coordonne son travail » (Institut de planification des soins 2015). Ces interrogations se posent dans les cas où le proche aidant a reçu l'enseignement du personnel de l'établissement, est supervisé par eux, et fournit des soins à la demande de ces derniers (Institut de planification des soins 2015). Dans cette situation, il apparaît que lorsqu'un proche aidant prodigue des soins dans le contexte d'un programme de soutien à domicile coordonné par un établissement, la personne aidée est un usager de l'établissement (OIIQ 2014). Les soins qu'elle reçoit doivent donc faire l'objet d'un encadrement clinique de la part de l'établissement. Selon le cadre de référence de l'OIIQ, les responsabilités de l'infirmière, dans le contexte de la délégation de soins aux proches aidants, sont énoncées ainsi : « Il appartient à l'infirmière de l'établissement d'évaluer 1) si la condition clinique de l'usager dont elle a la responsabilité permet l'administration des soins infirmiers par un proche aidant; 2) de dispenser au proche aidant l'enseignement requis pour ces soins; 3) de s'assurer que le proche aidant maîtrise les compétences et les habiletés nécessaires pour administrer les soins de façon sécuritaire; et 4) de consigner les directives infirmières au plan thérapeutique infirmier ». Dans ce contexte, en cas de préjudice subi par le patient et mettant en cause le proche aidant, la responsabilité civile de l'établissement est plus à risque d'être engagée que celle du proche aidant, dans la mesure où ce dernier suit les directives du personnel de l'établissement. Donc, advenant le cas où le proche aidant commettrait une faute liée au fait qu'il n'a pas reçu une formation suffisante de la part du personnel de l'établissement ou du médecin qui assure le suivi, ou encore qu'on lui a délégué un acte qu'on n'aurait pas dû lui déléguer, compte tenu d'une évaluation préalable de la situation ou enfin, qu'il n'a pas reçu des informations suffisantes pour assurer des soins sécuritaires, c'est la responsabilité civile du médecin ou de l'établissement qui pourrait être mise en cause et non celle du proche aidant (OIIQ 2014). Il en irait de même dans les situations où le proche aidant commettrait une faute dans le contexte où le congé a été donné prématurément et sans avoir évalué adéquatement si ce dernier était apte à surveiller la personne et à lui offrir des soins (Ménard 2011).

Dans les cas où un proche aidant commettrait une faute intentionnelle ou lourde, sa responsabilité civile pourrait possiblement être engagée. Selon le *Code civil du Québec*, « la personne qui porte secours à autrui [...] est exonérée de toute responsabilité pour le préjudice qui

peut en résulter, à moins que ce préjudice ne soit dû à sa faute intentionnelle ou à sa faute lourde » (art. 1471 du *Code civil du Québec*). La faute lourde est « celle qui dénote une insouciance, une imprudence ou une négligence grossières » (article 1474 du *Code civil du Québec*). Ces dispositions jettent ainsi un éclairage sur la possibilité de responsabilité civile en cas de faute intentionnelle ou lourde du proche aidant. Aucune disposition législative ne précise ou ne restreint la possibilité pour un patient d'engager un recours en responsabilité civile contre un proche aidant en cas de faute qui ne serait ni lourde ni intentionnelle, mais lui aurait causé un préjudice. La recherche jurisprudentielle effectuée ne permet pas non plus d'éclairer ce sujet. Le questionnement soulevé à ce stade-ci est : est-ce souhaitable pour la société québécoise qu'une telle situation puisse se produire?

L'appréciation d'une faute du proche aidant surveillant une personne en perte d'autonomie se ferait vraisemblablement en tenant compte de plusieurs facteurs, incluant les ressources dont le proche aidant dispose (état de santé, temps disponible) en relation avec les besoins du patient, la nature des soins délégués, ou des recommandations formulées par les intervenants, et l'adéquation de l'évaluation des besoins du patient par les professionnels qui délèguent des soins. À titre d'exemple, si le patient subit une chute grave à domicile pendant que le proche aidant s'est absenté pour des courses, alors que celui-ci devait assurer une surveillance étroite lors des déplacements du patient, sur recommandation d'un professionnel de la santé au dossier, cela constitue-t-il une faute de la part du proche aidant susceptible d'engager sa responsabilité civile ? Nous avons énoncé ci-haut quelques facteurs à prendre en compte pour analyser ce genre de question complexe.

