

PNIC

Documents de référence

**Travail de connaissances sur l'éthique de la
profession et les responsabilités légales**

Table des matières

LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (CHAPITRE S-6.2)	1
CHAPITRE I – OBJET (ART. 1 ET 2)	1
CHAPITRE II – RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE NIVEAU NATIONAL.....	1
<i>Section I – Le ministre (art. 3 et 4)</i>	1
CHAPITRE IV – RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE NIVEAU LOCAL.....	3
<i>Section IV – Le technicien ambulancier (art. 63 à 76)</i>	3
RÈGLEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES POUVANT ÊTRE EXERCÉES DANS LE CADRE DES SERVICES ET SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (CHAPITRE M-9, R. 2.1)	7
GUIDE DE RÉDACTION DES DOCUMENTS CLINIQUES À L'INTENTION DES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS	13
DÉFINITION ET OBJECTIF DU GUIDE	13
OBJECTIFS DES DOCUMENTS CLINIQUES	13
PRINCIPES RELATIFS AUX DOCUMENTS CLINIQUES	13
ANNEXE 1 - DÉFINITIONS.....	15
PICTAP 2017 MODULE 1 : GÉNÉRALITÉS ET CONCEPTS MÉDICO-LÉGAUX	17
2.0 DOCUMENTATION.....	17
3.0 CONSENTEMENT, APTITUDE ET REFUS.....	18
5.0 CONFIDENTIALITÉ.....	23
CODE CIVIL DU QUÉBEC (CHAPITRE CCQ-1991)	29
CHAPITRE PREMIER – DE L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE, (ART. 10 À 18)	29
CHAPITRE TROISIÈME – DU RESPECT DE LA RÉPUTATION ET DE LA VIE PRIVÉE (ART. 35 À 41).....	31
LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI (CHAPITRE P-38.001)	33
SECTION I – GARDE PRÉVENTIVE ET GARDE PROVISOIRE (ART. 6 À 8).....	33
CODE CRIMINEL CANADIEN (L.R.C. 1985, CH. C-46). ART. 2	35
DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION (ARTICLE 2).....	35
LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (CHAPITRE P-34.1)	37
CHAPITRE IV – INTERVENTION SOCIALE.....	37
<i>Section I – Sécurité et développement d'un enfant (art. 38 à 44)</i>	37

LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (chapitre S-6.2)

2002, c. 69.

TITRE I

ORGANISATION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Chapitre I – Objet (art. 1 et 2)

1. La présente loi vise à ce que soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse.

À cette fin, elle encadre l'organisation des services préhospitaliers d'urgence et favorise leur intégration et leur harmonisation à l'ensemble des services de santé et des services sociaux. Elle identifie les services à mettre en place, les différents acteurs de cette organisation et précise les droits, rôles et responsabilités de ces derniers.

2. Pour l'application de la présente loi, on entend par «agence» et «établissement» une agence et un établissement visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou, à moins que le contexte ne s'y oppose, un conseil régional et un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

2002, c. 69, a. 2; 2005, c. 32, a. 308.

Chapitre II – Rôles et responsabilités de niveau national

Section I – Le ministre (art. 3 et 4)

3. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité de déterminer les grandes orientations en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Il propose et élabore des plans stratégiques et des politiques, définit les modes d'intervention, élabore et approuve les protocoles cliniques et opérationnels en cette matière.

Plus particulièrement :

1° il identifie les objectifs opérationnels et détermine les standards de qualité des services préhospitaliers d'urgence;

2° il approuve les priorités triennales soumises par la Corporation d'urgences-santé et, dans le cadre de leur plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence conforme aux orientations ministérielles, celles soumises par les agences;

3° il détermine, lorsqu'il le juge nécessaire, le niveau de compétence requis des acteurs de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence;

4° il assure la coordination interministérielle en matière de services préhospitaliers d'urgence;

5° il assure la coordination interrégionale des services préhospitaliers d'urgence pour une utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles;

6° il répartit équitablement les ressources humaines, matérielles et informationnelles entre les régions et la Corporation d'urgences-santé et voit à une utilisation efficace et efficiente de ces ressources;

7° il établit les règles de financement des services préhospitaliers d'urgence, répartit équitablement les ressources financières disponibles entre les agences et la Corporation d'urgences-santé et assure le suivi budgétaire et financier;

PNIC – Documents complémentaires

Travail de connaissances sur l'éthique de la profession et les responsabilités légales

8° il établit les politiques nationales relatives au développement et à la formation de la main-d'oeuvre nécessaire à l'organisation des services préhospitaliers d'urgence et en fait l'évaluation;

9° il détermine les règles d'évaluation des résultats obtenus par l'ensemble des services préhospitaliers d'urgence, met en place les mécanismes de reddition de compte permettant de mesurer ces résultats et veille à l'application et à l'évaluation des mesures qui en découlent;

10° il constitue et maintient à jour le registre national de la main-d'oeuvre auquel doivent s'inscrire les techniciens ambulanciers;

11° il établit les politiques et les normes de gestion du transport sanitaire aérien en collaboration avec des partenaires; il peut en impartir, en tout ou en partie, la responsabilité d'exploitation et en déterminer le financement;

12° il détermine le contenu minimal de l'entente conclue en vertu de l'article 38, laquelle doit notamment prévoir les modalités de fonctionnement des services de premiers répondants, les normes de qualité qui doivent être respectées, les modalités de financement, s'il y a lieu, et celles du remboursement des dépenses jugées admissibles, les modalités de reddition de compte de même que les cas, conditions et circonstances pour lesquels l'une ou l'autre des parties peut mettre fin à cette entente;

13° il détermine, en collaboration avec les agences et les associations représentant les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers, le contenu minimal du contrat visé à l'article 9 et applicable à tous les titulaires de permis, lequel doit notamment prévoir les rôles, obligations et responsabilités de chacune des parties, les mécanismes de reddition de compte et les standards de performance attendus des titulaires de permis, les rapports qu'ils doivent fournir de même que les pénalités applicables à un tel titulaire lorsque celui-ci fait défaut de respecter ou d'exercer les responsabilités prévues à ce contrat; si le ministre est d'avis que le contenu minimal du contrat ne peut être ainsi déterminé dans un délai qu'il juge acceptable, il peut le déterminer seul;

14° il favorise l'implication de la population à titre de premiers intervenants dans le cadre de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence en faisant la promotion, en collaboration avec les partenaires concernés, de ce rôle et de son importance auprès des personnes en détresse.

De plus, lorsque des protocoles cliniques incluent des activités réservées en vertu de l'article 31 de la Loi médicale (chapitre M-9), le ministre doit, préalablement à leur approbation, consulter le Collège des médecins du Québec.

Le ministre peut confier, par entente, aux agences de la santé et des services sociaux les pouvoirs de recueillir, inscrire ou mettre à jour, en son nom, les données qu'il identifie pour la constitution ou le maintien du registre visé au paragraphe 10° du deuxième alinéa.

2002, c. 69, a. 3; 2005, c. 32, a. 293; 2009, c. 45, a. 39.

4. En outre des pouvoirs qui lui sont conférés par la présente loi, le ministre peut, par règlement :

1° déterminer des zones de services ambulanciers ;

2° établir, pour une région ou pour une zone, des normes permettant de fixer le nombre maximum de permis d'exploitation de services ambulanciers.

2002, c. 69, a. 4.

Chapitre IV – Rôles et responsabilités de niveau local

Section IV – Le technicien ambulancier (art. 63 à 76)

63. Les conditions pour agir comme technicien ambulancier sont les suivantes:

1° avoir complété la formation collégiale initiale reconnue par le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie et réussi l'examen afférent à cette formation ou avoir complété une formation reconnue équivalente par le directeur médical national en application du paragraphe 8° du premier alinéa de l'article 6 ou être titulaire d'un certificat ou d'une autre forme de reconnaissance professionnelle officielle, délivré au Canada, attestant qu'il est qualifié et autorisé à agir comme technicien ambulancier et reconnu par le directeur médical national conformément à ce paragraphe;

2° être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre maintenu par le ministre conformément au paragraphe 10° de l'article 3 et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier.

2002, c. 69, a. 63; 2005, c. 28, a. 195; 2009, c. 43, a. 11; 2013, c. 28, a. 201.

64. Le gouvernement peut, par règlement, déterminer les conditions que doit remplir un technicien ambulancier pour être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre et obtenir une carte de statut de technicien ambulancier.

Il peut également, de la même manière, déterminer les obligations de perfectionnement de connaissances et d'évaluation des compétences auxquelles un technicien ambulancier doit se soumettre à l'intérieur d'une période de quatre ans pour maintenir son inscription au registre national.

2002, c. 69, a. 64.

64.1. Parmi les renseignements contenus au registre national de la main-d'oeuvre, le nom d'un technicien ambulancier, son statut d'exercice, les activités de formation continue auxquelles il a participé ainsi que la date de sa première inscription au registre et celle de toute inscription ultérieure ont un caractère public.

De plus, le gouvernement peut, par règlement, déterminer, parmi les autres renseignements contenus au registre, lesquels ont un caractère public.

2009, c. 45, a. 42.

