

Document d'information sur les cadres législatifs complets en matière d'incidents liés à la sécurité des patients

25 avril 2024

Table des matières

Introduction	2
Quels sont les objectifs qui sous-tendent la législation relative à la sécurité des patients? 2	
Sécurité culturelle	5
Introduction.....	9
Caractéristiques habituelles de la législation.....	13
Les événements qui doivent être signalés.....	13
Les personnes qui font un signalement.....	15
Les destinataires des signalements	18
Le contenu du signalement.....	20
Le moment du signalement.....	21
La protection des personnes qui effectuent un signalement.....	21
Protection des renseignements relatifs aux incidents liés à la sécurité des patients	22
Conclusion	29
Divulgence obligatoire des incidents liés à la sécurité des patients	29
Introduction.....	29
Caractéristiques habituelles de la législation.....	30
Qui doit faire une divulgation	30
Les événements qui entraînent l'obligation de divulgation.....	31
Les renseignements qui doivent être divulgués	32
Le moment de la divulgation.....	33
Les renseignements à consigner dans le dossier patient	34
Lien avec les exigences en matière de signalement	35
Conclusion	36
La législation relative à la protection sur présentation d'excuses	36
Introduction.....	36
Objectifs de la protection sur présentation d'excuses.....	38
Éléments qui composent la protection sur présentation d'excuses	40
Conclusion	43
Protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité.....	43
Introduction.....	43
Caractéristiques habituelles de la législation.....	44

Le type d'organisme de soins de santé qui crée le comité.....	44
Les communications de quelles entités sont protégées.....	45
Les communications et renseignements qui sont protégés	46
Divulgence entre des comités de la qualité des soins	50
Définition d'« instances judiciaires »	51
Incidence de la législation qui régit l'accès à l'information.....	52
Interdiction d'emploi dans le cadre d'instances judiciaires	56
Participation des patients.....	58
Examen législatif	59
Conclusion	60
Glossaire	60

À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires de tout le pays pour façonner un avenir où chaque personne au Canada reçoit des soins et services de santé sûrs et de qualité. Nous agissons pour diffuser et mettre à l'échelle les améliorations en matière de qualité et de sécurité, renforcer les capacités et le leadership collectif et catalyser le changement dans les politiques et les pratiques. Nous créons ainsi des liens entre les personnes, les données probantes et les actions pour maintenir le cap sur l'amélioration.

Pour ESC, viser l'excellence en santé, c'est améliorer la sécurité, la qualité et la valeur pour toutes et tous. C'est promouvoir des soins centrés sur ce qui compte le plus pour les patients et les patientes, les personnes proches aidantes, les communautés et le personnel de santé. Et c'est aussi viser des soins culturellement sécurisants, équitables, et soutenus par l'utilisation appropriée de la technologie, qui tiennent compte des priorités des Premières Nations, des Inuit et des Métis. En collaboration avec nos partenaires, nous inscrivons ces fondements dans tout le système de santé.

Notre action consiste également à élargir l'accès à des soins sûrs, connectés et de qualité, plus proches du milieu de vie, pour répondre aux besoins en soins primaires et soutenir les personnes âgées ayant des besoins médicaux et sociaux. Cela inclut le soutien aux personnes ayant des besoins en soins primaires ainsi qu'aux personnes âgées ayant des besoins médicaux et sociaux.

ESC est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

150, rue Kent, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1P 0E4 Canada
1 866 421-6933 | info@hec-esc.ca

[LinkedIn](#) | [Bluesky](#) | [Instagram](#) | [Facebook](#)

ESC honore les territoires traditionnels sur lesquels son personnel et ses partenaires vivent, travaillent et se divertissent. Nous reconnaissons que le niveau de vie dont nous bénéficions aujourd'hui est le résultat de l'intendance des premiers habitants de ces territoires. [En savoir plus](#)

Introduction

Le présent document d'information se base sur des travaux entrepris par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (maintenant appelé Excellence en santé Canada) relativement à des exigences législatives qui se rapportent au signalement obligatoire et à la divulgation obligatoire des incidents liés à la sécurité du patient, à la protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité¹ et à la protection sur présentation d'excuses. Le tableau joint en annexe A présente les dispositions législatives qui sont en vigueur dans ces quatre catégories (protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité, divulgation obligatoire, signalement obligatoire et protection sur présentation d'excuses). Il s'agit d'un document exhaustif qui traite de ces quatre sujets, souligne les objectifs stratégiques qui sous-tendent les initiatives au niveau législatif et jette les bases pour l'élaboration de dispositions législatives exemplaires. Ensemble, ces sujets seront désignés la « législation relative aux incidents liés à la sécurité des patients ».

Le présent document aborde les principaux enjeux relatifs aux politiques et démontre comment ceux-ci ont été traités dans différentes régions du Canada. Il fournit également des recommandations de politiques pour les régions qui envisagent d'élaborer de nouvelles mesures législatives.

Quels sont les objectifs qui sous-tendent la législation relative à la sécurité des patients?

Il existe de nombreux objectifs qui doivent être remplis et harmonisés dans le cadre de l'élaboration et de la modification de la législation relative à la sécurité des patients par le législateur. Les principaux objectifs sont les suivants :

- encourager les professionnels de la santé à partager des renseignements et à tenir des discussions ouvertes afin d'améliorer les soins prodigués aux patients et leur sécurité;
- favoriser la divulgation des incidents liés à la sécurité du patient auprès des patients et de leur famille;
- renforcer la confiance dans le système de santé grâce à la transparence;

¹ Différents termes sont employés dans la législation pour désigner le comité protégé dans le cadre de discussions confidentielles. Par exemple, le comité de l'Alberta est un comité de l'assurance de la qualité (*quality assurance committee*), la Saskatchewan, un comité de l'amélioration de la qualité (*quality improvement committee*), le Québec, un « comité de gestion des risques » (*risk management committee*) alors que l'Ontario l'appelle « comité de la qualité des soins » (*quality of care committee*). Dans certains territoires, le « comité » n'est pas défini, mais ses fonctions sont énoncées dans la législation (voir par exemple la *Loi sur la preuve* du Nouveau-Brunswick ou l'*Evidence Act* de la Nouvelle-Écosse). Pour plus de clarté, le terme « comité de la qualité des soins » sera employé tout au long du présent document. De façon générale, pour que des renseignements soient protégés, ils doivent se rattacher à un comité d'une manière prévue dans la législation. Pour plus de clarté, les renseignements protégés seront désignés « renseignements sur l'assurance de la qualité ».

- mettre en place un système juste d'indemnisation des patients qui subissent des préjudices dans le cadre d'incidents liés à la sécurité des patients;
- soutenir l'analyse des incidents liés à la sécurité des patients et en partager les résultats afin de tirer des leçons de ces incidents.

L'enquête menée dans le cadre d'un incident lié à la sécurité du patient doit partir du principe que les parties agissent de bonne foi; être transparente et axée sur le patient; comporter l'obligation de partager les leçons tirées; et être cohérente et prévisible. Le personnel se doit de communiquer de manière efficace avec les patients et les familles avant, pendant et après l'enquête relative à un tel incident².

Les éléments qui précèdent sont des enjeux majeurs dont il faut soigneusement tenir compte afin de garantir la réalisation de tous les objectifs stratégiques³. Les objectifs derrière les lois sont généralement analysés par l'assemblée législative dans le cadre de l'avancement du projet de loi au fil des différentes lectures. Dans certains cas, ces objectifs sont énoncés dans le préambule ou un énoncé de l'objet. Le préambule sert à expliquer l'objet et les objectifs d'un texte législatif⁴.

Ainsi, le préambule constitue un élément important d'une loi et contribue à ce que celle-ci soit interprétée d'une manière qui favorise la réalisation de ses objectifs.

L'exemple le plus marquant du rôle du préambule pour énoncer les objectifs en matière de sécurité des patients et de qualité des soins se trouve dans la *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* de l'Ontario. En effet, le préambule a été rédigé et intégré à la loi à la suite de consultations approfondies concernant la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements relatifs à la qualité des soins*. De même, la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* de l'Ontario s'ouvre sur un préambule qui traite de la transparence et de la confiance du public envers les services de santé.

Les dispositions législatives suivantes démontrent comment le préambule peut servir à définir le cadre d'une loi et constituer un outil d'interprétation de la législation relative à la sécurité des patients.

Disposition législative

Le préambule de la *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* de l'Ontario stipule ce qui suit :

La population de l'Ontario et son gouvernement :

²Comité d'examen de la *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* (LPRQS). (2014). Recommandations du comité d'examen de la LPRQS. Sur Internet :

http://www.health.gov.on.ca/fr/common/legislation/qcipa/docs/qcipa_rcr.pdf.

³ Bélanger-Hardy Louise, Caroline Quesnel, « Patient Safety Incidents and Protection of Quality Assurance Activities: Legislative and Jurisprudential Responses in Canada » 2016; 9:1 McGill JL & Health 69, 77.

⁴Voir par exemple l'*Interpretation Act*, RSBC 1996, ch. 238, art. 9; la *Loi d'interprétation*, L.R.C. (1985), ch. I-21, art. 13; la *Loi d'interprétation*, LRN-B 1973, ch. I-13, art. 15; et la *Loi d'interprétation*, L.R.O. 1990, ch. I.11, art. 8 et 10.

croient en la fourniture de soins de santé axés sur les patients;

demeurent déterminés à améliorer la qualité des soins de santé que fournissent les établissements de santé et à assurer la sécurité des patients;

croient que la fourniture de soins de santé de qualité et le maintien de la sécurité des patients sont le mieux assurés d'une manière qui appuie l'ouverture et la transparence auprès des patients et de leurs représentants autorisés relativement aux soins de santé fournis aux patients;

reconnaissent que les fournisseurs de soins de santé et les autres membres du personnel des établissements de santé doivent parfois tenir des discussions confidentielles afin de relever et d'analyser des erreurs ayant des incidences sur les patients, des problèmes systémiques et des occasions d'améliorer la qualité des soins de santé fournis aux patients;

croient que des mesures de protection sont nécessaires pour encourager et autoriser les fournisseurs de soins de santé et les autres membres du personnel des établissements de santé à partager tous les renseignements disponibles, à fournir des évaluations et des opinions honnêtes, et à prendre part à des discussions visant à améliorer les soins de santé fournis aux patients sans crainte de représailles;

croient que le partage de renseignements relatifs à des incidents critiques et à l'amélioration de la qualité contribue à améliorer la qualité des soins de santé fournis aux patients;

sont déterminés à veiller à ce que les mesures visant à faciliter le partage de renseignements en vue de l'amélioration de la qualité ne portent pas atteinte au droit des patients et de leurs représentants autorisés d'avoir accès à des renseignements relatifs aux soins de santé fournis aux patients ou à l'obligation des établissements de santé de divulguer des renseignements de ce genre aux patients et à leurs représentants autorisés;

déclarent que la participation des patients et de leurs représentants autorisés au processus d'examen d'un incident critique contribue à l'amélioration des soins fournis aux patients et que, par conséquent, des mesures de protection des renseignements sur la qualité des soins doivent être mises en place d'une manière qui appuie cette participation.

Le préambule de la Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins de l'Ontario stipule ce qui suit :

La population de l'Ontario et son gouvernement :

croient en la fourniture de soins de santé axés sur les patients;

demeurent déterminés à améliorer la qualité des soins de santé que fournissent les établissements de santé et à assurer la sécurité des patients;

croient que la fourniture de soins de santé de qualité et le maintien de la sécurité des patients sont le mieux assurés d'une manière qui appuie l'ouverture et la transparence auprès des patients et de leurs représentants autorisés relativement aux soins de santé fournis aux patients;

reconnaissent que les fournisseurs de soins de santé et les autres membres du personnel des établissements de santé doivent parfois tenir des discussions confidentielles afin de

relever et d'analyser des erreurs ayant des incidences sur les patients, des problèmes systémiques et des occasions d'améliorer la qualité des soins de santé fournis aux patients;

croient que des mesures de protection sont nécessaires pour encourager et autoriser les fournisseurs de soins de santé et les autres membres du personnel des établissements de santé à partager tous les renseignements disponibles, à fournir des évaluations et des opinions honnêtes, et à prendre part à des discussions visant à améliorer les soins de santé fournis aux patients sans crainte de représailles;

croient que le partage de renseignements relatifs à des incidents critiques et à l'amélioration de la qualité contribue à améliorer la qualité des soins de santé fournis aux patients;

sont déterminés à veiller à ce que les mesures visant à faciliter le partage de renseignements en vue de l'amélioration de la qualité ne portent pas atteinte au droit des patients et de leurs représentants autorisés d'avoir accès à des renseignements relatifs aux soins de santé fournis aux patients ou à l'obligation des établissements de santé de divulguer des renseignements de ce genre aux patients et à leurs représentants autorisés;

déclarent que la participation des patients et de leurs représentants autorisés au processus d'examen d'un incident critique contribue à l'amélioration des soins fournis aux patients et que, par conséquent, des mesures de protection des renseignements sur la qualité des soins doivent être mises en place d'une manière qui appuie cette participation.

Recommandations

Prévoir dans la loi un préambule qui énonce clairement les objectifs de la législation relative aux incidents liés à la sécurité des patients. Le préambule de la *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* de l'Ontario en est un excellent exemple.