Une dernière question à aborder au sujet de la responsabilité civile du proche aidant concerne l'étalon du « proche aidant raisonnable. » (St-Pierre 2007). En effet, lorsqu'un médecin ou un établissement voit sa responsabilité civile engagée, le comportement de la personne fautive est comparé à celui qu'aurait eu une personne raisonnable placée dans les mêmes circonstances (Philips-Nootens et al. 2016), c'est-à-dire celui qu'aurait eu un personnage fictif, raisonnablement prudent, diligent, habile et compétent (Philips-Nootens et al. 2016). Dans ces cas, on évalue si la personne en cause a agi selon les règles de l'art, conformément à sa pratique professionnelle et aux standards de son milieu. À cet effet, pourrait-on comparer le proche aidant à une infirmière raisonnablement prudente et compétente placée dans les mêmes circonstances? Vu l'absence d'une formation reconnue s'adressant aux proches aidants, outre l'enseignement personnalisé prodigué par le professionnel de la santé lui-même, il serait injuste d'exiger des proches aidants un même niveau de compétence en l'absence d'une formation équivalente. Mais, cette dernière affirmation ne revient-elle pas à admettre que le patient reçoit des soins de qualité inférieure lorsqu'ils sont prodigués par un proche aidant? (Ménard 1999). En vertu de l'article 5 de la LSSSS, toute personne a le droit de recevoir des services de santé de qualité de façon personnalisée et sécuritaire. La notion de sécurité est particulièrement interpellée par ce questionnement concernant la comparaison du comportement des proches aidants en cas de faute. Par exemple, l'aide physique qui est fournie par l'aidant lors des activités d'hygiène, des transferts (passer du lit au fauteuil roulant, par exemple) ou des déplacements est-

Encadrement juridique du congé hospitalier en contexte de délégation de soins aux proches aidants

elle suffisamment adéquate pour assurer la sécurité du patient et du proche aidant lui-même ? Lorsque le proche aidant est une personne âgée ayant elle-même des problèmes de santé physique, la question est d'autant plus pertinente et doit être évaluée par l'équipe traitante, particulièrement en vue de déterminer un congé médical ou hospitalier.

La responsabilité civile des proches aidants n'est pas précisée dans les textes législatifs, et les obligations des proches aidants demeurent sujettes à interprétation. Paradoxalement, en droit professionnel, il est précisé que ceux-ci peuvent réaliser toute activité professionnelle réservée à un membre d'un ordre, sans limite quelconque. Le cadre juridique concernant les proches aidants demeure donc sous-optimal, leur offrant une protection insuffisante.

Conclusion

Nous avons d'abord fait un survol de l'encadrement juridique actuel entourant la détermination du congé médical et hospitalier en présence de proches aidants. Un portrait de la responsabilité civile médicale du médecin, ainsi que celle de l'établissement en égard au proche aidant a été dressé. Nous avons ensuite étudié la question de la responsabilité civile d'un proche aidant dans le cadre des soins et de l'assistance qu'il fournit. Cet article met en lumière le fait que la diminution de la durée d'hospitalisation dans les hôpitaux québécois n'a pas significativement changé la responsabilité civile du médecin ou de l'établissement, pas plus qu'il n'a entraîné de recours en responsabilité civile contre des proches aidants qui auraient commis une faute, malgré un important transfert de responsabilité vers les patients et leurs proches. Cependant, l'augmentation de la demande en soins à domicile et les restrictions budgétaires au Québec apportent une importante problématique de délais d'attente ou de besoins insuffisamment satisfaits, voir non satisfaits (Le Protecteur du citoyen 2012). La reconnaissance des proches aidants à titre de partenaires dans l'équipe de soins relève donc davantage d'un transfert automatique de responsabilité pour des services ou de l'assistance qui ne peut être offert par les établissements, plutôt que d'une réelle considération de la réalité du rôle du proche aidant.