65. Un technicien ambulancier fournit à une personne dont l'état requiert l'intervention des services préhospitaliers d'urgence les soins nécessaires conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés par le ministre.

Le technicien ambulancier vérifie chez la personne concernée la présence de signes ou symptômes permettant l'application des protocoles afin de prévenir la détérioration de l'état de cette personne et, le cas échéant, la transporte avec diligence vers un centre exploité par l'établissement receveur désigné ou entre des installations maintenues par un ou des établissements.

2002, c. 69, a. 65.

66. Dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, le technicien ambulancier doit respecter les protocoles visés à l'article 65 de même que respecter l'encadrement médical régional établi en vertu de l'article 17 et participer à l'encadrement médical régional établi en vertu de l'article 17.

2002, c. 69, a. 66.

67. À la demande d'un directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, l'inscription d'un technicien ambulancier au registre national de la main-d'oeuvre maintenu par le ministre conformément au paragraphe 10° de l'article 3 peut faire l'objet d'une radiation temporaire ou permanente par un comité d'examen formé en vertu de l'article 70 lorsque ce technicien :

1° ne respecte pas les obligations de perfectionnement de ses connaissances, refuse de respecter le processus d'évaluation de ses compétences visé au deuxième alinéa de l'article 64 pour le maintien de son inscription, refuse de participer à celui-ci ou ne respecte pas, dans l'exercice de ses fonctions, l'encadrement médical lié à l'exercice des protocoles visés à l'article 65 ;

2° a été déclaré coupable d'une infraction à la présente loi ou à un règlement pris en vertu de celle-ci ;

3° a été déclaré coupable d'un acte criminel relié à l'exercice des activités pour lesquelles il est inscrit au registre national de la main-d'oeuvre.

2002, c. 69, a. 67.

68. En cas d'urgence et pour assurer la qualité des soins dispensés, le directeur médical régional peut demander à un employeur de suspendre temporairement de façon totale ou partielle les affectations cliniques d'un technicien ambulancier sous sa responsabilité et d'exiger de ce dernier qu'il apporte les correctifs que le directeur médical régional juge nécessaires.

Le directeur médical national doit être informé de toute demande de suspension totale des affectations de même que des correctifs qui ont été exigés dans un délai de cinq jours d'une telle demande.

2002, c. 69, a. 68.

69. Avant de demander la radiation de l'inscription d'un technicien ambulancier du registre national de la main-d'oeuvre maintenu par le ministre, un directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence doit, dans les cas visés au paragraphe 1° de l'article 67, demander à ce technicien ambulancier d'apporter les correctifs nécessaires dans le délai qu'il fixe et en informer l'employeur du technicien.

Dans les cas visés aux paragrapes 2° et 3° de l'article 67 ou lorsque le technicien ne respecte pas dans le délai fixé une demande du directeur médical régional visée au premier alinéa ou à l'article 68, celui-ci peut demander au directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence de constituer, dans un délai de 60 jours de sa demande, un comité d'examen qui pourra confirmer l'inscription de ce technicien au registre ou radier de façon temporaire ou permanente une telle inscription.

Le directeur médical régional doit informer l'employeur du technicien des motifs de la demande adressée au directeur médical national.

2002, c. 69, a. 69.

70. Ce comité d'examen est composé des personnes suivantes:

1° le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence;

2° un technicien ambulancier désigné par le syndicat des techniciens ambulanciers auquel appartient le technicien concerné ou, s'il n'est pas syndiqué, un technicien ambulancier que le technicien concerné a choisi pour le représenter;

PNIC – Documents complémentaires

Travail de connaissances sur l'éthique de la profession et les responsabilités légales

3° deux personnes, dont un directeur médical régional, désignées par la majorité des agences de la santé et des services sociaux autres que l'agence sur le territoire de laquelle le technicien ambulancier concerné a agi et qui ne sont pas rattachées à cette agence;

4° une personne désignée par les exploitants de services ambulanciers qui n'ont pas de lien d'emploi avec le technicien ambulancier concerné;

5° un technicien ambulancier formateur désigné par les collègues d'enseignement général et professionnel qui dispensent la formation de technicien ambulancier;

6° un technicien ambulancier désigné par un ou des organismes dont l'objet principal est le développement et l'amélioration des champs de pratique des techniciens ambulanciers.

À défaut par les personnes ou organismes mentionnés à chacun des paragraphes 2° à 6° de s'entendre sur la désignation de leurs représentants respectifs dans le délai prévu au deuxième alinéa de l'[article 69](#), le ministre les désigne.

2002, c. 69, a. 70.

71. Le comité d'examen doit, avant de rendre sa décision, notifier par écrit au technicien ambulancier le préavis prescrit par l'[article 5](#) de la [Loi sur la justice administrative \(chapitre J-3\)](#) et lui accorder un délai d'au moins 10 jours pour présenter ses observations.

2002, c. 69, a. 71.

72. Dans un délai de 30 jours de la date de sa constitution, le comité d'examen doit notifier par écrit au technicien ambulancier dont il confirme ou radie l'inscription sa décision motivée en précisant, en cas de radiation, sur quels motifs prévus à l'[article 67](#) elle est fondée.

Il en transmet également une copie à l'employeur du technicien.

2002, c. 69, a. 72.

73. Le technicien ambulancier dont l'inscription est radiée peut, dans un délai de 60 jours de la date de sa notification, contester la décision du comité d'examen devant le Tribunal administratif du Québec.

Le dépôt d'une requête pour former un recours devant le Tribunal administratif du Québec suspend l'exécution de la décision contestée. Toutefois, cette suspension n'autorise pas un technicien ambulancier à fournir des soins à une personne dont l'état requiert l'intervention des services préhospitaliers d'urgence.

2002, c. 69, a. 73.

74. Le comité d'examen dont la décision est contestée est assujéti aux obligations prévues au premier alinéa de l'[article 114](#) de la [Loi sur la justice administrative \(chapitre J-3\)](#), compte tenu des adaptations nécessaires.

2002, c. 69, a. 74.

75. La radiation de l'inscription d'un technicien ambulancier du registre national de la main-d'oeuvre entraîne le retrait de sa carte de statut de technicien ambulancier.

2002, c. 69, a. 75.

76. La section II du chapitre IV et l'[article 78](#) de la [Loi sur les normes du travail \(chapitre N-1.1\)](#) ne s'appliquent pas aux salariés des titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers qui sont des techniciens ambulanciers et dont les horaires de travail, tels que prévus aux contrats conclus en vertu de l'[article 9](#), sont composés de périodes de travail, de disponibilité et de récupération.

2002, c. 69, a. 76.

RÈGLEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES POUVANT ÊTRE EXERCÉES DANS LE CADRE DES SERVICES ET SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (chapitre M-9, r. 2.1)

Loi médicale

([chapitre M-9, a. 3](#)).

Code des professions

([chapitre C-26, a. 94, par. h](#)).

SECTION I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Le présent règlement a pour objet de déterminer parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les médecins celles qui, suivant les conditions et modalités qui y sont déterminées, peuvent l'être par un premier répondant, un technicien ambulancier, un technicien ambulancier en soins avancés et par d'autres personnes dans le cadre des services ou soins préhospitaliers d'urgence, auprès d'une personne présentant un problème de santé qui nécessite une intervention d'urgence.
D. 26-2012, a. 1.

1.1. Les activités professionnelles déterminées aux sections II à V sont exercées conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés et approuvés, après consultation du Collège des médecins du Québec, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, conformément au troisième alinéa de l'article 3 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence ([chapitre S-6.2](#)).
D. 119-2019, a. 1.

SECTION I.I

PREMIER INTERVENANT

D. 119-2019, a. 1.

2. En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne peut utiliser un défibrillateur externe automatisé lors d'une réanimation cardiorespiratoire.
D. 26-2012, a. 2; D. 164-2013, a. 1.

3. En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne peut administrer:

1° de l'adrénaline lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique à l'aide d'un dispositif auto-injecteur;

2° de la naloxone, par voie intranasale ou intramusculaire, à une personne présentant une dépression respiratoire et une altération importante du niveau de conscience secondaires à l'administration d'opioïdes.

D. 26-2012, a. 3; D. 164-2013, a. 2; D. 923-2017, a. 1.

4. En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne ayant suivi une formation sur l'administration de glucagon, donnée par un médecin ou une infirmière, peut administrer du glucagon à une personne en état d'hypoglycémie qui est inconsciente, en convulsion, incapable d'avaler ou confuse.

D. 26-2012, a. 4.

5. Toute personne ayant suivi une formation sur l'administration d'oxygène peut administrer cette substance à une personne en attendant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence.

D. 26-2012, a. 5.

6. Tout policier à l'emploi d'un corps de police et titulaire d'une attestation valide délivrée par ce corps de police selon laquelle il a réussi une formation portant notamment sur les soins immédiats, les techniques de tamponnement avec pansements hémostatiques et les techniques de garrot peut effectuer le paquetage de plaies à l'aide de pansements hémostatiques.