Sécurité culturelle

La *Loi sur l'office de la santé* (projet de loi 38) a été présentée à l'Assemblée législative du Yukon le 11 mars 2024 et a fait l'objet d'une deuxième lecture le 26 mars 2024.⁵ Le 19 mars 2024, le Conseil des Premières Nations du Yukon a adopté une résolution en faveur de cette loi et a souligné, dans un communiqué de presse, que la *Loi sur l'office de la santé* avait été élaborée en collaboration avec les Premières Nations du Yukon⁶.

Le projet de loi 38 introduit la notion de sécurisation culturelle dans le cadre de la sécurité des patients. Plus précisément, la section 3 de la *Loi sur l'office de la santé* aborde l'assurance de la qualité ainsi que la sécurité et la sécurisation culturelle des patients. Les articles 42 à 44 prévoient ce qui suit :

⁵<https://yukonassembly.ca/sites/default/files/2024-03/35-1-bill038-health-authority-act.pdf>.

⁶« NEWS RELEASE: CYFN and the Chiefs Committee on Health Support Health Authority Legislation »; 20 mars 2024, <https://cyfn.ca/news-release-cyfn-and-the-chiefs-committee-on-health-support-health-authority-legislation/> [en anglais].

42. Assurance de la qualité et sécurité des patients

(1) Sous réserve des règlements, l'office de la santé établit et maintient un cadre de l'assurance de la qualité et de la sécurité des patients qui est compatible avec son objet, dont les objectifs sont l'amélioration de ce qui suit :

- a) la qualité des services sociaux et de santé que fournit l'office de la santé;*
- b) la sécurité des patients.*

(2) Le comité de l'assurance de la qualité, de la sécurité des patients et de la sécurisation culturelle, constitué en vertu de l'alinéa 25(1)b), supervise la mise en œuvre du cadre.

(3) La sécurisation culturelle constitue une composante obligatoire du cadre de l'assurance de la qualité et de la sécurité des patients.

(4) Le cadre peut notamment prévoir des politiques, une procédure, des protocoles et d'autres mécanismes pour atteindre ses objectifs.

(5) Le cadre prévoit une procédure relative aux plaintes et des protocoles d'intervention et de signalement.

(6) Sous réserve du présent article, l'office de la santé peut modifier le cadre.

(7) Avant d'établir ou de modifier le cadre et sous réserve de l'échéancier prévu au paragraphe 71(4), l'office de la santé consulte le Comité de la santé des Premières Nations du Yukon.

(8) Avant d'établir ou de modifier le cadre, l'office de la santé sollicite les commentaires des personnes suivantes :

- a) les employés de l'office de la santé et le personnel médical, ou de leurs syndicats ou représentants;*
- b) toutes autres personnes selon ce qu'il estime indiqué ou si les règlements le prévoient.*

(9) Dans la mise en œuvre du cadre, le comité de l'assurance de la qualité, de la sécurité des patients et de la sécurisation culturelle prévoit la rétroaction périodique des personnes suivantes :

- a) le Comité de la santé des Premières Nations du Yukon;*
- b) les employés de l'office de la santé et le personnel médical, ou leurs syndicats ou représentants;*
- c) toutes autres personnes selon ce qu'il estime indiqué ou si les règlements le prévoient.*

43 Sécuration culturelle — formation du conseil

(1) Les membres du conseil participent au programme de formation sur la sécurisation culturelle et l'humilité culturelle que détermine le ministre, afin d'exercer d'une façon culturellement sécurisante les responsabilités et fonctions qui leur sont confiées.

(2) Avant que le ministre détermine le programme de formation sur la sécurisation culturelle et l'humilité culturelle pour les membres du conseil, et sous réserve de l'échéancier prévu à l'alinéa 71(2)e), le ministre et le Comité de la santé des Premières Nations du Yukon font des efforts raisonnables pour entendre sur le programme de formation et, ce faisant, ils tiennent compte des commentaires reçus en vertu du paragraphe (3).

(3) Dans la détermination du programme de formation pour les membres du conseil en vertu du paragraphe (1), le ministre sollicite les commentaires d'autres personnes ou représentants de groupes qui sont touchés par les questions de sécurisation culturelle et d'humilité culturelle en lien avec la prestation de services sociaux et de santé

44 Sécuration culturelle — cadre

(1) Sous réserve des règlements, l'office de la santé établit et maintient un cadre de la sécurisation culturelle qui est compatible avec son objet, dont les objectifs sont les suivants :

a) un engagement respectueux avec les gens qui reçoivent des services sociaux et de santé de l'office de la santé, et leurs familles, qui reconnaît les déséquilibres de pouvoir inhérents à la prestation de services sociaux et de santé et qui s'efforce d'y remédier;

b) un environnement exempt de toute forme de racisme, y compris le racisme envers les Autochtones, et exempt de discrimination, où les gens qui reçoivent des services sociaux et de santé de l'office de la santé, et leurs familles, se sentent en sécurité;

c) des soins qui sont culturellement inclusifs.

(2) Le comité de l'assurance de la qualité, de la sécurité des patients et de la sécurisation culturelle, constitué en vertu de l'alinéa 25(1)b), supervise la mise en œuvre du cadre.

(3) Le cadre peut notamment prévoir des politiques, une procédure, des protocoles et d'autres mécanismes pour atteindre ses objectifs.

(4) Le cadre présente les éléments suivants :

a) des dispositions en matière de prévention du racisme et de la discrimination dans la prestation des services sociaux et de santé par l'office de la santé;

b) des dispositions sur la formation des employés de l'office de la santé et du personnel médical sur la sécurisation culturelle et l'humilité culturelle;

c) un contenu adapté aux différences culturelles et qui tient compte de la perspective de ceux qui sont le plus touchés par les questions de sécurisation culturelle en lien avec la prestation de services sociaux et de santé;

- d) des dispositions pour sensibiliser aux questions de sécurisation culturelle au sein de l'office de la santé;*
- e) des dispositions pour mieux faire connaître le cadre au sein de l'office de la santé et auprès des gens qui reçoivent des services sociaux et de santé et auprès de leurs familles;*
- f) une procédure relative aux plaintes et des protocoles d'intervention et de signalement;*
- g) des dispositions en matière de responsabilité pour la mise en œuvre du cadre;*
- h) un contenu qui respecte les exigences réglementaires relatives à l'élaboration, au contenu et à la publication du cadre.*

(5) Sous réserve du présent article, l'office de la santé peut modifier le cadre.

(6) Avant que l'office de la santé établisse ou modifie le cadre de la sécurisation culturelle, et sous réserve de l'échéancier prévu à l'alinéa 71(5)b), l'office de la santé et le Comité de la santé des Premières Nations du Yukon font des efforts raisonnables pour s'entendre sur le cadre ou les modifications et, ce faisant, ils tiennent compte des commentaires reçus en vertu du paragraphe (7).

(7) Dans l'établissement ou la modification du cadre de la sécurisation culturelle, l'office de la santé sollicite les commentaires des personnes suivantes :

- a) les personnes ou les représentants de groupes touchés par les questions de sécurisation culturelle en lien avec la prestation des services sociaux et de santé fournis par l'office de la santé;*
- b) les employés de l'office de la santé et le personnel médical, ou leurs syndicats ou représentants;*
- c) toutes autres personnes selon ce qu'il estime indiqué ou si les règlements le prévoient.*

(8) Dans la mise en œuvre du cadre, le comité de l'assurance de la qualité, de la sécurité des patients et de la sécurisation culturelle prévoit la rétroaction périodique des personnes suivantes :

- a) le Comité de la santé des Premières Nations du Yukon;*
- b) les personnes ou représentants de groupes qui sont touchés par les questions de sécurisation culturelle en lien avec la prestation de services sociaux et de santé;*
- c) les employés de l'office de la santé et le personnel médical ou leurs syndicats ou représentants;*
- d) toutes autres personnes selon ce qu'il estime indiqué ou si les règlements le prévoient.*

De plus amples détails seront ajoutés dans les règlements qui n'ont pas encore été élaborés.

Recommandation

Envisager d'inclure la sécurisation culturelle comme une composante de l'assurance de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Incidents liés à la sécurité des patients devant être signalés

Introduction

Il existe de nombreuses stratégies utilisées pour favoriser la sécurité des patients grâce à la communication sur les incidents liés à la sécurité des patients. Le terme « divulgation » est communément utilisé pour décrire le fait de conseiller les personnes touchées par un incident lié à la sécurité du patient. En plus des personnes directement touchées par un tel incident, le public peut également être informé de celui-ci.⁷ Le terme « signalement » porte plutôt sur les conseils aux tiers (p. ex. autorités régionales de santé, gouvernements, organismes d'agrément) de façon générale concernant les événements indésirables. Ce type de signalement à des tiers peut être combiné à un signalement au public.

- En 2005, l'Organisation mondiale de la Santé a publié un projet de lignes directrices sur le signalement d'événements indésirables et les systèmes d'apprentissage (les « lignes directrices de l'OMS »).⁸ Les quatre principes qui sous-tendent ces lignes directrices de l'OMS sont les suivants :
- Le rôle fondamental des systèmes de signalement en matière de sécurité des patients consiste à accroître la sécurité des patients en tirant des leçons des défaillances du système de santé.
- Le signalement doit se faire en toute sécurité. Les personnes qui signalent des incidents ne peuvent pas être sanctionnées ni subir d'autres répercussions négatives découlant de leur signalement.
- Un signalement n'est utile que s'il donne lieu à une réponse constructive. Cela implique, à tout le moins, de faire part des conclusions tirées de l'analyse des données, et idéalement,

⁷ Voir par exemple « Alberta heart patients warned of exposure risk to bacteria during surgery », CBC News, 1^{er} décembre 2016, <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-heart-patients-warned-of-exposure-risk-to-bacteria-during-surgery-1.3876372> [en anglais].

⁸ Alliance mondiale pour la sécurité des patients. 2005. « World Health Organization Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From Information to Action ». Genève : Organisation mondiale de la Santé (« lignes directrices de l'OMS »), page 4 [en anglais].

de formuler des recommandations de changements à apporter aux processus et aux systèmes de santé.

- Une analyse, des apprentissages et une dissémination des leçons tirées bien effectués nécessitent une expertise ainsi que d'autres ressources sur les plans humain et financier. L'agence qui reçoit les signalements doit être en mesure de disséminer des renseignements, de formuler des recommandations de changements et de contribuer à l'élaboration de solutions.

Les facteurs suivants sont définis dans les lignes directrices de l'OMS comme des indicateurs d'un système de signalement efficace :

- L'absence de représailles : la personne qui effectue le signalement n'a pas à craindre de subir des représailles ni de voir d'autres personnes sanctionnées à la suite de son signalement.
- La confidentialité : l'identité du patient, de la personne qui effectue le signalement et de l'institution n'est jamais divulguée.
- L'indépendance : le système de signalement est indépendant de toute autorité ayant le pouvoir de sanctionner la personne qui effectue le signalement ou l'organisme.
- L'analyse de spécialistes : les signalements sont évalués par des spécialistes qui en comprennent les circonstances cliniques et ont la formation nécessaire pour leur permettre de repérer les défaillances sous-jacentes du système.
- La rapidité : Les rapports sont analysés sans délai et les recommandations sont rapidement transmises aux personnes concernées, surtout lorsque des risques importants sont détectés.
- L'orientation sur les systèmes : les recommandations ciblent des changements à apporter aux systèmes, aux processus ou aux produits, plutôt que la performance individuelle.
- La réactivité : l'agence qui reçoit les signalements est en mesure de disséminer des recommandations. Les organismes participants s'engagent à les mettre en œuvre dès que possible.

Les points de vue divergent quant à savoir si la législation sur le signalement obligatoire favorise l'apprentissage. G. Ross Baker et Peter G. Norton ont mené une analyse des initiatives en matière de sécurité des patients mises en œuvre ailleurs dans le monde et ont formulé des recommandations d'initiatives à mettre en œuvre au Canada. Ils ont notamment recommandé la mise en place de meilleurs systèmes de signalement, et déclaré ce qui suit : « *La modification de la législation pourrait améliorer le signalement des erreurs et des incidents évités de justesse, et devrait être encouragée et appuyée.* » [Traduction libre]⁹En revanche, un rapport récent du Health

⁹ Baker, G.R., et coll.« The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada ». 2004, CMAJ, 170 (11), 1678-1686, <http://www.cmaj.ca/content/170/11/1678> [en anglais].