La recherche effectuée a permis d'identifier des mesures possibles en vue d'améliorer la collaboration professionnelle avec les proches aidants, protéger ce groupe de personnes vulnérables, et mieux appliquer les politiques ministérielles de soutien à domicile. Un cadre juridique formel, ou une loi particulière précisant les droits des proches aidants et instaurant le « no-fault » pourrait répondre à leur besoin de protection (Institut de planification des soins 2015), besoin relevé dans le présent article et qui met en lumière les nombreuses zones grises entourant les droits et obligations des proches aidants et les situations préjudiciables qui peuvent en résulter.

Bibliographie

- Association canadienne de soins palliatifs. (2013). *Valoriser les proches aidants et leur travail : Le rôle des aidants naturels dans l'approche palliative intégrée*. Ottawa, Ontario: Association canadienne de soins palliatifs. Repéré à: http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/media/37046/twf-valuing-caregivers-report-final_fr-2.pdf.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (18), 2539-46.
- Beaupré, M. (2010). La protection du patient vulnérable lors du congé hospitalier : le droit, à lui seul, suffit-il ? Dans Barreau du Québec - Service de la formation continue (dir.), *La protection des personnes vulnérables*, 315 (p. 175-220). Cowansville, Canada: Éditions Yvon Blais.
- Baudouin, J.L., Deslauriers, P. et Moore, B. (2014). *La responsabilité civile, vol. 1* (8e éd.). Montréal, Canada: Éditions Yvon Blais.
- Call, K.T., Finch, M.A., Huck, S.M., Kane, R.A. (1999). Caregiver burden from a social exchange perspective: Caring for older people after hospital discharge. *Journal of Marriage and Family*, 61 (3), 688-699.
- Chalifoux, D. (2016). De bénévoles à professionnels: quel statut pour les proches aidants? Dans Barreau du Québec - Service de la formation continue (dir.), *La protection des personnes vulnérables*, 409 (p. 31-80). Cowansville, Canada: Éditions Yvon Blais.
- Chalifoux, D., Boulet, D. et Riopel, S. (2015). *Vers la reconnaissance d'un statut légal pour les proches aidants*. Montréal, Canada: Institut de planification des soins et Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal. Repéré à: <http://planificationdessoins.org/institut-de-planification-des-soins/publications/vers-la-reconnaissance-dun-statut-legal-pour-les-proches-aidants/>.
- Ducharme, F. (2012). Prendre soin d'un parent âgé vulnérable, une réflexion sur le concept de « proche aidant » et de ses attributs. *Les cahiers de l'année gérontologique*, 4 (2), 74-78.
- Fast, J., Duncan, K., Dunlop, C., Eales, J., Keating, N., Lero, D. et Yoshino, S. (2011). Policy Brief No. 3 – Employment consequences of family/friend caregiving in Canada. *Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Research/Policy Brief*, 1 (2).
- Gagnon, E., Guberman, N., Côté, D., Gilbert, C., Thivierge, N. et Tremblay, M. (2001). *Les impacts du virage ambulatoire: responsabilité et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*. Québec, Canada : Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé. Repéré à: <http://www.fcass->

Encadrement juridique du congé hospitalier en contexte de délégation de soins aux proches aidants

cfhi.ca/PublicationsAndResources/ResearchReports/ArticleView/01-10-01/e552a103-4c06-4ac4-89a8-4b1fea64fe81.aspx