D. 26-2012, a. 6; D. 119-2019, a. 2.

SECTION II

PREMIER RÉPONDANT

7. Un premier répondant peut:

1° utiliser le défibrillateur externe automatisé lors d'une réanimation cardiorespiratoire;

2° administrer de l'adrénaline, par voie sous-cutanée ou intramusculaire, lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique;

3° assister la ventilation à l'aide d'un ballon-masque;

4° insérer une canule nasopharyngée;

5° administrer du glucagon lors d'une hypoglycémie sévère à une personne inconsciente, en convulsion, incapable d'avaler ou confuse;

6° administrer de la naloxone, par voie intranasale ou intramusculaire, à une personne présentant une dépression respiratoire et une altération importante du niveau de conscience secondaires à l'administration d'opioïdes;

7° effectuer le paquetage de plaies à l'aide de pansements hémostatiques.

Dans le présent règlement, «premier répondant» signifie toute personne dont le nom figure sur la liste des premiers répondants dressée par une agence visée à l'article 339 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou par la Corporation d'urgences-santé visée à l'article 87 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2)

D. 26-2012, a. 7; D. 923-2017, a. 2; D. 119-2019, a. 3 .

SECTION III

TECHNICIEN AMBULANCIER

8. Pour exercer les activités professionnelles déterminées à l'article 9, le technicien ambulancier doit être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre des techniciens ambulanciers constitué en vertu du paragraphe 10 du deuxième alinéa de l'article 3 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2) et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier lui permettant d'exercer ces activités.

D. 26-2012, a. 8.

9. Un technicien ambulancier peut, outre les activités visées à l'article 7:

1° apprécier la présence de signes ou de symptômes permettant l'application des protocoles visés à l'article 6;

2° insérer une canule oesophago-trachéale à double voie ou un dispositif supraglottique à une personne présentant un arrêt cardiorespiratoire ou une atteinte de l'état de conscience;

3° administrer les substances ou les médicaments requis, par voie sublinguale, orale, intranasale, sous-cutanée, intramusculaire, transdermique ou par inhalation;

4° installer un soluté sans médication par voie intraveineuse à l'aide d'un cathéter périphérique court, à la demande et en présence d'un technicien ambulancier en soins avancés;

5° utiliser le moniteur défibrillateur semi-automatique lors d'une réanimation cardiorespiratoire;

6° exercer la surveillance clinique de la condition d'une personne;

7° assister mécaniquement la ventilation, incluant par un tube endotrachéal déjà en place;

8° aspirer les sécrétions chez une personne porteuse d'une trachéotomie;

9° irriguer et maintenir le débit prescrit d'une perfusion intraveineuse sans médication ou l'arrêter;

10° ajuster le débit d'une perfusion intraveineuse sans médication, à la suite d'une ordonnance individuelle;

11° retirer un cathéter intraveineux périphérique;

12° procéder à une laryngoscopie de la personne dont les voies respiratoires sont obstruées par un corps étranger et procéder au retrait de celui-ci;

13° retirer ou réinstaller une canule de trachéotomie;

14° effectuer l'irrigation, la vidange ou le retrait:

a) d'un cathéter vésical en drainage libre;

b) d'un tube nasogastrique en drainage libre;

15° effectuer la vidange d'une stomie intestinale.

D. 26-2012, a. 9; D. 119-2019, a. 4.

SECTION IV

TECHNICIEN AMBULANCIER EN SOINS AVANCÉS

10. Pour exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13, le technicien ambulancier en soins avancés doit:

1° avoir une expérience pertinente reliée à l'exercice de ces activités totalisant 24 mois à temps plein;

2° être titulaire d'un diplôme universitaire de formation en soins préhospitaliers d'urgence avancés délivré par une université du Québec dans le cadre d'un programme d'études de 1^{er} cycle comportant un minimum de 60 crédits ou s'être vu attribuer une équivalence par le directeur médical national, en application du paragraphe 8 du premier alinéa de l'article 6 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2);

3° être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre des techniciens ambulanciers et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier autorisant la pratique en soins préhospitaliers avancés.

D. 26-2012, a. 10.

11. Peut également exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13, le technicien ambulancier en soins avancés qui, au 1^{er} avril 2002, a réussi la formation en soins avancés reconnue par la Corporation d'urgences-santé et approuvée par le Collège des médecins du Québec et qui:

1° est inscrit au registre national de la main-d'oeuvre des techniciens ambulanciers avec un statut actif autorisant la pratique en soins préhospitaliers avancés;

2° a réussi, dans le cadre d'un programme de formation en médecine préhospitalière reconnu par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence, en application du paragraphe 8 du premier alinéa de l'article 6 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2), une formation complémentaire de 175 heures portant sur:

a) la cardiologie;

b) la neurologie;

c) la pharmacologie;

d) la pneumologie;

e) la physiologie;

f) les protocoles préhospitaliers.

D. 26-2012, a. 11.

12. Un technicien ambulancier en soins avancés peut, outre les activités déterminées aux sections II et III:

1° évaluer la condition d'une personne;

2° administrer les substances et les médicaments requis par voie intraveineuse ou endotrachéale;

3° (*paragraphe abrogé*);

4° pratiquer une défibrillation manuelle;

5° installer un soluté par voie intraosseuse et administrer, par cette voie, les substances ou les médicaments requis;

PNIC – Documents complémentaires

Travail de connaissances sur l'éthique de la profession et les responsabilités légales

6° effectuer une cardioversion électrique urgente;

7° appliquer une stimulation cardiaque externe.

Il peut également, dans le cadre d'un projet de recherche visant l'évaluation des soins préhospitaliers avancés, procéder à l'intubation endotrachéale de la personne adulte présentant un arrêt cardiorespiratoire ou une atteinte de l'état de conscience.

D. 26-2012, a. 12; D. 119-2019, a. 5.

13. Un technicien ambulancier en soins avancés peut, outre les activités déterminées aux sections II et III, à la suite d'une ordonnance individuelle:

1° (*paragraphe abrogé*);

2° utiliser les techniques effractives suivantes:

a) effectuer une thoracocentèse à l'aide d'une technique à l'aiguille chez le patient dans un état préterminal, sous assistance ventilatoire;

b) (*sous-paragraphe abrogé*);

c) (*sous-paragraphe abrogé*);

d) effectuer une cricothyroïdotomie percutanée.

En l'absence d'une ordonnance individuelle et lorsque la communication avec un médecin est impossible, un technicien ambulancier en soins avancés peut, chez le patient instable, utiliser ces techniques effractives.

D. 26-2012, a. 13; D. 119-2019, a. 6.

SECTION V

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES

D. 26-2012, sec. V; D. 119-2019, a. 7.

14. Un étudiant inscrit à un programme de formation menant à un diplôme d'études collégiales en soins préhospitaliers d'urgence ou à une attestation d'études collégiales en techniques ambulancières reconnue par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie peut, en présence d'un médecin, d'un autre professionnel habilité, d'un résident en médecine ou d'un technicien ambulancier reconnu comme formateur par une institution d'études collégiales, exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 7 et 9 dans la mesure où elles sont requises aux fins de compléter ce programme.

D. 26-2012, a. 14; [L.Q. 2013, c. 28, a. 204](#).

15. Un étudiant inscrit à un programme de formation menant à un diplôme visé au paragraphe 2 de l'article 10 peut, en présence d'un médecin, d'un autre professionnel habilité, d'un résident en médecine ou d'un technicien ambulancier en soins avancés reconnu comme formateur par le programme de formation universitaire, exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13 dans la mesure où elle sont requises aux fins de compléter ce programme.

D. 26-2012, a. 15.

16. Le technicien ambulancier en soins avancés visé à l'article 11 peut, en présence d'un médecin, d'un autre professionnel habilité, d'un résident en médecine ou d'un technicien ambulancier en soins avancés reconnu comme formateur par le programme de formation universitaire, exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13 dans la mesure où elle sont requises aux fins de compléter la formation complémentaire de 175 heures visée au paragraphe 2 de l'article 11.
D. 26-2012, a. 16.

16.1. Une personne devant effectuer un stage aux fins de l'évaluation de ses compétences en application du paragraphe 3 de l'article 13 du Règlement sur les conditions d'inscription d'un technicien ambulancier au registre national de la main-d'oeuvre (chapitre S-6.2, r. 1) peut, sous la supervision d'un maître de stage choisi par l'autorité régionale responsable et dans la mesure où leur exercice est requis aux fins de cette évaluation, exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 9, 12 et 13.

D. 119-2019, a. 8.

17. Le présent règlement remplace le Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence (chapitre M-9, r. 2).

D. 26-2012, a. 17.

18. *(Omis).*

D. 26-2012, a. 18.

RÉFÉRENCES

D. 26-2012, 2012 G.O. 2, 685

D. 164-2013, 2013 G.O. 2, 1026

[L.Q. 2013, c. 28, a. 204](#)

D. 923-2017, 2017 G.O. 2, 4187

D. 119-2019, 2019 G.O. 2, 684

Guide de rédaction des documents cliniques à l'intention des techniciens ambulanciers paramédics

DÉFINITION ET OBJECTIF DU GUIDE

Les formulaires complétés par les techniciens ambulanciers-paramédics sont des documents à la fois cliniques, administratifs et légaux. Comme tous les professionnels de la santé, le technicien ambulancier-paramédic engage ses responsabilités légale et professionnelle chaque fois qu'il porte une inscription, même la plus banale, dans l'un des formulaires cliniques. Il doit comprendre que le fait de remplir les formulaires cliniques constitue un acte de soins préhospitaliers à part entière, lequel reflète la qualité des soins qu'il a offert au moment de la prise en charge. De plus, le RIP sert d'élément de protection juridique tant pour les techniciens ambulanciers-paramédics que pour le patient. En effet, plus le RIP sera complet, plus il sera utile pour attester des événements survenus. Ce qui n'a pas été noté, n'a pas en principe été fait¹.