Quality Council of Alberta suggère que l'objectif premier des systèmes de signalement obligatoire est la responsabilité et stipule ce qui suit :

Le signalement nécessite de fournir des renseignements aux personnes ou aux organismes concernés en vue d'améliorer le système. Les systèmes de signalement peuvent être conçus pour l'un des deux objectifs principaux suivants : la responsabilité ou l'apprentissage. Les systèmes conçus pour la responsabilité sont généralement fondés sur le signalement obligatoire. En revanche, lorsque l'apprentissage est l'objectif premier, le signalement est alors volontaire et n'entraîne aucune répercussion pour la personne qui l'effectue¹⁰. [Traduction libre]

Cette section porte essentiellement sur le signalement, et plus particulièrement sur les cadres législatifs qui régissent le signalement obligatoire au Canada. En 2019, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (l'« ICSP ») a publié un cadre stratégique pour la sécurité des patients intitulé « Strengthening Commitment for Improvement Together: A Policy Framework for Patient Safety ». Dans cette publication, l'objectif général est présenté de la façon suivante :

Le présent cadre stratégique permettra de faire avancer les enjeux liés à la sécurité des patients au Canada, alors que l'ICSP renforce son rôle dans l'élaboration des politiques. L'ICSP propose de mettre en œuvre et d'évaluer plusieurs leviers visant à améliorer la sécurité des patients, notamment la législation, la réglementation professionnelle, les normes, les politiques des organismes et la participation du public. Le présent cadre repose sur un modèle d'amélioration continue et d'échange de connaissances pour soutenir l'élaboration de politiques efficaces, flexibles et fondées sur des données probantes à différents niveaux du système de santé au Canada¹¹. [Traduction libre]

Les leviers dont il est question dans ce cadre stratégique sont conçus pour favoriser la sécurité des patients au Canada et ultimement, pour que la vision de l'ICSP se concrétise, soit que les soins au Canada soient les plus sécuritaires au monde. La législation y constitue l'un de ces leviers : « Les ministères de la Santé des provinces et des territoires contribuent à la sécurité des patients grâce à une législation qui assure la transparence dans le cadre du signalement et de la divulgation des incidents liés à la sécurité des patients, des processus d'excuses et d'assurance de la qualité, ainsi que de l'information destinée au public. » [Traduction libre] Ainsi, la législation peut constituer un levier important pour favoriser la sécurité des patients au Canada. La législation encadrant le signalement obligatoire a été mise en œuvre de manière inégale; en effet, certaines provinces disposent de cadres législatifs complets depuis plus d'une décennie (p. ex., la Saskatchewan, le Manitoba et le Québec), tandis que d'autres n'ont encore aucune loi en la matière. Certaines régions abordent les exigences relatives au signalement au moyen de politiques. Par exemple, la Nouvelle-Écosse a mis en œuvre un système de signalement obligatoire en adoptant une

¹⁰ Health Quality Council of Alberta, « Healthcare Quality and Safety Management: A Framework for Albertans », Calgary, Alberta, Canada : Health Quality Council of Alberta, juillet 2017.

¹¹ Institut canadien pour la sécurité des patients. « Strengthening Commitment for Improvement Together: A Policy Framework for Patient Safety ». Edmonton, Alberta; 2019.

politique.¹² Services de santé Alberta dispose d'un système de signalement et d'apprentissage déployé dans l'ensemble de l'organisme qui permet au personnel de signaler les événements indésirables, les incidents évités de justesse ou les risques potentiels; le signalement par les professionnels se fait sur une base volontaire¹³.

Des lois sur le signalement obligatoire sont également en place au niveau fédéral. La *Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses* (aussi connue sous le nom de Loi de Vanessa) a reçu la sanction royale le 6 novembre 2014¹⁴.

Les objectifs de la Loi de Vanessa, énoncés dans cette loi, sont les suivants :

- renforcer la surveillance de l'innocuité de tels produits au cours de leur cycle de vie;
- améliorer la déclaration, par certains établissements de soins de santé, des réactions indésirables graves aux drogues et des incidents liés à des instruments médicaux et mettant en cause de tels produits;
- favoriser une confiance accrue dans la surveillance des produits thérapeutiques en augmentant la transparence.

La Loi de Vanessa entre en vigueur par étapes. Par exemple, certaines des modifications apportées à la *Loi sur les aliments et drogues* sont entrées en vigueur au moment où la Loi de Vanessa a reçu la sanction royale, notamment les suivantes :

- le pouvoir du ministre d'exiger la communication de renseignements s'il estime qu'un produit thérapeutique peut présenter un risque grave de préjudice à la santé humaine (art. 21.1);
- le pouvoir du ministre d'ordonner une modification de l'étiquette ou de l'emballage si nécessaire pour prévenir un préjudice à la santé (art. 21.2);
- le pouvoir d'ordonner le rappel de produits thérapeutiques dangereux (art. 21.3);
- des amendes et sanctions plus sévères pour les contraventions à cette loi (art. 31, 31.2 et 31.4).

De plus, certaines dispositions de la Loi de Vanessa ne pouvaient entrer en vigueur tant que la réglementation nécessaire à son application n'était pas en place¹⁵.

¹²Politique intitulée « Serious Reportable Events Reporting Policy » du ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, entrée en vigueur le 22 décembre 2013, <https://novascotia.ca/dhw/hsq/serious-reportable-events.asp> [en anglais].

¹³ Services de santé Alberta, « Adverse Events and Patient Safety » <https://www.albertahealthservices.ca/medstaff/Page8393.aspx> [en anglais].

¹⁴*Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (Loi de Vanessa)*, L.C. 2014, ch. 24. La Loi de Vanessa modifie la *Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C. 1985 ch. F-27.

¹⁵Par exemple, en avril 2018, de la réglementation permettant au ministre de poser les actes suivants est entrée en vigueur : ordonner à un fabricant de mener des essais et des études ou de recueillir des renseignements; ordonner à un fabricant de procéder à une réévaluation d'une drogue; et exiger des fabricants qu'ils fournissent à Santé Canada des renseignements sur la communication des risques et d'autres activités liées à l'innocuité menées dans d'autres pays. Ces pouvoirs permettent au ministre de déterminer s'il s'agit d'un changement important au profil d'innocuité d'un produit.

La réglementation relative au signalement obligatoire entre en vigueur par étapes. En juin 2017, Santé Canada a publié un document de consultation visant à éclairer l'élaboration du règlement relatif aux obligations incombant aux établissements de soins de santé de déclarer les réactions indésirables graves à un médicament et les incidents relatifs aux instruments médicaux.¹⁶ Ce document prévoit que les principes clés suivants devraient être appliqués lors de l'élaboration d'une stratégie de signalement obligatoire pour les établissements de soins de santé :

- permettre la collecte de données utiles de qualité;
- réduire au minimum le fardeau imposé aux établissements et au système de soins de santé;
- exploiter dans la mesure du possible les processus, les systèmes ou la technologie existants;
- être mise en œuvre efficacement par Santé Canada et être durable.

Caractéristiques habituelles de la législation

La présente section du document présente les caractéristiques habituelles suivantes de la législation relative au signalement obligatoire :

- Les événements qui doivent être signalés
- La personne qui doit faire le signalement
- Le destinataire du signalement
- Le contenu du signalement
- Le moment du signalement
- La protection des personnes qui effectuent un signalement
- La protection des renseignements issus de l'enquête et du signalement d'un incident grave.

Les événements qui doivent être signalés

Les événements qui doivent faire l'objet d'un signalement varient d'une région à l'autre. Dans les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation de l'ICSP, l'emploi des termes privilégiés suivants est encouragé « pour des raisons de constance et de clarté » :

Incident lié à la sécurité des patients : un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice superflu à un patient.

Incident préjudiciable : un incident lié à la sécurité des patients qui a causé un préjudice au patient. Remplace le terme « événement indésirable ».

¹⁶ Vers la déclaration obligatoire des réactions indésirables graves à un médicament et des incidents relatifs aux instruments médicaux par les établissements de soins de santé, Santé Canada, juin 2017.

(Par exemple, un patient reçoit la mauvaise unité de sang et meurt d'une réaction hémolytique.)

Incident sans préjudice : un incident lié à la sécurité du patient qui a atteint le patient sans toutefois entraîner de préjudice discernable.

(Par exemple, la mauvaise unité de sang a été administrée à un patient, mais il n'y avait pas d'incompatibilité.)

Incident évité de justesse : un incident lié à la sécurité du patient qui n'a pas atteint le patient.

(Par exemple : une unité de sang était sur le point d'être branchée à la mauvaise ligne de perfusion, mais l'erreur a été détectée à temps¹⁷.)

Ces suggestions sont fondées sur le travail entrepris par l'OMS pour élaborer un cadre conceptuel favorisant la sécurité des patients.¹⁸

La terminologie employée dans la législation relative au signalement obligatoire n'est pas uniforme, et un même terme peut être défini de différentes façons. En Colombie-Britannique, les événements indésirables importants (*serious adverse events*) doivent être signalés. En Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario et dans les Territoires du Nord-Ouest, ce sont plutôt les incidents critiques (*critical incidents*) qui doivent être signalés, mais la définition de ce terme varie dans ces différents territoires. Au Québec, les « accidents » et les « incidents » doivent être signalés, alors qu'au Nouveau-Brunswick, ce sont les « incidents liés à la sécurité des patients ». En Terre-Neuve-et-Labrador, on doit signaler les événements de santé indésirables (*adverse health events*), les incidents évités de justesse (*close calls*) et les occurrences (*occurrences*).

En général, il faut que l'événement soit « involontaire » (*unintended*) ou que sa survenance soit inattendue (p. ex., Manitoba, Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick, Colombie-Britannique). Les événements les plus graves, comme le décès ou l'invalidité, sont assujettis au signalement obligatoire. Dans certains territoires, dont la Colombie-Britannique, les préjudices psychologiques sont expressément inclus. Dans d'autres, les conséquences négatives comprennent également l'admission non planifiée à l'hôpital ou la prolongation inhabituelle d'un séjour hospitalier (p. ex., Manitoba et Territoires du Nord-Ouest).

Dans certains territoires, la définition d'incident critique laisse entendre que les incidents évités de justesse doivent également être signalés. C'est le cas de la Saskatchewan, où la définition d'incident critique (*critical incident*) comprend la perte réelle ou potentielle (*or potential*) de la vie,

¹⁷ Groupe de travail sur la divulgation. *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : parler ouvertement et honnêtement aux patients et aux proches*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011, page 22.

¹⁸ Organisation mondiale de la Santé. Alliance mondiale pour la sécurité des patients. « More than words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety ». Genève : Organisation mondiale de la Santé; janvier 2009, 154 pages, n° de rapport : WHO/IER/PSP/2010.2. Sur Internet : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [en anglais].

d'un membre ou d'une fonction. À l'inverse, un événement doit avoir des conséquences graves et indésirables pour constituer un « incident critique » au Manitoba.

Ailleurs, on utilise des termes différents pour préciser que les « incidents évités de justesse » sont visés. Par exemple, la définition d'incident évité de justesse (*close call*) dans la loi de Terre-Neuve-et-Labrador intitulée *Patient Safety Act* désigne une occurrence potentielle qui ne s'est pas réellement produite en raison du hasard, de mesures correctives ou d'une intervention opportune. Au Québec, on distingue un « accident » d'un « incident ». Ces deux types d'événements doivent être signalés, et tous deux semblent englober les incidents évités de justesse (par exemple, un « accident » est défini comme une situation qui « est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences », tandis qu'un « incident » est défini comme une situation qui n'entraîne pas de conséquences, mais « dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences... »).

Disposition législative

***Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* du Nouveau-Brunswick**

« incident lié à la sécurité d'un patient » Événement involontaire qui, à la fois : (*patient safety incident*)

- a) se produit lorsque le patient reçoit des soins de santé;
- b) soit lui cause ou aurait pu lui causer un préjudice ou cause ou aurait pu causer son décès, soit y contribue ou aurait pu y contribuer.

Recommandation

La législation devrait exiger le signalement de tous les incidents liés à la sécurité des patients et adopter une définition large de la notion de préjudice, afin d'y inclure les cas où un événement imprévu aurait pu contribuer à causer un préjudice au patient ou entraîner son décès (comme les « incidents évités de justesse » ou les « échappées belles »).

Les personnes qui font un signalement

La législation portant sur le signalement obligatoire indique la personne ou l'entité qui est responsable d'effectuer le signalement, comme l'organisme ou le prestataire de services de santé. De plus, certaines lois prévoient que les patients et certains de leurs proches peuvent faire ce signalement. Il est largement admis qu'ils devraient pouvoir le faire. Les arguments suivants ont été

soulevés dans un rapport rédigé par la Health Quality & Safety Commission de la Nouvelle-Zélande¹⁹ :

Les patients et leurs proches peuvent constituer une ressource précieuse pour l'apprentissage et l'amélioration de la sécurité des patients. En effet, les patients peuvent fournir des renseignements importants et en temps opportuns sur la sécurité des soins, qui viennent étayer les données consignées dans les systèmes de signalement du personnel.

- Les patients peuvent signaler des incidents liés à la sécurité qui seraient autrement passés sous le radar.
- Les patients sont parfois mieux placés que leurs fournisseurs de soins pour repérer les failles dans le cadre des transferts des soins et les lacunes entre les prestataires tout au long du continuum de soins.
- Un patient peut subir un préjudice qui ne se manifeste qu'après avoir quitté l'hôpital de sorte que personne d'autre que le patient ou ses proches ne pourrait effectuer le signalement.
- Les patients sont généralement très disposés à signaler les erreurs ou les problèmes liés aux soins qu'ils ont reçus. En effet, ils sont souvent des experts de leur maladie ou de leur problème de santé et souhaitent contribuer à l'élaboration de mesures visant à prévenir les incidents cliniques.