- Hébert, R, Dubuc, N, Buteau, M, Roy, C, Desrosiers, J, Bravo, G, et al. (1997). Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie: évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie. *Collection Études et analyses* no 33. Québec: Gouvernement du Québec.
- Kouri, R.P. et Régis, C. (2013). La limite de l'accès aux soins définie par l'article 13 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux: véritable exutoire ou simple mise en garde? *Revue du Barreau*, 72, 177-208.
- Lavoie, J.-P., (2000). Les paradigmes implicites du virage ambulatoire : vers un affrontement État-familles ? Dans M. Simard et J. Alary (dir.), *Comprendre la famille. Actes du 5^e symposium québécois de recherche sur la famille* (48-56). Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Lavoie, J.-P., Guberman, N. et Marier, P. (2014). *La responsabilité des soins aux aînés au Québec: du secteur public au privé. Étude IRPP No. 48*. Montréal, Québec: Institut de recherche en politiques publiques. Repéré à: <http://irpp.org/wp-content/uploads/2014/09/study-no48.pdf>.
- Lecours, Renée. (2012). *Chez soi: toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante, Rapport d'enquête du Protecteur du Citoyen*. Québec, Canada: Le Protecteur du Citoyen, Assemblée nationale du Québec. Repéré à: <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/nouvelles/rapport-d-enquete-sur-les-services-de-soutien-a-domicile-a-long-terme>.
- Ménard, J.-P. (2011). Obligation de suivre du chirurgien. Dans Barreau du Québec - Service de la formation continue (dir.), *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens*, 343 (p. 125-165). Cowansville, Canada: Éditions Yvon Blais.
- Ménard, J.-P. (1999). Virage ambulatoire et responsabilité médicale et hospitalière. Dans Barreau du Québec - Service de la formation continue (dir.), *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*, 125 (p. 109-136). Cowansville, Canada: Éditions Yvon Blais.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *L'autonomie pour tous, Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec. Repéré à: <http://www.assnat.qc.ca/fr/travauxparlementaires/commissions/csss/mandats/Mandat-24161/index.html>

- Ministère de la santé et des services sociaux. (2003). *Chez soi: le premier choix, précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec. Repéré à: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-704-01.pdf>.
- Ministère de la santé et des services sociaux et Ministère de la famille et des aînés. (2012). *Vieillir et vivre ensemble, Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec. Repéré à: vieilliretvivreensemble.gouv.qc.ca.
- Normand, J., d'Anjou, H. (2014). *La contribution des aides-soignants et des proches aidants aux soins infirmiers, Cadre de référence à l'intention des directrices, directeurs et des responsables des soins infirmiers, 2^e éd.* Westmount, Canada: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à: <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/collaboration-professionnelle/ententes-interprofessionnelles>
- Philips-Nootens, S., R. P. Kouri, R. P. et Lesage-Jarjoura, P. (2016) *Éléments de responsabilité civile médicale, Le droit dans le quotidien de la médecine* (4^e éd). Cowansville, Canada: Éditions Yvon Blais.
- Saint-Pierre, B. (2007). Aidants naturels, un cadre juridique formel s'impose pour régir les soins à domicile. *Le Devoir*, 2 juin 2007, Repéré à: <http://www.ledevoir.com/societe/sante/145828/aidants-naturels-un-cadre-juridique-formel-s-impose-pour-regir-les-soins-a-domicile>.
- Vérificateur général du Québec. (2013). *Personnes âgées en perte d'autonomie, services à domicile. Dans Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014, Vérification de l'optimisation des ressources*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec. Repéré à: <https://fr.scribd.com/doc/145875751/Rapport-sur-les-soins-a-domicile>.
- Villeneuve, J. (2008). *Pour un équilibre vital: des responsabilités équitables, Avis sur l'état de situation des proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec, Canada: Le Conseil des Aînés. Repéré à: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs65910>

Jurisprudence

- Brochu c. Camden-Bourgault* [2001] RRA 295 (CA). Demande de permission d'appeler rejetée, [2001] 3 RCS v.
- Dompière c. Complexe hospitalier de la Sagamie*, [2004] CanLII 18655 (QC CQ).
- Parenteau c. Drolet* [1994] RJQ 689 (CA)
- Stacey c. Plante*, [1979] n° AZ-79022367 (C.S).

Table de législation

Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, chapitre 11 (R.-U.)].

Charte des droits et libertés de la personne, Recueil des lois et des règlements du Québec, chapitre C-12.

Code des professions, RLRQ, chapitre C-26.

Code civil du Québec, Recueil des lois et des règlements du Québec, chapitre CCQ-1991.

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, Recueil des lois et des règlements du Québec, chapitre O-7.2.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, Recueil des lois et des règlements du Québec, chapitre S-4.2.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, Recueil des lois et des règlements du Québec, chapitre S-5, r. 5.

Code de déontologie des médecins, Recueil des lois et des règlements du Québec, chapitre M-9, r. 17.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, Recueil des lois et des règlements du Québec, chapitre I-8, r. 9.