Ils sont également des documents nominatifs soumis à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels ou à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.

Le but de ce guide est de définir les paramètres de chaque document clinique et de normaliser les critères de rédaction.

OBJECTIFS DES DOCUMENTS CLINIQUES

- Rapporter les informations pertinentes sur l'état de l'usager et les soins prodigués, afin de permettre un suivi adéquat par le personnel clinique du centre hospitalier receveur.
- Fournir un outil d'évaluation de la qualité des soins, d'enseignement et de recherche
- Documenter de façon pertinente les étapes de l'intervention afin de protéger légalement l'usager, les techniciens ambulanciers-paramédics et la Corporation d'urgences-santé.

PRINCIPES RELATIFS AUX DOCUMENTS CLINIQUES

Normes de rédaction

Conformément aux protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics - 2013 (PICTAP - 2013) dans la section Généralités, Un rapport d'intervention clinique (AS803) doit être rédigé pour toutes les interventions où le technicien ambulancier-paramédic a eu contact avec un patient, ceci inclut : transports primaires **URGENTS** ou **NON URGENTS**, transports secondaires (interétablissements) avec ou sans escorte, retours à domicile et, tout particulièrement, les interventions qui se concluent par un refus de transport. Dans le présent document, vous trouverez une section relative à la façon de bien documenter les interventions impliquant un transport secondaire (interétablissements) ou un refus de services. Les documents cliniques doivent être lisibles et rédigés selon l'éthique professionnelle, conformément à la procédure de rédaction décrite dans le présent guide.

Les langues de rédaction autorisées sont le français et l'anglais, au choix de l'intervenant clinique, conformément à l'article 27 de la Charte de la langue française. Seules les abréviations des termes médicaux acceptées à l'annexe II doivent être utilisées. Les abréviations courantes, quant à elles, doivent être utilisées lorsqu'une abréviation officielle n'existe pas. Elle doit répondre aux normes de l'Office québécois de la langue française. On supprime les dernières lettres et on coupe le mot **après** une

¹Heenan Blaikie « Droit de la santé au Québec », Bulletin, vol. V (2), juillet 2003

PNIC – Documents complémentaires

Travail de connaissances sur l'éthique de la profession et les responsabilités légales

consonne **et** avant une voyelle. Les intervenants cliniques ont l'obligation de signer² les formulaires afin d'authentifier les renseignements.

Accès et communication

L'établissement receveur, l'utilisateur concerné ainsi que tout employé dont les fonctions l'exigent ont accès aux formulaires cliniques, conformément aux articles 62 et 83 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et aux articles 20 et 27 sur la protection des renseignements personnels ou à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.

Demande de rectification

En général, un document clinique ne peut être modifié; seules les données mesurables et quantifiables peuvent être corrigées. Le technicien ambulancier-paramédic peut donc corriger un document clinique ultérieurement à sa rédaction initiale, et ce, pour une information erronée ou un ajout d'information. À Urgences-santé, vous pouvez contacter la personne responsable des archives médicales au numéro suivant : (514) 723-5763. Pour les entreprises ambulancières autres, vous devez faire la demande à votre employeur.

Demande d'accès par l'utilisateur

Il est possible pour l'utilisateur d'exercer son droit de demander une rectification, et ce, en s'adressant à la personne responsable de l'accès à l'information au sein de l'entreprise ambulancière.

² Collège des médecins du Québec, tenue du dossier.

ANNEXE 1 - DÉFINITIONS

Refus de transport

Le refus de transport est défini comme étant le refus de l'utilisateur d'utiliser les services offerts suite à son contact avec les techniciens ambulanciers-paramédics. **En aucun temps, les techniciens ambulanciers-paramédics ne doivent suggérer, influencer ou laisser entendre à l'utilisateur, ni par des paroles ou attitudes, qu'il devrait signer un refus de transport. La demande de refus de transport doit être initiée par l'utilisateur lui-même.**

Refus de soins

Le terme **refus de soins** est utilisé lorsque l'utilisateur refuse de recevoir des soins de la part des techniciens ambulanciers-paramédics alors que le terme **refus d'utilisation de la civière/civière-chaise** est utilisé lorsque l'utilisateur refuse d'utiliser la civière/civière-chaise.

Témoin

Personne présente au moment de l'intervention. Lorsque la signature d'un témoin est requise et que plusieurs témoins sont disponibles, il est préférable d'obtenir la signature d'un membre de la famille ou d'une autorité légale (policier). Un technicien ambulancier-paramédic ne peut servir de témoin. À quel moment le refus est-il considéré valable?

Le refus d'un utilisateur d'être transporté ou de recevoir des soins est valable lorsque la décision du patient est libre et éclairée, que les conséquences et risques encourus ont été énoncés clairement par les techniciens ambulanciers-paramédics et qu'aucune suggestion de la part du personnel clinique n'a pu influencer la décision du patient à signer le refus (temps d'attente dans les CH, cas non urgent pouvant aller à la clinique, etc.).

L'intervenant clinique responsable de l'intervention doit lire à l'utilisateur l'avis de refus de services et noircir la ou les cases correspondant au type de refus. Il doit également s'assurer que l'utilisateur ou le tiers a bien compris les conséquences possibles de son refus avant de le faire signer. S'il y a lieu, inscrire les informations concernant le tiers dans la case appropriée. Tout refus doit être enregistré sur MDSA et transmis à l'équipe de l'assurance de la qualité.

Transports secondaires (interétablissements)

Un transport secondaire inclut les interétablissements avec ou sans escorte ainsi que les retours à domicile. Selon le type de transport voici les informations devant se retrouver dans le RIP.

Interétablissements avec escorte

- Le diagnostic provisoire du patient.
- La raison du transfert ou le type d'examen prévu au centre receveur.
- L'identification de l'escorte (nom et titre).
- Le déroulement de l'intervention.
- Les gestes de support à l'escorte.
- Les signes vitaux (ne noter que ceux pris par l'escorte au besoin, mais dans ce cas, indiquer qu'il s'agit des signes vitaux pris par l'escorte).

Interétablissements sans escorte

- Le diagnostic provisoire du patient.
- La raison du transfert ou le type d'examen prévu au centre receveur.
- Les signes vitaux avant le départ.
- Les prescriptions reçues pour le transport³.
- Le déroulement de l'intervention.
- Le suivi du patient selon les PICTAP 2007.

Retour à domicile

- Diagnostic d'admission au centre hospitalier.
- Raison du retour en ambulance.
- Le déroulement de l'intervention (particulièrement les plaintes ou absence de plainte de la part du patient. Ex. : inscrire : pas de plainte exprimée).
- La situation sociale (Où est laissé le patient? Exemple : maison, centre d'accueil, dans son lit, etc.).
- Y-a-t-il une personne qui accueille le patient?

³Lors d'un transfert interétablissements sans escorte, légalement le patient demeure sous les soins du centre hospitalier référant. Une prescription écrite sera requise pour l'administration des médicaments autres que le glucagon et l'épinéphrine. Évidemment, en situation d'urgence, les protocoles de Combitube™ et de réanimation devront toujours d'être appliqués.

PICTAP 2017 Module 1 : Généralités et concepts médico-légaux

Édition 3.0

Septembre 2017

2.0 Documentation

La documentation écrite (AS-803/RIP et rapport complémentaire) qui est produite suite à toute intervention préhospitalière a trois objectifs :

- Transmettre de l'information à l'équipe soignante qui prend en charge le patient au centre receveur;
- Documenter l'intervention dans un but médico-légal; ceci protège les patients et les intervenants;
- Permettre le suivi requis dans le cadre des activités d'amélioration de la qualité.

2.1 RAPPORT D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE (AS-803)

Malgré que la rédaction des formulaires cliniques soit un geste quotidien pour le TAP, et que le formulaire AS-803 ainsi que le rapport complémentaire soient bien connus, certains concepts méritent d'être révisés à ce moment.

• Un formulaire AS-803 doit être rempli pour toute intervention où il y a eu un « contact patient »; ceci inclut les situations suivantes :

- Intervention primaire, urgente ou non urgente, avec transport; que l'affectation ait été reçue par le centre de communication santé (CCS) ou qu'il s'agisse d'un 10-08;
- Intervention primaire, urgente ou non urgente, avec refus de transport; que l'affectation ait été reçue par le CCS ou qu'il s'agisse d'un 10-08;
- Intervention primaire avec prise en charge par les policiers, les services de crise, ou une sage-femme;
- Transfert interétablissements, avec ou sans escorte;
- Retour à domicile;
- Intervention pour « soins humanitaires ».