La *Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé* du Manitoba prévoit que l'avis d'un incident critique doit être donné par le particulier qui reçoit les services de santé; un parent de ce particulier; ou tout particulier se trouvant sur les lieux de l'incident et travaillant pour l'office, la personne morale ou l'organisme. L'office de la santé, la personne morale dispensant des soins de santé ou l'organisme de soins de santé réglementaire détermine si un incident critique s'est produit ou non, et le cas échéant, veille à ce que l'incident fasse l'objet d'une enquête et d'un rapport. Ultimement, l'office de la santé fournit au ministre de la Santé un rapport écrit une fois l'enquête relative à l'incident critique menée par le comité d'examen complétée.

Disposition législative

Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé du Manitoba

Incident critique — office de la santé

53.4(1) *Si un incident critique se produit lorsqu'il fournit des services de santé à un particulier, l'office de la santé visé est tenu, sans délai :*

- a) d'en aviser le ministre;*

¹⁹ Health Quality & Safety Commission de Nouvelle-Zélande. 2016. « Patient safety reporting systems: A literature review of international practice », page 19.

b) de constituer un comité d'examen des incidents critiques chargé d'enquêter sur l'incident et d'en faire rapport.

Enquête et rapports du comité d'examen des incidents critiques

53.4(2) *Le comité d'examen des incidents critiques est tenu, conformément aux directives de l'office de la santé :*

a) d'enquêter sur l'incident et, au cours de l'enquête, de lui fournir les renseignements et les rapports demandés;

b) une fois l'enquête complétée, de lui faire rapport par écrit de ses conclusions et de ses recommandations.

Remise des rapports au ministre

53.4(3) *L'office de la santé fournit au ministre les renseignements et les rapports relatifs à l'incident critique et à l'enquête du comité d'examen, y compris un rapport écrit une fois l'enquête complétée.*

Incident critique — avis donné par d'autres personnes

53.4.1(1) *Les personnes suivantes qui croient qu'un incident critique s'est produit lorsque des services de santé ont été fournis à un particulier peuvent aviser la personne morale dispensant des soins de santé, l'organisme de soins de santé réglementaire ou l'office de la santé qui a fourni les services en question :*

a) le particulier lui-même;

b) un parent du particulier;

c) tout particulier se trouvant sur les lieux de l'incident et travaillant pour l'office, la personne morale ou l'organisme.

Mesures

53.4.1(2) *Aussitôt après avoir été avisé de l'incident critique, la personne morale dispensant des soins de santé, l'organisme de soins de santé réglementaire ou l'office de la santé détermine si un incident critique s'est produit ou non.*

Application des dispositions relatives au comité d'examen des incidents critiques

53.4.1(3) *S'il établit qu'un incident critique s'est produit, la personne morale dispensant des soins de santé, l'organisme de soins de santé réglementaire ou l'office de la santé veille à ce que l'incident fasse l'objet d'une enquête et d'un rapport. Les articles 53.3 et 53.4 s'appliquent alors, avec les adaptations nécessaires.*

Recommandation

La législation devrait prévoir qui est tenu de préparer et de soumettre un signalement à la suite d'un incident lié à la sécurité du patient. Ce signalement devrait être obligatoire lorsqu'un incident lié à la sécurité du patient survient. Les personnes qui ont reçu les services de santé et leur famille devraient pouvoir signaler qu'un incident lié à la sécurité du patient est survenu. Dans un tel cas, le

signalement par le patient ou sa famille n'est pas obligatoire, mais le destinataire de ce signalement devrait être tenu de prendre certaines mesures afin de procéder à une évaluation et de donner suite à l'avis reçu.

Les destinataires des signalements

Les signalements doivent être effectués auprès de diverses entités. Dans certaines lois, le signalement doit être effectué à l'interne. Par exemple, la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* du Nouveau-Brunswick prévoit qu'un comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients doit, après avoir examiné un incident lié à la sécurité du patient, communiquer les faits pertinents concernant l'incident ainsi que ses recommandations au conseil d'administration de l'organisme de santé concerné dans le but d'améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité des patients ainsi que d'éviter que des incidents similaires surviennent. En Ontario, les incidents critiques doivent être divulgués au comité médical consultatif ainsi qu'à l'administrateur. Ailleurs, le signalement doit plutôt être effectué à l'externe. Par exemple, le règlement de la Colombie-Britannique intitulé *Hospital Act Regulation* prévoit qu'un événement indésirable grave doit être signalé au ministre de la Santé, soit par le chef de l'administration, dans le cas d'un hôpital public, ou par le titulaire de licence, dans le cas d'un hôpital privé. Le signalement doit être fait tant à l'interne qu'à l'externe dans certains territoires, comme en Saskatchewan.

Comme l'indiquent les lignes directrices de l'OMS, un signalement n'est utile que s'il donne lieu à une réponse constructive. Des études démontrent qu'il est essentiel de « boucler la boucle » entre le signalement et la rétroaction afin de tirer des leçons de ces signalements d'incidents²⁰.

Pour que la rétroaction devienne un élément significatif du projet global d'amélioration, elle ne peut se limiter à une simple diffusion passive d'information. Il faut plutôt la voir comme un processus actif de communication qui alimente un cycle continu d'apprentissage, et de signalement. La rétroaction favorise également la responsabilité, car les membres du personnel sont plus enclins à signaler des incidents lorsqu'ils ont la certitude que ceux-ci feront l'objet d'un examen et que des mesures seront prises. [Traduction libre]

Le groupe de travail sur la sécurité des patients et la qualité des soins de l'UE a également souligné l'importance de veiller à ce que l'analyse soit menée à différents niveaux et à ce que les recommandations soient communiquées²¹.

Dans le cadre des efforts visant à améliorer la sécurité, l'un des aspects les plus frustrants, tant pour les patients que pour les professionnels, est l'incapacité apparente des systèmes de santé à tirer des leçons des erreurs. Il est primordial que les prestataires de soins de

²⁰ Centre de recherche translationnelle sur la sécurité des patients du NIHR en collaboration avec l'Imperial College. 2016. « NRLS Research and Development ». Rapport préparé pour NHS England, pages 18 et 19. www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/IMPJ4219-NRLS-report_010316-INTS-WEB.pdf [en anglais].

²¹ Commission européenne, groupe de travail sur la sécurité des patients et la qualité des soins. 2014. « Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe ». Rapport préparé par le sous-groupe responsable du signalement et de l'apprentissage du groupe de travail sur la sécurité des patients et la qualité des soins de la Commission européenne, page 13, <http://buonepratiche.agenas.it/documents/More/8.pdf> [en anglais].

santé et les organismes partagent les enseignements tirés à l'issue d'une enquête. Il s'agit d'une excellente occasion de diffuser ces enseignements à grande échelle afin d'améliorer les soins de santé. Les professionnels de la santé doivent immédiatement signaler tout accident ou incident; pour ce faire, un système de signalement et d'apprentissage, ainsi qu'une culture sans blâme en matière de signalement des blessures sur leur lieu de travail, doivent être mis en place.

Nous devons éviter que des erreurs ne se reproduisent dans différents contextes, ce qui exposerait les patients à un préjudice ou à un risque de préjudice découlant d'erreurs qui auraient pu être évitées.

Une façon d'y parvenir consiste à effectuer des signalements, à analyser les données et à mettre en place des mesures particulières. Les signalements devraient être effectués par les prestataires de soins de santé, les patients et leurs proches à leur organisme de santé local, puis relayés par ce dernier à un public plus large au moyen d'un système de signalement à l'échelle régionale ou nationale. [Traduction libre]

Malgré l'importance accordée à l'étape de « boucler la boucle » entre le signalement et la rétroaction, la législation fournit peu d'indications sur les mesures que doit prendre une entité externe qui reçoit un signalement. Au Québec, le ministre de la Santé est tenu de constituer et de maintenir à jour un registre national sur les incidents et accidents aux fins d'assurer la surveillance et l'analyse des causes des incidents et accidents, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Disposition législative

Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec

431. *Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application.*

Plus particulièrement :

...

6.2 il constitue et maintient à jour, à partir du contenu des registres locaux visés à l'article 183.2, le registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux aux fins d'assurer la surveillance et l'analyse des causes des incidents et accidents, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu;

Recommandation

Les signalements d'incidents liés à la sécurité des patients peuvent être effectués par les prestataires de soins de santé, les patients et leurs proches à leur organisme de santé local, puis relayés par ce dernier à un public plus large au moyen d'un système de signalement à l'échelle provinciale ou nationale. Les organismes qui reçoivent ces signalements devraient être tenus d'y donner suite en procédant à leur analyse et à la diffusion des résultats de celle-ci (c.-à-d. les constats et recommandations aux fins d'amélioration du système).

Le contenu du signalement

Un signalement bien structuré facilite l'analyse de données. En livrant le récit de l'incident lié à la sécurité du patient, on peut mieux saisir le contexte et ainsi mieux comprendre les facteurs ayant contribué à l'incident.

Le niveau de détail requis dans le signalement varie d'une région à l'autre, selon la législation applicable. Au Québec, les accidents et les incidents doivent être déclarés « au moyen du formulaire prévu à cet effet ». Ailleurs, le contenu du signalement est indiqué dans la législation (p. ex., la loi de l'Alberta prévoit que le signalement doit comprendre la date, l'heure, le lieu et la nature de l'incident; le nom et l'âge du client concerné; les noms des témoins de l'incident, le cas échéant; ainsi que les mesures prises ou prévues).

Disposition législative

Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

25.3(6) L'enquêteur, conformément aux règlements, rédige un rapport d'enquête sur l'incident critique et y inclut les recommandations qu'il estime indiquées.

Règlement sur les enquêtes et le signalement concernant les incidents critiques

3. (1) *Le rapport exigé en vertu du paragraphe 25.3(6) de la loi inclut les éléments suivants :*

a) la description complète des circonstances et des faits qui ont mené à l'incident critique ou à l'incident critique censé survenu;

b) une analyse de la survenance ou non survenance de l'incident critique;

c) si l'enquêteur conclut à la survenance d'un incident critique, un énoncé identifiant les pratiques, procédures ou facteurs courants impliqués dans la prestation de services de santé ou de services sociaux ou le fonctionnement du programme qui :

(i) d'une part, ont causé ou contribué à la survenance de l'incident critique,

(ii) d'autre part, s'ils sont corrigés ou modifiés, peuvent prévenir la survenance future d'un incident critique;

d) un appendice qui contient les recommandations découlant de l'enquête.

Recommandation

Les précisions quant au contenu des signalements à tous les niveaux sont d'une grande utilité. Le signalement destiné au ministre de la Santé ou à tout autre organisme centralisé ayant le pouvoir d'analyser et de disséminer les résultats doit contenir les renseignements suivants : une description complète des circonstances et des faits; une analyse visant à déterminer s'il y a eu ou non un incident lié à la sécurité du patient; un énoncé comportant toute pratique, procédure ou tout facteur actuel ayant causé l'incident lié à la sécurité du patient ou y ayant contribué, et en cas de correction

ou de modification de cette pratique ou procédure ou de ce facteur, qui pourrait empêcher la survenue d'un incident critique similaire à l'avenir; ainsi que toute recommandation.

Le moment du signalement

Le moment du signalement varie. Par exemple, en Colombie-Britannique, le signalement doit être fait immédiatement après la survenue de l'événement indésirable. Au Manitoba, de mesures doivent être prises sans délai (p. ex., si un incident critique se produit alors que les soins de santé sont dispensés par une personne morale dispensant des soins de santé ou un organisme de soins de santé réglementaire, la personne morale ou l'organisme est tenu, « sans délai », d'en aviser l'office de la santé, et l'office doit, « aussitôt » après avoir été avisé de l'incident critique, en informer le ministre de la Santé).

Disposition législative

Règlement sur les enquêtes et le signalement concernant les incidents critiques des Territoires du Nord-Ouest

2(2) L'avis mentionné au paragraphe (1) est donné dans les trois jours ouvrables, ou dès que possible, après l'un des événements suivants :

- a) la survenance de l'incident critique ou la survenance censée de l'incident critique;*
- b) la prise de connaissance de l'incident critique ou de l'incident critique censé survenu par le conseil d'administration territoriale ou le conseil d'administration, selon le cas.*

(3) Aux fins du paragraphe (1), l'avis peut être donné, selon le cas

- a) oralement par téléphone ou en personne;*
- b) par écrit, notamment par télécopieur ou courrier électronique.*

(4) Si l'avis est donné oralement, un avis écrit est également donné dans les cinq jours suivant l'avis original.

Recommandation

Il convient de préciser le moment où le signalement initial ainsi que le signalement destiné au ministre de la Santé ou à tout autre organisme centralisé ayant le pouvoir d'analyser et de disséminer les résultats doivent être faits.

La protection des personnes qui effectuent un signalement

L'une des caractéristiques d'un bon système de signalement en matière de sécurité des patients selon les lignes directrices de l'OMS est que la personne qui effectue le signalement ne craint pas de subir des représailles ni de voir d'autres personnes sanctionnées à la suite de son signalement. Le rôle de la législation à cet égard est primordial. En effet, ce type de protection permet d'effectuer

des signalements sans craindre de sanctions et est essentiel pour encourager les professionnels de la santé à le faire²².

Le rapport préparé par le groupe de travail sur les événements de santé indésirables de Terre-Neuve-et-Labrador indique ce qui suit relativement à la protection des personnes qui font un signalement :

*Pour favoriser les signalements aux autorités régionales de la santé, il faut qu'il ne fasse aucun doute qu'il s'agit d'une mesure encouragée et valorisée. Le personnel et les gestionnaires doivent bien comprendre que le signalement d'un incident constitue une occasion d'apprentissage que l'organisme encourage, et qu'il n'y a ni représailles ni répercussions lorsqu'un signalement est effectué. La protection législative du personnel vient renforcer ce message.*²³. [Traduction libre]

La loi de Terre-Neuve-et-Labrador intitulée *Patient Safety Act* stipule qu'une personne ne peut congédier, suspendre, rétrograder, harceler ou, de quelque autre manière que ce soit, désavantager un prestataire de soins de santé qui a signalé un incident évité de justesse ou une occurrence ou lui porter préjudice²⁴.

Une protection similaire est prévue dans certaines régions, notamment au Manitoba, où la *Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé* protège les personnes qui ont fourni des renseignements exigés dans le cadre du signalement d'un incident critique²⁵.

Recommandation

La législation devrait protéger les personnes qui effectuent un signalement contre les représailles, et stipuler qu'une personne ne peut congédier, suspendre, discipliner, rétrograder, harceler ou, de quelque autre manière que ce soit, désavantager une personne qui a signalé un incident lié à la sécurité du patient ou lui porter préjudice.

Protection des renseignements relatifs aux incidents liés à la sécurité des patients

Plusieurs types de dispositions peuvent être utilisés dans la législation pour protéger les renseignements relatifs aux incidents liés à la sécurité des patients. D'abord, dans certains territoires, les signalements ne peuvent contenir de renseignements qui permettent d'identifier le

²² Commission européenne, groupe de travail sur la sécurité des patients et la qualité des soins. 2014. « Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe ». Rapport préparé par le sous-groupe responsable du signalement et de l'apprentissage du groupe de travail sur la sécurité des patients et la qualité des soins de la Commission européenne, page 28, <http://buonepratiche.agenas.it/documents/More/8.pdf> [en anglais].

²³ « Report of the Task Force on Adverse Health Events » de Terre-Neuve-et-Labrador, 2 décembre 2008, page 53, par. 4.1.4, <https://www.gov.nl.ca/ahe/AEHealthReport.pdf> [en anglais].

²⁴ *Patient Safety Act*, S.N.L. 2017, ch. P-3.01, art. 11.

²⁵ *Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé*, c. H26.5 de la C.P.L.M., art. 53.4.

patient ou le prestataire de services de santé²⁶. Ensuite, la législation pourrait préciser que les renseignements relatifs aux incidents liés à la sécurité des patients ne peuvent pas être obtenus en invoquant les lois sur l'accès à l'information du secteur public ou celles sur les renseignements sur la santé²⁷. Finalement, certains territoires ont adopté des lois visant à empêcher que les signalements d'incidents liés à la sécurité des patients ne soient utilisés dans le cadre d'instances judiciaires, à l'instar des lois qui protègent les renseignements relatifs à l'assurance de la qualité.

L'une des caractéristiques d'un bon système de signalement en matière de sécurité des patients selon les lignes directrices de l'OMS est que l'identité du patient, de la personne qui effectue le signalement et de l'institution n'est jamais divulguée. Les études démontrent que les systèmes devraient préserver l'anonymat sans nuire à l'apprentissage²⁸.

L'anonymat ou la confidentialité peuvent être garantis à différentes étapes du processus²⁹.

Il existe différentes façons de préserver la confidentialité et l'anonymat dans le cadre d'incidents. Certains systèmes de signalement préservent l'anonymat de la personne qui effectue le signalement tout au long du processus, alors que d'autres n'anonymisent le signalement que de façon manuelle ou automatique après une première analyse. Dans d'autres systèmes, l'anonymisation est effectuée lors du transfert vers le système central. Dans certains États membres, le patient reste anonyme, tandis que l'identité de la personne qui effectue le signalement est consignée, mais de façon confidentielle. [Traduction libre]

En Saskatchewan, la réglementation stipule que lorsqu'un office de la santé provincial soumet un rapport concernant un incident critique au ministre de la Santé, ce rapport ne doit contenir aucun renseignement qui pourrait raisonnablement permettre d'identifier : toute personne visée par l'incident critique; tout prestataire de soins de santé ayant participé à la prestation de services de santé à cette personne ou à la mise en œuvre d'un programme lié à l'incident critique; ou toute autre personne ayant connaissance de l'incident critique³⁰.

L'une des caractéristiques d'un bon système de signalement en matière de sécurité des patients selon les lignes directrices de l'OMS est que le système de signalement est indépendant de toute autorité ayant le pouvoir de sanctionner la personne qui effectue le signalement. Le rôle de la législation à cet égard est primordial, car elle peut empêcher l'utilisation des données issues des signalements d'incidents devant les tribunaux ou dans le cadre d'autres instances judiciaires³¹. Cette protection est différente de celle qui s'applique aux renseignements relatifs à

²⁶ Voir par exemple le *Critical Incident Regulations*, 2023, R.R.S. ch. P-30.3 Reg. 2.

²⁷ Voir par exemple la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients*, LN-B 2016, ch. 21, art. 5 et 6.

²⁸ Centre de recherche translationnelle sur la sécurité des patients du NIHR en collaboration avec l'Imperial College. 2016. « NRLS Research and Development ». Rapport préparé pour NHS England, page 16, www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/IMPJ4219-NRLS-report_010316-INTS-WEB.pdf [en anglais].

²⁹ Commission européenne, groupe de travail sur la sécurité des patients et la qualité des soins. 2014. « Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe ». Rapport préparé par le sous-groupe responsable du signalement et de l'apprentissage du groupe de travail sur la sécurité des patients et la qualité des soins de la Commission européenne, page 26, <http://buonepratiche.agenas.it/documents/More/8.pdf> [en anglais].

³⁰ *Critical Incident Regulations*, 2023, R.R.S. ch. P-30.3 Reg. 2., art. 5.

³¹ *Ibid*, page 28.

l'assurance de la qualité. En effet, les dispositions des lois provinciales et territoriales utilisées pour protéger les renseignements relatifs à l'assurance de la qualité prévoient généralement l'établissement d'un comité de la qualité des soins. Or, les renseignements concernant l'enquête entourant un incident lié à la sécurité du patient peuvent être protégés, peu importe s'ils respectent ou non les critères stricts de la législation qui protège les renseignements relatifs à l'assurance de la qualité.

En Saskatchewan, les renseignements concernant les enquêtes sur les incidents critiques sont protégés contre la divulgation. En 2015, la Cour du Banc de la Reine de la Saskatchewan s'est penchée sur ces dispositions dans l'affaire *Pryznyk v Gilliland*.³² L'autorité régionale de la santé de Saskatoon (l'« autorité de Saskatoon ») avait divulgué un rapport d'incident critique à la partie demanderesse. L'autorité de Saskatoon avait demandé que le rapport soit jugé inadmissible dans d'autres instances. La Cour a déclaré que le rapport était inadmissible en preuve dans d'autres instances et a déclaré ce qui suit :

[23] Comme l'ont souligné les avocats de l'autorité de Saskatoon, la législation qui encadre le signalement des incidents critiques, contrairement à celle relative au comité d'amélioration de la qualité prévue à l'article 10 de l'Evidence Act, n'exige pas que l'enquête soit menée par un comité ou une personne en particulier, ni qu'elle ait pour seul objectif d'aviser le ministre. Elle exige simplement que l'incident critique fasse l'objet d'une enquête.

[...]

[25] La position à l'effet qu'un incident critique ne peut être considéré comme tel qu'après avoir été officiellement désigné comme tel n'est pas retenue...

[...]

[27] L'objectif de la législation encadrant le signalement des incidents critiques est que tous ces incidents fassent l'objet d'une enquête et soient signalés au ministre. Selon les exigences relatives aux signalements, il faut qu'un office de la santé mène une enquête d'évaluation afin de déterminer ce qui s'est mal passé, le cas échéant, et formule des recommandations pour éviter qu'un tel incident ne se reproduise à l'avenir. La collaboration et la franchise des prestataires de soins de santé impliqués dans un tel incident sont essentielles à l'atteinte de l'objectif visé par la législation. Il est clairement entendu dans la législation que des instances judiciaires peuvent découler d'un incident critique. Il est tout aussi clair que le législateur a décidé que l'enquête visant un incident critique ainsi que les exigences relatives au signalement d'un tel incident ne devaient pas faire l'objet de questions dans le cadre de telles instances. La législation laisse aux parties la liberté d'intenter des instances judiciaires qui suivent leur cours normal. Elle laisse aux parties la liberté d'utiliser les renseignements contenus dans n'importe quelle partie d'un rapport d'incident critique qui leur a été fourni. Ce qu'elle ne permet pas, c'est de poser des questions sur le rapport en soi. [Traduction libre]

³² *Pryznyk v Gilliland*, 2015 SKQB 285 (CanLII). La Cour examinait des dispositions de la loi intitulée *Regional Health Services Act*, SS 2002, chap. R-8.2, qui a depuis été abrogée et remplacée par la loi intitulée *The Provincial Health Authority Act*, SS 2017, chap. P-30.3. Toutefois, les dispositions protégeant l'information générée à la suite d'avis et d'enquêtes se rapportant à des incidents critiques sont restées inchangées.

Ainsi, la protection des documents liés à l'enquête sur un incident critique est beaucoup plus vaste, bien que la justification sous-jacente soit similaire à celle pour la protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité.

La justification de la protection des documents liés à l'enquête sur un incident critique a été réaffirmée dans une décision ultérieure de la Cour du Banc de la Reine de la Saskatchewan³³.

[40] Ces examens des incidents critiques prévus par la loi ne sont pas motivés par des préoccupations concernant la nature ou la qualité des soins prodigués aux patients par les médecins ou le personnel infirmier. C'est plutôt le résultat ou l'issue pour le patient qui fait l'objet d'une évaluation afin de déterminer s'il s'agit d'un incident critique et si un examen est nécessaire. Ces incidents sont signalés au ministère de la Santé et au public.

...

[41] L'examen d'un incident critique ne suppose aucun acte répréhensible ni aucune omission de la part des membres de l'équipe ayant prodigué les soins au patient. Il s'agit plutôt d'une étape du processus où l'office de la santé évalue la prestation des soins afin d'évaluer si les normes appropriées sont respectées ou quelles améliorations pourraient être apportées.

L'examen est conçu pour favoriser la collaboration; il ne s'agit pas d'une punition. Le rapport issu d'un examen est protégé... [Traduction libre]

La *Loi sur la preuve au Manitoba* empêche également l'utilisation de renseignements relatifs à un incident critique dans des instances judiciaires. Les paragraphes 9(2) et 9(3) prévoient ce qui suit :

9(2) Sous réserve du paragraphe (4), les témoins à une poursuite judiciaire, qu'ils y soient ou non parties :

a) ne peuvent se voir demander de répondre à des questions ou de faire des déclarations relativement aux travaux d'un comité et ne peuvent faire de telles réponses ni de telles déclarations;

b) ne peuvent se voir demander de fournir et ne peuvent fournir :

(i) des documents ou des renseignements — notamment des avis et des conseils — qui sont préparés uniquement à l'intention d'un comité aux fins de l'exercice de ses fonctions ou qui sont recueillis, compilés ou préparés par un comité à ces fins,

(ii) des documents ou des renseignements — notamment des avis et des conseils — qui sont utilisés uniquement dans le cadre des travaux d'un comité ou qui en résultent,

(iii) des avis, des rapports ou d'autres documents ou renseignements relatifs à un incident critique qu'une personne morale dispensant des soins de santé, un organisme de soins de santé réglementaire ou un office de la santé doit

³³ *Abouhamra v Prairie North Regional Health Authority*, 2016 SKQB 293.

fournir en application de l'article 53.3 ou 53.4 de la Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé.

9(3) Sous réserve du paragraphe (4), les documents et les renseignements visés à l'alinéa (2)b) ne sont pas admissibles en preuve dans le cadre d'une poursuite judiciaire³⁴.

Le paragraphe 9(4) exclut de cette protection les renseignements médicaux personnels contenus dans les documents, les faits qui ont trait à ce qui s'est effectivement produit relativement à l'incident, ainsi que certains autres documents que la loi exige³⁵.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* des Territoires du Nord-Ouest a été modifiée en 2016 avec l'ajout de dispositions concernant la protection des enquêtes sur des incidents critiques.

Le paragraphe 25.5(2) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* des Territoires du Nord-Ouest stipule ce qui suit :

25.5(2) Sous réserve du paragraphe (4), tout témoin dans une procédure judiciaire, qu'il en soit ou non partie :

a) n'est pas susceptible d'être interrogé, et ne peut répondre à aucune question ni faire aucune déclaration concernant une enquête sur un incident critique;

b) ne peuvent se voir demander de fournir et ne peuvent fournir [de documents ou de rapports faits par le comité d'examen]³⁶.

Tout comme au Manitoba, la divulgation de l'incident critique est exigée aux termes de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*, mais son utilisation dans le cadre d'instances judiciaires est interdite.