Un formulaire AS-803 doit aussi être rempli lors d'une intervention à multiples patients; il est nécessaire de documenter de façon globale l'intervention de triage.

• La documentation se doit de refléter de façon fidèle et exacte l'intervention auprès du patient. Toute information consignée se doit d'être complète et véridique.

Il est intéressant de rappeler que l'utilisateur a un droit d'accès à son dossier médical et qu'il peut demander à le consulter. Il peut aussi demander qu'il soit amendé s'il considère que certaines informations sont inexacts.

Les dispositions légales concernant le dossier médical de l'utilisateur et son accès se retrouvent aux articles 19 et suivants de la LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX(LSSS)⁶.

• Nous rappelons aussi que la règle d'or en ce qui concerne la documentation écrite dans le milieu médical est que :

CE QUI N'EST PAS ÉCRIT EST RÉPUTÉ NON FAIT.

Il est vrai que si un enregistrement vocal de l'intervention existe et que celui-ci confirme que l'action non documentée au AS-803 est faite, ceci pourrait prouver que l'action non documentée a bien été faite. Par contre, ceci ne doit en aucun temps vous influencer à ne pas documenter de façon complète et véridique vos rapports, car ces documents ne sont pas disponibles au personnel de la salle d'urgence et qu'il est toujours possible que des difficultés surviennent avec l'obtention ou le transfert de l'enregistrement.

3.0 Consentement, aptitude et refus

L'obligation d'obtenir du patient son consentement aux soins se trouve à l'article 11 du CODE CIVIL DU QUÉBEC.

« 11.

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer. »⁹

Dans le milieu préhospitalier, toute l'importance de comprendre les concepts liés au consentement se vit lorsque ce consentement est absent, c'est-à-dire lorsque le patient refuse des soins ou un transport. Pour être valide, un consentement se doit d'être libre et éclairé¹⁰. Pour pouvoir donner un consentement valide, souvent implicite, quelquefois explicite, le patient se doit d'être apte. Il est important ici de réviser les concepts-clés liés au refus : le consentement, ses conditions (libre et éclairé) et l'aptitude.

3.1 CONSENTEMENT-DÉFINITION

Le consentement est l'action de donner son accord à une action, à un projet : acquiescement, approbation, assentiment. (Larousse en ligne, www.larousse.fr). Dans le contexte des soins préhospitaliers, le patient consent à une appréciation médicale de sa condition, à des soins tels que l'administration de certains médicaments, et au transport.

Il faudra se souvenir que le patient peut consentir en totalité ou partiellement aux soins (incluant le transport) offerts et peut aussi retirer ou donner son consentement en tout temps.

3.1.1 CONSENTEMENT IMPLICITE

« IMPLICITE : Qui, sans être énoncé formellement, découle naturellement de quelque chose : Une condition implicite. » (Larousse en ligne, www.larousse.fr)

Dans le contexte d'urgence dans lequel les services et soins préhospitaliers sont dispensés, le consentement est généralement implicite. Le patient, un proche ou possiblement un témoin, a fait appel aux services d'urgence. À l'arrivée des intervenants, l'aide est bienvenue et le patient se soumet aux questions, exams et traitements proposés sans opposition. Il accepte les services, le consentement est donc implicite; il est entendu de par son attitude qu'il acquiesce.

Il n'est pas nécessaire de le questionner de façon dirigée, on ne dira pas : Voulez-vous que l'on vous donne de l'oxygène? Désirez-vous aller au centre hospitalier?

Exemple préhospitalier de consentement implicite du patient :

« Monsieur, nous allons nous diriger à l'hôpital. Laissez-moi vous aider à vous installer sur la civière. »
Le patient avec l'aide du TAP, sans éprouver aucune résistance physique ou verbale, s'allonge sur la civière.

Dans le contexte du consentement implicite en situation d'urgence, l'évaluation stricte de l'aptitude n'est nécessaire que dans la situation où le patient exprime un refus.

3.1.2 CONSENTEMENT EXPLICITE

« EXPLICITE : Qui s'exprime complètement et clairement sans laisser place à l'ambiguïté. » (Larousse en ligne, www.larousse.fr)

Généralement, lorsqu'un patient ou l'un de ses proches hésite ou exprime son refus de consentir aux soins ou au transport, une discussion s'ensuit. Un consentement explicite, et donc exprimé clairement, est alors requis.

Exemple préhospitalier de consentement explicite du patient :

« Monsieur, nous allons nous diriger à l'hôpital. Laissez-moi vous aider à vous installer sur la civière. »
Le patient répond négativement : « Non. Pourquoi est-ce que dois-je aller à l'hôpital? » Après quelques explications du TAP, le patient répond : « D'accord, je comprends. J'accepte d'aller à l'hôpital. »

3.1.3 CONSENTEMENT - LIBRE

Comme énoncé précédemment le consentement, pour être valide, doit être libre, c'est-à-dire sans contrainte, sans condition, sans influence indue de la part de la personne qui tente de l'obtenir.

3.1.4 CONSENTEMENT - ÉCLAIRÉ

L'élément de consentement éclairé oblige le TAP à transmettre au patient, au meilleur de sa connaissance, une description détaillée des soins qu'il offre au patient, les différentes options, les bénéfices escomptés de ces soins ou les conséquences de leur omission, tout cela avec une attitude professionnelle et rassurante.

Quand le patient hésite à accepter le transport, le TAP a la même obligation d'informer le patient, au meilleur de ses connaissances, des évaluations, diagnostics et traitements possibles, leurs bénéfices et les conséquences possibles d'un refus de l'évaluation médicale en centre hospitalier.

Le TAP se voit aussi dans l'obligation d'expliquer au patient les limites de l'appréciation réalisée dans le contexte et les limites du préhospitalier.

Exemple d'explication menant à un consentement éclairé :

Le patient vient de subir un ECG et demande le résultat aux TAP. « Monsieur, nous venons de vous faire un électrocardiogramme (ECG). Il est non spécifique/normal. Cependant, avec vos symptômes, cela n'exclut pas la présence possible d'une crise cardiaque. Pour exclure ce problème de santé, vous devez subir plusieurs ECG sur une période de plusieurs heures, subir des prises de sang et être évalué par le médecin à l'urgence. S'il n'est pas certain, le médecin pourrait aussi consulter le cardiologue à votre sujet. Or, même si votre ECG ne semble pas anormal selon nos critères, cela ne veut pas dire que vous ne souffrez pas d'un problème de santé sérieux, cardiaque ou autre. »

3.3 L'APTITUDE

Selon l'Énoncé de Politique des Trois Conseils (EPTC), groupe consultatif interagences en éthique de la recherche, l'aptitude peut être définie comme suit :

« L'aptitude est la capacité des sujets à donner un consentement libre et éclairé conforme à leurs propres valeurs fondamentales. Cette notion comprend la capacité de comprendre les renseignements donnés, d'évaluer les éventuelles conséquences d'une décision et de donner un consentement libre et éclairé. »⁴

L'aptitude est un concept complexe à comprendre et à évaluer. On doit premièrement prendre pour acquis que le patient est apte jusqu'à preuve du contraire. Aussi un patient aux prises avec un problème de santé mentale par exemple, doit être considéré apte à consentir aux soins jusqu'à ce qu'on ait démontré son inaptitude.

3.3.1 ÂGE ET APTITUDE

L'article 14 du CODE CIVIL DU QUÉBEC précise que le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins de santé requis par son état de santé tandis que le mineur de 13 ans et moins ne peut le faire lui-même. Au Québec, le mineur de 13 ans et moins est donc considéré « inapte ». Voici le texte de l'article 14 :

« **14.** Le consentement aux **soins requis par l'état de santé** du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait. »⁵

Comme mentionné précédemment, le mineur de 14 à 17 ans, quant à lui, peut consentir lui-même à des soins; il peut donc également refuser les soins, mais une exception existe.

L'article 16 du CODE CIVIL DU QUÉBEC dicte ceci :

« **16.** Elle (l'autorisation du tribunal) est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.»⁶

Le jeune de 14 à 17 ans ne peut donc pas refuser des soins dont l'omission mettrait sa vie ou son intégrité en danger. En l'absence de l'autorité parentale, dans une telle situation d'urgence, on se réfère à l'article 13 :

« En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.»⁷

⁴ Énoncé de Politique des Trois Conseils, Éthique de la recherche avec les êtres humains, Institut de recherche en Santé du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada 2014.

<http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/>

⁵ Voir annexe D : Code civil du Québec, RLRQ chapitre CCQ-1991

⁶ Voir annexe D : Code civil du Québec, RLRQ chapitre CCQ-1991

⁷ Voir annexe D : Code civil du Québec, RLRQ chapitre CCQ-1991

3.3.2 APTITUDE DU MAJEUR

Mais qu'est donc l'aptitude? Comme mentionné précédemment, l'aptitude est la capacité pour le patient de comprendre :

1. La situation dans laquelle il se trouve;
2. Les options qui s'offrent à lui en matière de soins de santé;
3. Les bénéfices et conséquences d'accepter ou de refuser les soins et services offerts;
4. Et donc la capacité de prendre une décision, dans le contexte de ses valeurs.

L'erreur à éviter lors de l'évaluation de l'aptitude du patient à consentir ou à refuser est d'évaluer la conclusion à laquelle le patient arrive et non le processus par lequel il y est arrivé.