En 2017, la loi de Terre-Neuve-et-Labrador intitulée *Evidence Act* a fait l'objet de modifications qui prévoient que le signalement d'un incident évité de justesse ou d'une occurrence par un prestataire de soins de santé, ou l'avis d'un événement de santé indésirable donné au ministre de la Santé, ne peuvent être divulgués dans le cadre d'instances judiciaires, et qu'une personne appelée comme témoin dans de telles instances ne peut être tenue de produire un tel signalement ou avis³⁷.

³⁴ *Loi sur la preuve au Manitoba*, c. E150 de la C.P.L.M., par. 9(2) et 9(3).

³⁵ *Ibid*, par. 9(4).

³⁶ *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* des Territoires du Nord-Ouest, LRTN-O 1988, ch. T-3, par. 25.5(2). Le paragraphe 4 de l'article 25.5 énonce ce qui suit : « Les restrictions prévues aux paragraphes (2) et (3) ne visent pas les renseignements : a) contenus dans une notification ou un rapport qui exposent les faits d'un incident critique, sauf si tous les faits relatifs à l'incident en cause sont en outre consignés dans un document autre que la notification ou le rapport et sont accessibles au patient ou au client; b) qui sont élaborés aux fins de la prestation de soins ou d'un traitement au patient ou au client, sauf si tous les renseignements en cause sont en outre consignés dans un document autre que la notification ou le rapport et sont accessibles au patient ou au client. »

³⁷ *Evidence Act*, R.S.N.L. 1990, ch. E-16, par. 8.1(2) à (4).

Disposition législative – Limite à l'accès

***Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* du Nouveau-Brunswick**

Confidentialité des renseignements

6 Par dérogation à la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée, les déclarations, les dossiers ou les documents qu'une personne fournit au comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans le cadre du processus d'analyse demeurent confidentiels et ne peuvent être communiqués à qui que ce soit.

Recommandation

Les rapports exigés en vertu de la législation sur le signalement obligatoire ne devraient pas être accessibles au titre des lois provinciales ou territoriales sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée dans le secteur public, ni des lois sur les renseignements sur la santé.

Disposition législative – Confidentialité à l'égard du patient et du personnel impliqués dans l'incident lié à la sécurité du patient

***Règlement sur les enquêtes et le signalement concernant les incidents critiques* des Territoires du Nord-Ouest**

3. (1) Le rapport exigé en vertu du paragraphe 25.3(6) de la loi inclut les éléments suivants :

- a) la description complète des circonstances et des faits qui ont mené à l'incident critique ou à l'incident critique censé survenu;*
 - b) une analyse de la survenance ou non survenance de l'incident critique;*
 - c) si l'enquêteur conclut à la survenance d'un incident critique, un énoncé identifiant les pratiques, procédures ou facteurs courants impliqués dans la prestation de services de santé ou de services sociaux ou le fonctionnement du programme qui :*
 - (i) d'une part, ont causé ou contribué à la survenance de l'incident critique,*
 - (ii) d'autre part, s'ils sont corrigés ou modifiés, peuvent prévenir la survenance future d'un incident critique;*
 - d) un appendice qui contient les recommandations découlant de l'enquête.*
- (2) Les recommandations formulées dans l'appendice du rapport visé à l'alinéa (1)d) excluent tout renseignement qui permettrait normalement d'identifier l'une ou l'autre des personnes suivantes :*
- a) tout particulier à qui l'incident critique ou l'incident critique censé survenu se rapporte;*

- b) tout fournisseur de soins de santé ou de services sociaux qui participe à la prestation de soins de santé ou de services sociaux à tout particulier visé à l'alinéa a) ou au fonctionnement d'un programme auquel l'incident critique ou l'incident critique censé survenu se rapporte;*
- c) tout autre particulier qui a connaissance de l'incident critique ou l'incident critique censé survenu.*

Recommandation

Les recommandations formulées dans un rapport adressé au ministre de la Santé ou à tout autre organisme centralisé ayant le pouvoir d'analyser et de disséminer les résultats devraient être exemptes de renseignements permettant d'identifier le patient concerné par l'incident lié à la sécurité du patient, un prestataire de services de santé ou toute autre personne ayant connaissance de l'incident.

Disposition législative – Protection dans le cadre d'instances judiciaires

Provincial Health Authority Act [en anglais] de la Saskatchewan

8-2(6) Sous réserve du paragraphe (7), les témoins à une poursuite judiciaire, qu'ils y soient ou non parties :

a) ne sont pas susceptibles d'être interrogés, et ne peuvent répondre à aucune question ni faire aucune déclaration concernant une enquête sur un incident critique;

b) ne peuvent se voir demander de fournir et ne peuvent fournir :

(i) tout avis ou rapport dont il est question au présent article;

(ii) tout renseignement contenu dans un avis ou un rapport dont il est question au présent article, ou dans tout document utilisé pour préparer un avis ou un rapport dont il est question au présent article.

(7) Sous réserve des paragraphes (8) et (9), un avis ou un rapport dont il est question au présent article n'est pas admissible en preuve dans le cadre de toute instance judiciaire.

(8) Les protections prévues aux paragraphes (6) et (7) ne s'appliquent pas à ce qui suit :

a) les renseignements contenus dans un avis ou un rapport qui exposent les faits d'un incident critique, sauf si tous les faits relatifs à l'incident en cause sont en outre consignés dans un document autre que l'avis ou le rapport et sont accessibles au patient;

b) les renseignements qui sont élaborés aux fins de la prestation de soins ou d'un traitement au patient, sauf si tous les renseignements en cause sont en outre consignés dans un document autre que l'avis ou le rapport et sont accessibles au patient.

(9) Rien dans le présent article ne porte atteinte aux protections qui pourraient exister en vertu de l'article 10 de la loi intitulée The Evidence Act en ce qui concerne :

- a) un avis ou un rapport dont il est question au présent article;*
- b) un renseignement contenu dans un avis ou un rapport dont il est question au présent article;*
- c) un document utilisé pour préparer un avis ou un rapport dont il est question au présent article. [Traduction libre]*

Recommandation

Les rapports exigés en vertu de la législation sur le signalement obligatoire devraient être protégés et ne pas pouvoir être produits dans le cadre d'instances judiciaires ultérieures.

Conclusion

Comme le démontre l'analyse ci-dessus, plusieurs enjeux stratégiques importants doivent être pris en compte dans le cadre de l'élaboration d'un cadre législatif complet en matière de sécurité des patients, y compris des dispositions relatives au signalement obligatoire. La prochaine section du présent document porte sur la divulgation obligatoire des incidents liés à la sécurité du patient.

Divulgation obligatoire des incidents liés à la sécurité des patients

Introduction

Des modifications importantes ont été apportées à la législation depuis la publication du document d'information de l'ICPS sur l'élaboration de lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables³⁸.

Comme mentionné dans ce document d'information, voici les principaux aspects à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration de lois :

- Les soins de santé sont généralement dispensés par une équipe, et lorsqu'un incident lié à la sécurité du patient se produit, il est probable que plusieurs professionnels de la santé soient impliqués ou aient connaissance de cet incident. Il est important de clarifier à qui incombe l'obligation de divulgation.

³⁸ Canada, Institut canadien pour la sécurité des patients, « Background Paper for the Development of National Guidelines for the Disclosure of Adverse Events », 2 novembre 2006, <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Documents/Background%20Paper%20for%20the%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines.pdf>.

- Une définition claire des événements qui entraînent l'obligation de divulgation est essentielle, car les prestataires de services de santé doivent savoir lorsque cette obligation leur incombe.
- La divulgation peut se limiter à la simple information selon laquelle un incident lié à la sécurité du patient s'est produit, ou requérir une description complète des circonstances dans lesquelles il s'est produit. Le manque de clarté quant à ce qui doit être divulgué peut susciter des inquiétudes quant à la reconnaissance d'une responsabilité civile.
- La divulgation doit se faire dès que possible, en tenant compte de la santé du patient. Il s'agit d'une obligation continue; ainsi, les renseignements qui ne deviennent disponibles qu'ultérieurement doivent être divulgués dès qu'ils le deviennent.
- Il faut également tenir compte des exigences relatives à la documentation de la divulgation, au signalement de l'incident lié à la sécurité du patient et à l'enquête sur les causes de cet incident.

Caractéristiques habituelles de la législation

La présente section du document présente les caractéristiques habituelles suivantes de la législation imposant la divulgation des incidents liés à la sécurité des patients :

- Qui doit faire une divulgation
- Les événements qui entraînent l'obligation de divulgation
- Les renseignements qui doivent être divulgués
- Le moment de la divulgation
- Les renseignements à consigner dans le dossier patient

Qui doit faire une divulgation

Dans certaines régions, les exigences de divulgation se limitent à certains secteurs particuliers. En effet, en Alberta, la loi intitulée *Mental Health Services Protection Act*, adoptée récemment, oblige les prestataires de services qui exploitent ou offre des services de traitement en établissement contre les dépendances à aviser certaines personnes désignées en cas d'incident critique. En Saskatchewan, le titulaire d'une licence d'établissement de soins pour personnes âgées doit divulguer, en cas d'incident grave, certains renseignements à des personnes désignées. Ailleurs, l'obligation de divulgation s'applique à beaucoup plus grande échelle. Par exemple, au Manitoba, une obligation de divulgation incombe à l'office de la santé, à la personne morale dispensant des soins de santé et à l'organisme de soins de santé réglementaire aux termes de la *Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé*. Comme le démontrent ces exemples, l'obligation de divulguer des renseignements concernant un incident lié à la sécurité du patient dépend du type d'organisme visé par la législation.

Les événements qui entraînent l'obligation de divulgation

Les événements qui entraînent une obligation de divulgation varient d'une région à l'autre. Dans certains territoires, un préjudice doit avoir été subi. Par exemple, à Terre-Neuve-et-Labrador, il y a obligation de divulgation lorsqu'une occurrence entraîne un résultat involontaire qui a une incidence négative sur la santé ou la qualité de vie d'un patient. Au Manitoba, une obligation de divulgation prend naissance lorsqu'un événement involontaire entraîne des conséquences graves et indésirables, telles que le décès, une invalidité, une blessure ou un préjudice, une admission non planifiée à l'hôpital ou une prolongation inhabituelle d'un séjour hospitalier. En revanche, au Nouveau-Brunswick, il existe une obligation de divulgation des incidents liés à la sécurité des patients, ce qui comprend les événements involontaires qui, soit causent ou auraient pu causer un préjudice au patient, ou causent ou auraient pu causer son décès, soit y contribuent ou auraient pu y contribuer. Ainsi, un préjudice n'a pas à avoir été nécessairement subi pour qu'il y ait obligation de divulgation dans les circonstances.

Comme indiqué précédemment dans le présent document, la terminologie employée dans la législation n'est pas uniforme, et un même terme peut être défini de différentes façons. Au Manitoba, en Ontario et dans les Territoires du Nord-Ouest, les « incidents critiques » doivent être divulgués, mais la définition de ce terme varie dans ces territoires. Au Québec, les « accidents » doivent être divulgués, alors qu'au Nouveau-Brunswick, ce sont plutôt les « incidents liés à la sécurité des patients ». À Terre-Neuve-et-Labrador, on doit divulguer les événements de santé indésirables (*adverse health events*).

Disposition législative – Les événements qui entraînent l'obligation de divulgation

Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients du Nouveau-Brunswick

1 « incident lié à la sécurité d'un patient » Événement involontaire qui, à la fois : (*patient safety incident*)

a) se produit lorsque le patient reçoit des soins de santé;

b) soit lui cause ou aurait pu lui causer un préjudice ou cause ou aurait pu causer son décès, soit y contribue ou aurait pu y contribuer.

Recommandation

L'obligation de divulgation des incidents liés à la sécurité des patients devrait couvrir les événements involontaires qui soit causent ou auraient pu causer un préjudice au patient ou causent ou auraient pu causer son décès, soit y contribuent ou auraient pu y contribuer (comme les « incidents évités de justesse » ou les « échappées belles »).

Les renseignements qui doivent être divulgués

Le niveau de détail des renseignements devant être divulgués varie. En effet, dans certains territoires, la législation énonce que certaines personnes doivent être avisées de l'incident lié à la sécurité du patient. La *Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé* du Manitoba prévoit entre autres que le particulier doit être « pleinement » informé : (i) des faits ayant trait à ce qui s'est effectivement produit relativement à l'incident, (ii) des conséquences de l'incident à l'égard du particulier dès qu'elles sont connues, et (iii) des actes accomplis et devant l'être pour qu'il soit fait face aux conséquences de l'incident, y compris la prestation des services de santé, des soins ou des traitements indiqués. Le *Règlement 965 : Gestion hospitalière* de l'Ontario exige la divulgation des faits importants ayant trait à ce qui s'est produit relativement à l'incident critique; une description de la ou des causes de l'incident critique, si elles sont connues; les conséquences de l'incident critique pour le malade, dès qu'elles sont connues; les mesures prises et celles qu'il est recommandé de prendre en vue de remédier aux conséquences de l'incident critique pour le malade, y compris les soins de santé ou le traitement indiqués. Après cette divulgation initiale, les mesures systémiques, le cas échéant, que prend l'hôpital ou qu'il a prises afin de prévenir ou de réduire le risque que des incidents critiques semblables ne se reproduisent doivent être divulgués. Au Nouveau-Brunswick, la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* énonce les renseignements qui doivent être divulgués à la suite de l'analyse menée par le comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (c.-à-d. les faits pertinents concernant l'incident; les recommandations du comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients; et les mesures qui seront prises pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, le cas échéant.)

Disposition législative – Les renseignements qui doivent être divulgués

***Patient Safety Act* [en anglais] de Terre-Neuve-et-Labrador**

17(2) L'office de la santé provincial doit divulguer les renseignements suivants qui se rapportent à un événement de santé indésirable au patient concerné par cet événement, conformément à la réglementation applicable :

- a) les faits de l'événement de santé indésirable ainsi que tout fait nouveau ou inconnu jusqu'alors, dès qu'il est connu;*
- b) les conséquences pour le patient, dès qu'elles sont connues;*
- c) le détail des services de santé prodigués au patient à la suite de l'événement de santé indésirable;*
- d) toute recommandation issue du processus d'assurance de la qualité concernant l'événement de santé indésirable. [Traduction libre]*

Recommandation

Les renseignements suivants devraient être divulgués après un incident lié à la sécurité du patient : les faits ainsi que tout fait nouveau ou inconnu jusqu'alors, dès qu'il est connu; les conséquences pour le patient, dès qu'elles sont connues; le détail des services de santé prodigués au patient à la suite de l'incident lié à la sécurité du patient; et toute recommandation issue du processus d'assurance de la qualité concernant l'incident lié à la sécurité du patient.

Le moment de la divulgation

La divulgation initiale doit généralement se faire dès que possible. D'autres renseignements pourraient être divulgués à mesure que de nouveaux faits sont découverts dans le cadre de l'analyse ou de l'enquête. Dans certains territoires, une divulgation est exigée suivant une analyse aux fins d'assurance de la qualité (voir par exemple, *la Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* du Nouveau-Brunswick). Ce type d'exigence confirme le caractère continu de l'obligation de divulgation.

Disposition législation – divulgation initiale

Règlement 965 : Gestion hospitalière de l'Ontario

(4) Le conseil veille à ce que le directeur général mette sur pied un système qui permette que chaque incident critique, dès que possible après qu'il s'est produit, soit divulgué...

Recommandation

La divulgation devrait généralement se faire dès que possible après l'incident lié à la sécurité du patient.

Disposition législation – Divulgation continue

***Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* du Nouveau-Brunswick**

4 Au terme de l'analyse de l'incident lié à la sécurité d'un patient à laquelle procède le comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, l'organisme de soins de santé avise le patient :

- a) des faits pertinents concernant l'incident;*
- b) des recommandations du comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients;*
- c) des mesures qui seront prises pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, le cas échéant.*

Recommandation

La législation devrait prévoir une divulgation supplémentaire suivant l'analyse de l'incident lié à la sécurité du patient, notamment de ce qui suit : les faits découverts au cours de l'analyse; les recommandations formulées par le comité ou l'organisme chargé de l'analyse; ainsi que les mesures qui seront prises pour améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité des patients.

Les renseignements à consigner dans le dossier patient

Au Manitoba, en Ontario et à Terre-Neuve-et-Labrador, les renseignements qui doivent être consignés dans le dossier du patient ou du client sont indiqués dans la législation. Dans ces provinces, les conséquences pour le client ou le patient dès qu'elles sont connues ainsi que les mesures prises pour y remédier doivent figurer dans le dossier. La loi de Terre-Neuve-et-Labrador intitulée *Patient Safety Act* requiert également que figure au dossier du patient toute recommandation issue du processus d'assurance de la qualité concernant l'événement de santé indésirable.

Disposition législative

Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé du Manitoba

53.2(2) *Si un incident critique se produit, l'office, la personne morale ou l'organisme qui fournit les services de santé fait en sorte :*

b) qu'un dossier complet relatif à l'incident soit constitué sans délai, lequel dossier fait notamment état :

(i) des faits ayant trait à ce qui s'est effectivement produit relativement à l'incident,

(ii) des conséquences de l'incident à l'égard du particulier dès qu'elles sont connues,

(iii) des actes accomplis et devant l'être pour qu'il soit fait face aux conséquences de l'incident, y compris la prestation des services de santé, des soins ou des traitements indiqués;

c) que le particulier ait accès gratuitement au dossier afin de l'examiner et d'en faire des copies.

Recommandation

Le dossier patient doit contenir les renseignements suivants : le moment où la divulgation a été effectuée; les faits importants ayant trait à ce qui s'est produit relativement à l'incident lié à la sécurité du patient; une description de la ou des causes, si elles sont connues; les conséquences pour le patient, dès qu'elles sont connues; les mesures prises et celles qu'il est recommandé de prendre en vue de remédier aux conséquences pour le patient.

Lien avec les exigences en matière de signalement

En 2023, le règlement intitulé *Critical Incident Regulations* de la Saskatchewan a été modifié pour y préciser que la divulgation à un patient ou à sa famille des mesures prises ou qu'il est prévu de prendre à la suite d'une enquête sur un incident critique ne constituent pas une renonciation à la protection prévue à l'article 8-2 de la loi intitulée *Provincial Health Authority Act* en ce qui concerne l'enquête sur les incidents critiques. Cette disposition vise à favoriser la transparence dans le cadre de la divulgation, sans toutefois compromettre la protection applicable aux enquêtes et aux signalements d'incidents critiques.

Disposition législative – Incidence de la divulgation sur la protection dans le cadre d'instances judiciaires

Provincial Health Authority Act [en anglais] de la Saskatchewan

8-2(6) *Sous réserve du paragraphe (7), les témoins à une poursuite judiciaire, qu'ils y soient ou non parties :*

a) ne sont pas susceptibles d'être interrogés, et ne peuvent répondre à aucune question ni faire aucune déclaration concernant une enquête sur un incident critique;

b) ne peuvent se voir demander de fournir et ne peuvent fournir :

(i) tout avis ou rapport dont il est question au présent article;

(ii) tout renseignement contenu dans un avis ou un rapport dont il est question au présent article, ou dans tout document utilisé pour préparer un avis ou un rapport dont il est question au présent article.

(7) Sous réserve des paragraphes (8) et (9), un avis ou un rapport dont il est question au présent article n'est pas admissible en preuve dans le cadre de toute instance judiciaire.

(8) Les protections prévues aux paragraphes (6) et (7) ne s'appliquent pas à ce qui suit :

a) les renseignements contenus dans un avis ou un rapport qui exposent les faits d'un incident critique, sauf si tous les faits relatifs à l'incident en cause sont en outre consignés dans un document autre que l'avis ou le rapport et sont accessibles au patient;

b) les renseignements qui sont élaborés aux fins de la prestation de soins ou d'un traitement au patient, sauf si tous les renseignements en cause sont en outre consignés dans un document autre que l'avis ou le rapport et sont accessibles au patient.

*(9) Rien dans le présent article ne porte atteinte aux protections qui pourraient exister en vertu de l'article 10 de la loi intitulée *The Evidence Act* en ce qui concerne :*

a) un avis ou un rapport dont il est question au présent article;

b) un renseignement contenu dans un avis ou un rapport dont il est question au présent article;

c) un document utilisé pour préparer un avis ou un rapport dont il est question au présent article. [Traduction libre]

Critical Incident Regulations [en anglais] de la Saskatchewan

5(3) L'office de la santé provincial peut divulguer à un patient ou à sa famille les mesures prises ou qu'il prévoit de prendre à la suite d'une enquête menée conformément au présent article, et une telle divulgation ne constitue pas une renonciation à la protection prévue à l'article 8-2 de la Loi. [Traduction libre]

Recommandation

La divulgation aux patients et à leur famille ne devrait pas avoir d'incidence sur la protection accordée aux rapports exigés en vertu de la législation sur le signalement obligatoire, et ces rapports devraient rester protégés et ne pas pouvoir être produits dans le cadre d'instances judiciaires ultérieures.

Conclusion

Comme le démontre l'analyse ci-dessus, plusieurs enjeux stratégiques importants doivent être pris en compte dans le cadre de l'élaboration d'un cadre législatif complet en matière de sécurité des patients qui comprend des dispositions relatives à la divulgation obligatoire. La prochaine section du présent document porte sur la législation relative à la protection sur présentation d'excuses.

La législation relative à la protection sur présentation d'excuses

Introduction

La législation relative à la protection sur présentation d'excuses a évolué différemment de celle concernant l'assurance de la qualité, le signalement obligatoire et la divulgation obligatoire, en ce que l'approche est beaucoup plus uniforme entre les différents territoires. En 2007, à la suite de l'adoption de lois sur la protection sur présentation d'excuses en Colombie-Britannique et en Saskatchewan, la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada a élaboré la *Loi uniforme sur la présentation d'excuses*³⁹. La Conférence sur l'harmonisation des lois a conclu qu'une

³⁹ Voir Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada, Lois uniformes, *Loi uniforme sur la présentation d'excuses* (2007).

législation uniforme en matière de présentation d'excuses était souhaitable, et a indiqué ce qui suit :

Les délits civils ne se limitent pas nécessairement aux frontières provinciales ou territoriales. Les gens peuvent causer ou subir des préjudices loin de chez eux. Les conséquences sur les plans humain et juridique devraient être prévisibles partout au pays. Ainsi, l'adoption d'une approche juridique harmonisée serait bénéfique⁴⁰. [Traduction libre]

La Loi uniforme sur la présentation d'excuses contient les éléments suivants :

- Le terme « excuses » s'entend des aveux de faute, par opposition aux simples manifestations de sympathie. La portée de la définition vise à renforcer l'utilité des excuses dans le cadre du règlement de différends et pour faire avancer la réconciliation interpersonnelle.
- Le terme « tribunal » se voit attribuer une définition plus large afin d'inclure les tribunaux administratifs, les arbitres et les personnes exerçant des fonctions judiciaires ou quasi judiciaires.
- La Loi s'applique à toutes les personnes, physiques et morales.
- L'application de la Loi n'est pas limitée à certains types d'actes répréhensibles tels que la négligence.
- La Loi porte que la présentation d'excuses, qu'elle soit explicite ou implicite, ne constitue pas un aveu exprès ou implicite de faute ou de responsabilité et ne peut donc pas peser dans la détermination de la faute ou de la responsabilité en cause. Pour garantir l'efficacité générale de la Loi, il est également prévu que la présentation d'excuses ne peut pas servir de confirmation ou de reconnaissance d'une cause d'action en vue de proroger le délai de prescription et que la présentation d'excuses n'annule pas la garantie d'assurance offerte à la personne qui présente des excuses et ne lui nuit pas.
- La Loi énonce expressément et précise le statut et la portée de la présentation d'excuses à des fins probatoires en disant que, malgré toute autre loi, la présentation d'excuses n'est pas admissible devant un tribunal pour établir la faute ou la responsabilité de la personne qui les présente. La Loi n'empêche pas le fait que la présentation d'excuses soit admise à d'autres fins, notamment pour établir les dommages-intérêts.

Grâce à ces travaux, la législation a évolué de façon similaire dans l'ensemble du Canada, bien qu'il existe certaines différences, notamment en ce qui concerne l'incidence de la présentation d'excuses sur la prorogation du délai de prescription.

⁴⁰ Voir Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada, Articles, « Policy Paper on Apology Legislation ». 9 au 13 septembre 2007, par. 55.

Depuis 2006, 12 provinces et territoires du Canada ont adopté des dispositions législatives sur la protection relative à la présentation d'excuses.⁴¹ Il s'agit de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick, du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest.

Objectifs de la protection sur présentation d'excuses

La protection sur présentation d'excuses sert à ce qu'une partie défenderesse (ou une partie défenderesse potentielle) n'hésite pas à présenter ses excuses à la partie demanderesse (ou à la partie demanderesse potentielle) par crainte que ces excuses ne soient utilisées contre elle par cette dernière ou ne lui causent d'autres répercussions négatives. Avec cette protection, les parties défenderesses devraient être plus disposées à présenter des excuses. Les excuses sont généralement reconnues comme pouvant être utiles pour les personnes qui ont subi un préjudice, et peuvent favoriser une meilleure communication entre les parties concernées.

Les objectifs de la protection sur présentation d'excuses sont résumés par la Conférence pour l'harmonisation des lois de la façon suivante :

- favoriser le recours à des modes de règlement des différends juridiques plus rapides et moins litigieux;
- encourager la réconciliation entre les parties;
- favoriser la reconnaissance de responsabilité personnelle.