En effet, l'erreur provient du fait que l'intervenant conclut que le patient doit être inapte pour arriver à une conclusion autre que celle à laquelle il serait arrivé lui-même. Or, bien que la réponse du patient soit différente de celle que l'on aurait donnée nous-mêmes, cela ne veut pas dire que le patient est inapte. C'est là que les valeurs du patient peuvent entrer en ligne de compte!

Il est donc important de se souvenir du fait que l'aptitude est la capacité du patient d'analyser l'information qui lui est fournie et donc de prendre une décision.

Ceci dit, il faut aussi se rappeler que l'aptitude est un concept qui peut varier dans le temps. Ainsi, le patient sévèrement intoxiqué pourrait être considéré inapte pendant quelques heures et considéré apte quelques heures plus tard.

3.4 LA GESTION DES REFUS DE TRANSPORT EN PRÉHOSPITALIER

Lorsque le patient ou un témoin mentionne la possibilité de refus ou questionne sur la pertinence du transport, le TAP a l'obligation de présenter toute information demandée de façon neutre et impartiale; les informations ou conseils transmis doivent être détachés de ce qui pourrait être l'intérêt personnel du TAP (ex. : aller prendre sa pause de dîner, fin de quart); il doit permettre au patient de prendre librement la décision qu'il juge la plus appropriée pour lui-même.

Les exemples suivants pourraient être interprétés comme étant des contraintes exercées sur une personne par un TAP pour obtenir, ou changer son consentement. Il s'agit d'exemples où un TAP tenterait de dissuader une personne de se faire transporter en ambulance en lui faisant part des inconvénients financiers et autres que cela pourrait lui causer :

- La mention spontanée du prix élevé de la facture de transport;
- La mention du long temps d'attente à l'urgence;
- L'expression de l'opinion de la non-pertinence de la demande de transport ambulancier;
- L'expression de l'opinion que la plainte du patient est exagérée.

Si un patient décédait suite à un refus où nous avons transmis ce type d'information, l'entreprise ambulancière et le TAP pourrait faire face à des poursuites.

Dans le contexte du consentement implicite en situation d'urgence, l'évaluation stricte de l'aptitude n'est nécessaire que dans la situation où le patient exprime un refus.

Un refus ne peut être considéré valide que s'il a été initié par le patient ou ses proches. En effet, si le TAP a suggéré que le transport n'était pas requis, celui-ci pourrait être jugé responsable dans le cas où la santé du patient se détériorait par la suite.

Lorsque le patient exprime une hésitation concernant les soins offerts, il faut :

1. **INFORMER LE PATIENT** : s'assurer que le patient reçoit bien toute l'information disponible sur la situation présente, les diagnostics possibles, leur gravité, leurs traitements potentiels, les bénéfices de ceux-ci et les conséquences probables de ne pas recevoir de traitement. Il faut, dans un niveau de langage adapté, informer le patient sans avoir recours à la contrainte ou à la coercition.

Lorsqu'il s'agit d'une situation qui pourrait dégénérer et, à l'exemple d'une douleur thoracique, causer le décès du patient, il faut lui mentionner, sans nécessairement être alarmiste qu'il pourrait, en dépit d'un électrocardiogramme (ECG) 12D normal, faire un infarctus qui pourrait causer une arythmie maligne; il pourrait ainsi en décéder. Il faut lui indiquer qu'il augmenterait ses chances de survie à une arythmie maligne s'il était transporté au centre hospitalier car il serait mis sous surveillance cardiaque continue.

2. **QUESTIONNER LE PATIENT** : valider son orientation, lui demander d'expliquer, dans ses mots, sa compréhension de la situation, pourquoi il refuse les soins offerts et comment il va gérer la situation s'il ne vient pas avec vous.

ATTENTION : l'orientation n'est qu'un élément d'évaluation car un patient orienté peut être inapte et un patient désorienté peut être considéré apte selon les circonstances. Par exemple, un patient âgé avec une légère atteinte cognitive pourrait ne pas être capable d'identifier correctement la date mais capable de comprendre le risque de décès.

Le patient doit pouvoir ensuite vous expliquer dans **SES** mots la situation, et non juste répéter ce que vous lui avez dit et ensuite offrir une justification cohérente de son refus.

N'oubliez pas que pour être considérée cohérente la justification n'a pas besoin de vous apparaître raisonnable ou en harmonie avec **vos** valeurs. En fait, pour être considéré apte, il suffit de constater que le **raisonnement** du patient est cohérent compte tenu des réponses qu'il vous donne.

3. RETENTER D'OBTENIR LE CONSENTEMENT DU PATIENT.

4. OBTENIR UN CONSENTEMENT OU UN REFUS EXPLICITE.

5. DOCUMENTER LE REFUS.

Les PICTAP 2017 demandent que toute l'intervention incluant la conversation qui concerne le refus soit enregistrée par le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) et transmise à l'équipe des SPU du CISSS/CIUSSS/CUS (ci-après nommée CI) selon la modalité locale prévue. Si le patient maintient son refus, la lecture du texte de refus du AS-803 doit être faite et la signature du formulaire de refus (AS-803) est ensuite requise.

Il est important que le TAP documente en détail, sur son AS-803, la discussion qu'il a eue avec le patient ou son représentant en inscrivant notamment les éléments suivants :

- Les diagnostics possibles;
- Les risques expliqués dont le décès, lorsque mentionné;
- La raison du refus;
- Le plan du patient.

3.5 REFUS À RISQUE

Au verso du AS-803, apparaît une liste appelée « Refus à risque». Cette liste a été développée pour les besoins de la Corporation d'urgences-santé. Cette liste inclut certaines situations où le risque clinique de non-transport a été jugé plus élevé, il faut faire bien attention de ne pas en conclure que les situations absentes de cette liste ne constituent pas un risque. Tout refus doit être traité avec la plus grande attention et diligence. Cette liste ne doit pas être utilisée dans un autre cadre que celui pour lequel elle a été développée.

5.0 Confidentialité

La confidentialité est un élément crucial à la relation de confiance qui est établie entre le patient et tout intervenant de la santé. Le TAP a une obligation de confidentialité envers les patients avec lesquels il interagit. Où commence-t-elle? Où finit-elle?

5.1 LE SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel est assuré aux citoyens québécois par la CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE, à l'article 9 :

« 9. Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne 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 ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.»⁸

Mais qui sont ces personnes tenues par la loi au secret professionnel? Selon l'article 60.4 du CODE DES PROFESSIONS⁹, les professionnels sont tenus au secret professionnel lorsqu'ils obtiennent une information dans l'exercice de leur profession :

« 60.4. Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse.

Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.»¹⁰

Or, c'est à l'article 1 du CODE DES PROFESSIONS que l'on retrouve la définition de ce qu'est un professionnel :

« 1. Dans le présent code et dans les règlements adoptés sous son autorité, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes suivants signifient:[...]

⁸ Voir annexe E : Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ chapitre C-12

⁹ Voir annexe Q : Code des professions, RLRQ chapitre C-26

¹⁰ Voir annexe Q : Code des professions, RLRQ chapitre C-26

c) «professionnel» ou «membre d'un ordre»: toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre et qui est inscrite au tableau de ce dernier; [...] »¹¹

Présentement, puisque qu'il n'y a pas d'ordre professionnel régissant le travail des TAP et qu'il n'y a pas de Tableau de l'Ordre, les TAP ne sont pas reconnus comme des professionnels, ils ne sont pas tenus au secret professionnel au sens de la CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE.

5.2 LES OBLIGATIONS DE CONFIDENTIALITÉ DU TAP

Le technicien ambulancier paramédic a malgré tout, des obligations de confidentialité envers son patient, obligations qui s'apparentent au secret professionnel.

Le CODE CIVIL DU QUÉBEC assure aux citoyens québécois, le droit à la vie privée. La CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE qui réitère également ce droit à l'article 5.

La Charte des droits et libertés de la personne

« 5. Toute personne a droit au respect de sa vie privée.»¹²

CODE CIVIL DU QUÉBEC

« CHAPITRE TROISIÈME DU RESPECT DE LA RÉPUTATION ET DE LA VIE PRIVÉE

35. Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée.

Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci y consente ou sans que la loi l'autorise.

36. Peuvent être notamment considérés comme des atteintes à la vie privée d'une personne les actes suivants:

- 1° Pénétrer chez elle ou y prendre quoi que ce soit;
- 2° Interceptor ou utiliser volontairement une communication privée;
- 3° Capter ou utiliser son image ou sa voix lorsqu'elle se trouve dans des lieux privés;
- 4° Surveiller sa vie privée par quelque moyen que ce soit;
- 5° Utiliser son nom, son image, sa ressemblance ou sa voix à toute autre fin que l'information légitime du public;
- 6° Utiliser sa correspondance, ses manuscrits ou ses autres documents personnels.»¹³

De plus, les Lois sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé ¹⁴ (pour les TAP des entreprises privées) et sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels¹⁵ (pour les TAP d'Urgences-santé) établissent les règles qui doivent être respectées par les organismes publics ou les entreprises privées pour protéger les renseignements personnels obtenus et encadrent les situations de communication de l'information.

¹¹ Voir annexe Q : Code des professions, RLRQ chapitre C-26

¹² Voir annexe E : Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ chapitre C-12

¹³ Voir annexe D : Code civil du Québec, RLRQ chapitre CCQ-1991

¹⁴ Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, RLRQ, chapitre P-39.1

¹⁵ Voir annexe R : Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, RLRQ, chapitre A-2.1

PNIC – Documents complémentaires

Travail de connaissances sur l'éthique de la profession et les responsabilités légales

Ceci demande donc des employés, de respecter la confidentialité des renseignements et de référer à leur employeur, les personnes qui leur adressent des demandes de communication d'information.

Voici quelques extraits pertinents de ces lois :

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels¹⁶

« 53. Les renseignements personnels sont confidentiels sauf dans les cas suivants:

1° la personne concernée par ces renseignements consent à leur divulgation; si cette personne est mineure, le consentement peut également être donné par le titulaire de l'autorité parentale;

2° ils portent sur un renseignement obtenu par un organisme public dans l'exercice d'une fonction juridictionnelle; ils demeurent cependant confidentiels si l'organisme les a obtenus alors qu'il siégeait à huis clos ou s'ils sont visés par une ordonnance de non-divulgation, de non-publication ou de non-diffusion.

54. Dans un document, sont personnels les renseignements qui concernent une personne physique et permettent de l'identifier.»¹⁷

Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé¹⁸

« 2. Est un renseignement personnel, tout renseignement qui concerne une personne physique et permet de l'identifier.

SECTION III

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. — Détention, utilisation et non-communication des renseignements

10. Toute personne qui exploite une entreprise doit prendre les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits et qui sont raisonnables compte tenu, notamment, de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support.¹⁹»

Le formulaire AS-803 contient des renseignements dits personnels et doivent être remis uniquement au centre hospitalier receveur et à l'employeur par le TAP. Les bandes audio des MDSA et les cartes d'enregistrement ne doivent être remises qu'aux autorités prévues dans le respect des procédures en vigueur. Les organismes qui désirent obtenir copie de ces renseignements doivent en faire la demande en bonne et due forme aux employeurs.

¹⁶ Voir annexe R : Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, RLRQ, chapitre A-2.1

¹⁷ Voir annexe R : Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, RLRQ chapitre A-2.1

¹⁸ Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, RLRQ, chapitre P-39.1

¹⁹ Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, RLRQ, chapitre P-39.1

De plus, le Code civil du Québec et la Charte des droits et libertés de la personne protègent la vie privée et dictent ceci :

CODE CIVIL DU QUÉBEC

« CHAPITRE TROISIÈME DU RESPECT DE LA RÉPUTATION ET DE LA VIE PRIVÉE

35. Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée.

Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci y consente ou sans que la loi l'autorise.

36. Peuvent être notamment considérés comme des atteintes à la vie privée d'une personne les actes suivants:

- 1° Pénétrer chez elle ou y prendre quoi que ce soit;
- 2° Intercepter ou utiliser volontairement une communication privée;
- 3° Capter ou utiliser son image ou sa voix lorsqu'elle se trouve dans des lieux privés;
- 4° Surveiller sa vie privée par quelque moyen que ce soit;
- 5° Utiliser son nom, son image, sa ressemblance ou sa voix à toute autre fin que l'information légitime du public;
- 6° Utiliser sa correspondance, ses manuscrits ou ses autres documents personnels.»²⁰

Ainsi, la règle qui en découle dicte que le TAP ne peut divulguer à qui que ce soit, les informations obtenues dans le cadre de son contact privilégié avec le patient, à moins d'obtenir le consentement du patient ou de son représentant ou d'une ordonnance du tribunal (incluant le moment où il lui sera demandé de témoigner en Cour).

De ce fait, le TAP ne peut divulguer quelque information que ce soit tels les noms, âges, circonstances de l'intervention ou conditions médicales concernant les patients à qui que ce soit (policiers, témoins ou journalistes).

Si le TAP est témoin de l'accident avant de traiter les blessés, il peut partager ces informations avec les policiers.

Si le TAP est en possession des documents d'identité du patient, il peut les remettre au policier.

Si le TAP observe la scène, il n'a pas d'obligation de partager ces informations avec les policiers.

Si le patient lui fait part de ses antécédents médicaux, cette information ne peut être partagée avec les policiers sur la scène.

Si, en réponse aux questions du TAP, le patient avoue une consommation d'alcool ou de drogues, il ne peut divulguer cette information à quiconque, il en va de même lorsqu'il sent lui-même une odeur d'alcool dans l'haleine du patient.

Dans le dernier cas, si le policier demande au TAP si le patient sent l'alcool, ce dernier pourra l'inviter à constater lui-même la condition du patient.

Lorsqu'il est demandé au TAP de faire une déposition, il n'a pas l'obligation de le faire.

²⁰ Voir annexe D : Code civil du Québec, RLRQ chapitre CCQ-1991

PNIC – Documents complémentaires

Travail de connaissances sur l'éthique de la profession et les responsabilités légales

Lorsque le TAP a obtenu de l'information qui lui permet de croire, que la vie, la santé ou la sécurité d'une personne est en danger, et ce, en situation d'urgence, cette information pourrait être communiquée par l'employeur aux personnes mentionnées par la Loi.²¹

Lorsque le policier demande une copie du dossier ou des enregistrements du MDSA sur le champ, le TAP doit lui refuser et diriger le policier vers son employeur.

Enfin, une fois appelé à témoigner en Cour sur les événements, le TAP sera obligé de témoigner sur toutes les informations qu'il détient.

Le TAP ne peut pas garder une copie des AS-803 en sa possession, avec ou sans les informations nominatives. De plus, le TAP ne peut garder de notes personnelles avec des informations explicites ou contenant des renseignements personnels.

²¹ Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, RLRQ chapitre P-39.1

CODE CIVIL DU QUÉBEC (chapitre CCQ-1991)

Chapitre premier – de l'intégrité de la personne, (art. 10 à 18)

10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

1991, c. 64, a. 10.

11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer.

1991, c. 64, a. 11; 2014, c. 2, a. 65; N.I. 2016-01-01 (NCPC).

12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

1991, c. 64, a. 12; 2014, c. 2, a. 66.

13. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne.

1991, c. 64, a. 13.

14. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

1991, c. 64, a. 14.

15. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas

d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

1991, c. 64, a. 15; 2002, c. 6, a. 1; 2014, c. 2, a. 67.

16. L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

1991, c. 64, a. 16.

17. Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents.

1991, c. 64, a. 17.

18. Lorsque la personne est âgée de moins de 14 ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents.

Chapitre troisième – du respect de la réputation et de la vie privée (art. 35 à 41)

35. Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée.

Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci y consente ou sans que la loi l'autorise.

1991, c. 64, a. 35; 2002, c. 19, a. 2.

36. Peuvent être notamment considérés comme des atteintes à la vie privée d'une personne les actes suivants:

1° Pénétrer chez elle ou y prendre quoi que ce soit;

2° Intercepter ou utiliser volontairement une communication privée;

3° Capter ou utiliser son image ou sa voix lorsqu'elle se trouve dans des lieux privés;

4° Surveiller sa vie privée par quelque moyen que ce soit;

5° Utiliser son nom, son image, sa ressemblance ou sa voix à toute autre fin que l'information légitime du public;

6° Utiliser sa correspondance, ses manuscrits ou ses autres documents personnels.

1991, c. 64, a. 36.

37. Toute personne qui constitue un dossier sur une autre personne doit avoir un intérêt sérieux et légitime à le faire. Elle ne peut recueillir que les renseignements pertinents à l'objet déclaré du dossier et elle ne peut, sans le consentement de l'intéressé ou l'autorisation de la loi, les communiquer à des tiers ou les utiliser à des fins incompatibles avec celles de sa constitution; elle ne peut non plus, dans la constitution ou l'utilisation du dossier, porter autrement atteinte à la vie privée de l'intéressé ni à sa réputation.

1991, c. 64, a. 37.

38. Sous réserve des autres dispositions de la loi, toute personne peut, gratuitement, consulter et faire rectifier un dossier qu'une autre personne détient sur elle soit pour prendre une décision à son égard, soit pour informer un tiers; elle peut aussi le faire reproduire, moyennant des frais raisonnables. Les renseignements contenus dans le dossier doivent être accessibles dans une transcription intelligible.

1991, c. 64, a. 38.

39. Celui qui détient un dossier sur une personne ne peut lui refuser l'accès aux renseignements qui y sont contenus à moins qu'il ne justifie d'un intérêt sérieux et légitime à le faire ou que ces renseignements ne soient susceptibles de nuire sérieusement à un tiers.

1991, c. 64, a. 39.

40. Toute personne peut faire corriger, dans un dossier qui la concerne, des renseignements inexacts, incomplets ou équivoques; elle peut aussi faire supprimer un renseignement périmé ou non justifié par l'objet du dossier, ou formuler par écrit des commentaires et les verser au dossier.

La rectification est notifiée, sans délai, à toute personne qui a reçu les renseignements dans les six mois précédents et, le cas échéant, à la personne de qui elle les tient. Il en est de même de la demande de rectification, si elle est contestée.

1991, c. 64, a. 40.

PNIC – Documents complémentaires

Travail de connaissances sur l'éthique de la profession et les responsabilités légales

41. Lorsque la loi ne prévoit pas les conditions et les modalités d'exercice du droit de consultation ou de rectification d'un dossier, le tribunal les détermine sur demande.

De même, s'il survient une difficulté dans l'exercice de ces droits, le tribunal la tranche sur demande. 1991, c. 64, a. 41.

LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI (Chapitre P-38.001)

Chapitre II – La garde

Section I – Garde préventive et garde provisoire (art. 6 à 8)

6. Seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires disposant des aménagements nécessaires ou un centre hospitalier peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire afin de lui faire subir un examen psychiatrique.

1997, c. 75, a. 6.

7. Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus soixante-douze heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique. Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour férié, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que cesser la garde présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour ouvrable qui suit.

1997, c. 75, a. 7; N.I. 2016-01-01 (NCPC).

8. Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6:

1° à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;

2° à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil, lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7.

Dans le présent article, on entend par « service d'aide en situation de crise » un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux.

1997, c. 75, a. 8.

CODE CRIMINEL CANADIEN (L.R.C. 1985, ch. C-46). Art. 2

Définitions et interprétation (article 2)

2 Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

agent de la paix

- **a)** Tout maire, président de conseil de comté, préfet, shérif, shérif adjoint, officier du shérif et juge de paix;
- **b)** tout agent du Service correctionnel du Canada, désigné comme agent de la paix conformément à la partie I de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, ainsi que tout directeur, sous-directeur, instructeur, gardien, geôlier, garde et tout autre fonctionnaire ou employé permanent d'une prison qui n'est pas un pénitencier au sens de la partie I de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition;
- **c)** tout officier de police, agent de police, huissier ou autre personne employée à la préservation et au maintien de la paix publique ou à la signification ou à l'exécution des actes judiciaires au civil;
- **c.1)** tout agent désigné, au sens de l'article 2 de la Loi sur les opérations transfrontalières intégrées de contrôle d'application de la loi, lorsque, selon le cas :
 - **(i)** il participe à une opération transfrontalière intégrée, au sens de l'article 2 de cette loi,
 - **(ii)** il accomplit une activité accessoire à une telle opération, notamment il se déplace en vue de participer à l'opération ou comparaît devant un tribunal en lien avec l'opération;
- **d)** tout fonctionnaire ou personne possédant les pouvoirs d'un agent sous le régime de la Loi sur les douanes ou d'un préposé sous le régime de la Loi sur l'accise ou de la Loi de 2001 sur l'accise lorsqu'il exerce une fonction en application d'une de ces lois;
- **d.1)** tout agent autorisé au titre du paragraphe 138(1) de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés;
- **e)** les personnes désignées à titre de gardes-pêche en vertu de la Loi sur les pêches, dans l'exercice des fonctions que leur confère cette loi, et celles qui sont désignées à titre d'agents des pêches en vertu de cette loi, dans l'exercice des fonctions que leur confère cette loi ou la Loi sur la protection des pêches côtières;
- **f)** le pilote commandant un aéronef :
 - **(i)** soit immatriculé au Canada en vertu des règlements d'application de la Loi sur l'aéronautique,
 - **(ii)** soit loué sans équipage et mis en service par une personne remplissant, aux termes des règlements d'application de la Loi sur l'aéronautique, les conditions d'inscription comme propriétaire d'un aéronef immatriculé au Canada en vertu de ces règlements, pendant que l'aéronef est en vol;
- **g)** les officiers et militaires du rang des Forces canadiennes qui sont :
 - **(i)** soit nommés pour l'application de l'article 156 de la Loi sur la défense nationale,
 - **(ii)** soit employés à des fonctions que le gouverneur en conseil, dans des règlements pris en vertu de la Loi sur la défense nationale pour l'application du présent alinéa, a prescrites comme étant d'une telle sorte que les officiers et les militaires du rang qui les exercent doivent nécessairement avoir les pouvoirs des agents de la paix. (*peace officer*).

LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (Chapitre P-34.1)

Chapitre IV – Intervention sociale

Section I – Sécurité et développement d'un enfant (art. 38 à 44)

38. Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.

On entend par :

a) abandon: lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne;

b) négligence:

1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux:

i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;

ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;

iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que l'enfant reçoive une instruction adéquate et, le cas échéant, pour qu'il remplisse son obligation de fréquentation scolaire prévue par la Loi sur l'instruction publique (chapitre I-13.3) ou par toute autre loi applicable;

2° lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1°;

c) mauvais traitements psychologiques: lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, du contrôle excessif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;

d) abus sexuels:

1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant toute forme d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant un risque sérieux d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

e) abus physiques:

1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

f) troubles de comportement sérieux: lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose.

1977, c. 20, a. 38; 1981, c. 2, a. 8; 1984, c. 4, a. 18; 1994, c. 35, a. 23; 2006, c. 34, a. 14; 2016, c. 12, a. 36; 2017, c. 18, a. 18.

38.1. La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis:

a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;

b) (*paragraphe abrogé*);

c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.

1984, c. 4, a. 18; 1992, c. 21, a. 221; 1994, c. 35, a. 24; 2017, c. 18, a. 19.

38.2. Toute décision visant à déterminer si un signalement doit être retenu pour évaluation ou si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis doit notamment prendre en considération les facteurs suivants:

a) la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés;

b) l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant;

c) la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant;

d) les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents.

2006, c. 34, a. 15.

38.2.1. Pour l'application de l'article 38.2, toute décision visant un signalement pour une situation de négligence sur le plan éducatif en lien avec l'instruction que reçoit un enfant ou en lien avec le respect de son obligation de fréquentation scolaire doit notamment prendre en considération les facteurs suivants:

a) les conséquences sur l'enfant de la non-fréquentation scolaire ou de l'absentéisme scolaire, notamment eu égard à sa capacité d'intégration sociale;

b) le niveau de développement de l'enfant en fonction de son âge et de ses caractéristiques personnelles;

c) les actions posées par les parents afin que l'enfant reçoive une instruction adéquate, notamment la supervision donnée à l'enfant sur le plan scolaire ainsi que la collaboration offerte aux ressources du milieu, dont celles du milieu scolaire;

d) la capacité des ressources du milieu de soutenir les parents dans l'exercice de leurs responsabilités et d'aider l'enfant à progresser dans ses apprentissages.

Lorsque la nature du signalement le justifie, l'appréciation de la capacité de l'enfant à réintégrer le système scolaire, l'évaluation de son développement sur le plan scolaire et les actions posées par les parents eu égard aux conditions dans lesquelles il doit réaliser ses apprentissages dans un contexte d'enseignement à la maison doivent également être prises en considération. Ces facteurs doivent être considérés selon les modalités prévues à l'entente visée à l'article 37.8.

2017, c. 18, a. 20.

38.3. Aucune considération, qu'elle soit d'ordre idéologique ou autre, incluant celle qui serait basée sur une conception de l'honneur, ne peut justifier une situation prévue aux articles 38 et 38.1. 2016, c. 12, a. 37.

39. Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant, à toute personne œuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens des paragraphes *d* et *e* du deuxième alinéa de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes *a*, *b*, *c* ou *f* du deuxième alinéa de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

Toute personne visée au présent article peut, à la suite du signalement qu'elle a effectué, communiquer au directeur toute information pertinente liée au signalement concernant la situation de l'enfant, en vue d'assurer la protection de ce dernier.

Les premier, deuxième et quatrième alinéas s'appliquent même aux personnes liées par le secret professionnel, sauf à l'avocat et au notaire qui, dans l'exercice de leur profession, reçoivent des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1.

1977, c. 20, a. 39; 1981, c. 2, a. 9; 1984, c. 4, a. 19; 1994, c. 35, a. 25; 2006, c. 34, a. 16; 2017, c. 18, a. 21.

PNIC – Documents complémentaires

Travail de connaissances sur l'éthique de la profession et les responsabilités légales

39.1. Toute personne qui a l'obligation de signaler une situation d'abus physiques ou d'abus sexuels en vertu de l'article 39 doit le faire sans égard aux moyens qui peuvent être pris par les parents pour mettre fin à la situation.

2006, c. 34, a. 17.

40. *(Abrogé).*

1977, c. 20, a. 40; 1981, c. 2, a. 10; 1981, c. 7, a. 536; 1984, c. 4, a. 20.

41. *(Abrogé).*

1977, c. 20, a. 41; 1989, c. 53, a. 12; 2006, c. 34, a. 18.

42. Un adulte est tenu d'apporter l'aide nécessaire à un enfant qui désire saisir les autorités compétentes d'une situation compromettant sa sécurité ou son développement, ceux de ses frères et soeurs ou ceux de tout autre enfant.

1977, c. 20, a. 42.

43. Une personne ne peut être poursuivie en justice pour des actes accomplis de bonne foi en vertu des articles 39 ou 42.

1977, c. 20, a. 43.

44. Nul ne peut dévoiler ou être contraint de dévoiler l'identité d'une personne qui a agi conformément aux articles 39 ou 42, sans son consentement.

1977, c. 20, a. 44.