Lors de l'adoption de la loi de la Colombie-Britannique sur la présentation d'excuses en 2006, le procureur général de la province a dit ceci :

Cette loi vise à réduire le nombre de litiges et à favoriser le règlement rapide des différends juridiques... Il est de plus en plus communément admis que la présentation d'excuses joue souvent un rôle important dans le règlement d'un dossier. Souvent, les personnes qui ont subi un préjudice souhaitent simplement obtenir une explication et des excuses quant à ce qui s'est passé... Nous savons également que des poursuites judiciaires ont été abandonnées aux États-Unis, en particulier dans des affaires de faute professionnelle médicale, lorsque des excuses ont été présentées. [Traduction libre]

⁴¹ *Apology Act*, S.B.C. 2006, ch. 19, art. 2; *Alberta Evidence Act*, R.S.A. 2000, ch. A-18, art. 26.1; *Evidence Act*, S.S. 2006, ch. E 11.2, art. 23.1; *Loi sur la présentation d'excuses*, ch. A98 de la C.P.L.M., *Loi de 2009 sur la présentation d'excuses*, L.O. 2009, ch. 3; *Code civil du Québec*, RLRQ ch. CCQ-1991, art. 2853.1; *Apology Act*, S.N.S. 2008, ch. 34, art. 3; *Health Services Act*, R.S.P.E.I. 1988, ch. H-1.6, art. 26 et 32; *Apology Act*, S.N.L. 2009, ch. A-10.1; *Loi sur la présentation d'excuses*, L.T.N.-O. 2013, ch. 14; *Legal Treatment of Apologies Act*, S. Nu. 2010, ch. 12; *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients*, LRN-B 2016, ch. 21, art. 8. Le Québec est le seul territoire de droit civil au Canada, et la dernière à avoir adopté une loi relative à la protection sur présentation d'excuses. Voir Vandebussche, Wannes, « Introducing Apology Legislation in Civil Law Systems. A New Way to Encourage Out-of-Court Dispute Resolution. A New Way to Encourage Out-of-Court Dispute Resolution » (23 août 2018). Disponible sur le site Web de SSRN : <https://ssrn.com/abstract=3237528> ou <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3237528>.

Selon le directeur général de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), se prononçant sur le projet de *Loi sur la présentation d'excuses* de l'Ontario :

Des études récentes démontrent que les médecins et le personnel infirmier souhaitent présenter leurs excuses lorsqu'une erreur est commise, mais craignent qu'une manifestation de regret ou des excuses puissent être interprétées par le patient et sa famille comme un aveu de responsabilité légale⁴²... [Traduction libre]

Peu de décisions ont été rendues au Canada concernant l'incidence de la législation relative à la protection sur présentation d'excuses dans le contexte des soins de santé. L'objectif général de cette protection a toutefois été étudié dans l'affaire *Pollard Windows Inc. v. 1736106 Ontario Inc.*, 2019 ONSC 4859 :

[54] La Loi sur la présentation d'excuses prévoit que les excuses présentées hors d'un témoignage ne peuvent être utilisées pour conclure à une responsabilité ou comme fondement pour mettre fin à la garantie d'assurance de la personne. Cette loi est conçue pour encourager les personnes dont la conduite a causé un préjudice, en raison de leur négligence ou autrement, à présenter des excuses. En réalité, il est possible que l'absence d'excuses présentées, par des professionnels entre autres, ait entraîné des litiges alors que les victimes auraient peut-être accepté des excuses sincères présentées au bon moment. Or, des personnes ayant causé des préjudices, que ce soit, par exemple, dans le cadre d'accidents de la route ou de relations professionnelles, se sont abstenues de présenter des excuses, craignant que ce geste ne soit interprété comme un aveu de responsabilité ou de culpabilité qui aurait permis à leur assureur de refuser leur garantie dans le cadre d'une poursuite ultérieure. On peut tout de suite penser à des personnes impliquées dans des accidents de la route, ou des professionnels dont les clients ont subi un préjudice, qui éprouvent des regrets sincères tout en étant fermement convaincus de n'avoir commis aucune négligence ni faute. Les personnes dont le véhicule est percuté par une autre, les avocats qui perdent un procès et les médecins qui ont tout fait en leur pouvoir pour guérir un patient, sans succès, peuvent tous faire preuve de sympathie et d'empathie, et être sincèrement désolés de la souffrance subie par l'autre personne. Des excuses peuvent s'avérer utiles, tant pour la personne qui les donne que pour celle qui les reçoit. Malgré cela, avant l'adoption de la Loi sur la présentation d'excuses, on ne pouvait présenter d'excuses sans craindre de répercussions d'ordre juridique.

[55] Il y a encore peu de jurisprudence portant sur cette loi. Selon la définition énoncée à l'article 1 de cette loi, il apparaît clairement que les excuses se distinguent d'un aveu de responsabilité. L'article 1 indique de façon claire qu'une déclaration de regret constitue des excuses, même si celle-ci contient ou suppose un aveu de culpabilité. Ainsi, cet article prévoit la possibilité que certaines excuses ne supposent aucun aveu de faute, mais que même en cas d'une telle admission ou supposition, l'expression constituera tout de même des excuses protégées. [Traduction libre]

⁴²Voir <https://news.ontario.ca/en/backgrounder/193/introduction-of-the-apology-act> [en anglais].

Éléments qui composent la protection sur présentation d'excuses

Cette protection, qu'elle soit prévue dans une loi distincte ou qu'elle fasse partie de la loi sur la preuve d'une province ou du *Code civil du Québec*, comprend généralement les éléments suivants :

- Une définition large d'« excuses », qui couvre les « manifestations de sympathie ou de regret »;
- Un énoncé selon lequel la présentation d'excuses dans une affaire par une personne ou au nom de celle-ci n'emporte pas aveu de faute ou de responsabilité de sa part;
- Une interdiction de prendre en compte la présentation d'excuses dans la détermination de la faute ou de la responsabilité dans l'affaire à laquelle la présentation d'excuses se rapporte;
- Un énoncé selon lequel la présentation d'excuse n'a pas d'incidence sur la garantie d'assurance à laquelle la personne a droit dans l'affaire à laquelle la présentation d'excuses se rapporte;
- Un énoncé selon lequel la preuve de la présentation d'excuses par une personne ou en son nom dans une affaire n'est pas admissible devant un tribunal pour établir la faute ou la responsabilité de cette personne dans cette affaire.

À l'Île-du-Prince-Édouard, la protection relative à la présentation d'excuses figure dans la loi sur les services de santé (*Health Services Act*); ainsi, cette protection ne s'applique qu'aux excuses présentées relativement à des services de santé. Les cinq éléments présentés ci-dessus figurent tout de même dans cette loi. Au Nouveau-Brunswick, cette protection est prévue dans la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients*, et se limite aux excuses présentées dans le cadre d'un incident lié à la sécurité du patient ou d'un autre incident qui aurait pu entraîner quelque autre incident lié à la sécurité d'un patient. « incident lié à la sécurité d'un patient » y est défini comme un événement involontaire qui soit cause ou aurait pu causer au patient un préjudice ou cause ou aurait pu causer son décès, soit y contribue ou aurait pu y contribuer.

Excuses présentées au nom d'une institution

Dans certains cas, le représentant d'une institution peut présenter des excuses au nom de l'institution. Bien que la législation n'indique pas expressément qu'elle s'applique à ce type d'excuses, le libellé de la législation est tel qu'elle s'applique à ces cas. Par exemple, la loi sur la présentation d'excuses de la Colombie-Britannique intitulée *Apology Act* mentionne les excuses présentées par une personne ou au nom de celle-ci, ce qui signifie que les excuses peuvent être présentées au nom d'une autre personne (*person*). Or, aux termes de la loi d'interprétation intitulée *Interpretation Act*, le terme « person » comprend une société par actions, une société de personnes ou une partie, ainsi que les représentants personnels ou autres représentants légaux d'une personne à laquelle le contexte peut s'appliquer conformément à la loi (art. 29). Les autres provinces ont adopté une approche similaire, bien que la définition de « personne » puisse varier.

Effet des excuses sur les délais de prescription

Les délais de prescription servent à établir une limite temporelle pour l'introduction d'instances judiciaires. Bien que chaque territoire dispose de ses propres règles, celles-ci se ressemblent dans l'ensemble du Canada. En général, une reconnaissance de responsabilité peut donner lieu à un nouveau délai de prescription⁴³. L'approche qui ressort de la législation relative à la protection sur présentation d'excuses dans l'ensemble du Canada varie à cet égard. En effet, certaines lois prévoient spécifiquement que la présentation d'excuses ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité en vue de proroger les délais de prescription⁴⁴. D'autres lois ne prévoient rien sur le sujet, tandis que la *Loi sur la présentation d'excuses* de l'Ontario prévoit spécifiquement qu'elle n'a pas d'incidence sur la question de savoir si des excuses constituent une reconnaissance de responsabilité et qu'elle n'a pas pour effet d'empêcher que des excuses ne soient admises en preuve aux fins de l'article 13 de la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*, qui porte sur la reconnaissance de responsabilité et la prorogation des délais de prescription.⁴⁵

Lien avec les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation

La protection relative à la présentation d'excuses est compatible avec les exigences et lignes directrices relatives à la divulgation des incidents liés à la sécurité des patients aux patients et à leur famille. Elles visent toutes à favoriser la transparence ainsi qu'un dialogue ouvert. Le directeur général de l'ICPS a également mentionné ce qui suit lorsqu'il s'est prononcé sur le projet de *Loi sur la présentation d'excuses* de l'Ontario :

Le projet de Loi sur la présentation d'excuses, qui est conforme aux Lignes directrices nationales relatives à la divulgation publiées cette année, vise à favoriser la transparence et un dialogue ouvert entre les professionnels de la santé, les patients et le public; cette Loi constitue une avancée importante et conséquente pour la population de l'Ontario. Nous assistons à un changement de culture, au sein de laquelle on reconnaît maintenant que la présentation d'excuses sincères ou la manifestation de regrets est la bonne chose à faire. Il s'agit d'une marque de considération, de compassion et d'empathie, et non de reproche ou de culpabilité. [Traduction libre]

Dispositions législatives

LOI UNIFORME SUR LA PRÉSENTATION D'EXCUSES

Définitions

1 Dans la présente loi :

⁴³ *West York International Inc. v. Importanne Marketing Inc.*, 2012 ONSC 6476, par. 91.

⁴⁴ *Apology Act*, S.B.C. 2006, ch. 19, al. 2(1)b); *Alberta Evidence Act*, R.S.A. 2000, ch. A-18, al. 26.1(2)b); *Evidence Act*, S.S. 2006, ch. E-11.2, al. 23.1(2)b); *Apology Act*, S.N.S. 2008, ch. 34, al. 3(1)b); *Apology Act*, S.N.L. 2013, ch. A-10.1, al. 3(1)b); *Loi sur de la présentation d'excuses*, L.T.N.-O. 14, ch. 14, al. 2(1)b); *Legal Treatment of Apologies Act*, S. Nu. 2010, ch. 12, al. 2(1)b).

⁴⁵ *Loi sur la présentation d'excuses*, 2009, L.O. 2009, ch. 3, art. 4.

- « excuses » Manifestation de sympathie ou de regret; du fait pour quelqu'un de se dire désolé ou tout autre acte ou expression évoquant de la contrition ou de la commisération, que l'acte ou l'expression constitue ou non un aveu explicite ou implicite de faute dans l'affaire en cause;
- [« tribunal » S'entend notamment d'un tribunal administratif, d'un arbitre et de toute autre personne exerçant des fonctions judiciaires ou quasi judiciaires.]

Effet des excuses sur la responsabilité

2(1) La présentation d'excuses dans une affaire par une personne ou au nom de celle-ci dans toute affaire :

a) n'emporte pas aveu exprès ou implicite de faute ou de responsabilité de sa part dans l'affaire;

b) ne constitue pas [une confirmation d'une cause d'action ou la reconnaissance d'une prétention] relativement à la question en vertu de [article approprié de la loi sur la prescription applicable];

c) n'a pas pour effet, malgré toute disposition contraire d'un contrat d'assurance et malgré tout autre texte ou toute autre loi, d'annuler ou de diminuer la garantie d'assurance à laquelle la personne a droit dans l'affaire ou à laquelle elle aurait droit dans l'affaire si ce n'était de la présentation d'excuses;

d) ne doit pas peser dans la détermination de la faute ou de la responsabilité dans l'affaire;

(2) Malgré tout autre texte ou toute autre loi, n'est pas admissible devant un tribunal pour établir la faute ou la responsabilité d'une personne dans une affaire la preuve de la présentation d'excuses de sa part ou en son nom dans cette affaire.

Recommandation

La législation relative à la protection sur présentation d'excuses devrait comporter les éléments suivants :

- Une définition large d'« excuses », qui couvre les « manifestations de sympathie ou de regret »;
- Un énoncé selon lequel la présentation d'excuses dans une affaire par une personne ou au nom de celle-ci n'emporte pas aveu de faute ou de responsabilité de sa part;
- Une interdiction de prendre en compte la présentation d'excuses dans la détermination de la faute ou de la responsabilité dans l'affaire à laquelle la présentation d'excuses se rapporte;
- Un énoncé selon lequel la présentation d'excuse n'a pas d'incidence sur la garantie d'assurance à laquelle la personne a droit dans l'affaire à laquelle la présentation d'excuses se rapporte;
- Un énoncé selon lequel la preuve de la présentation d'excuses par une personne ou en son nom dans une affaire n'est pas admissible devant un tribunal pour établir la faute ou la responsabilité de cette personne dans cette affaire.

Conclusion

Comme le démontre l'analyse ci-dessus, plusieurs enjeux stratégiques importants doivent être pris en compte dans le cadre de l'élaboration d'un cadre législatif complet en matière de sécurité des patients qui comprend des dispositions relatives à la protection sur présentation d'excuses. La prochaine section du présent document porte sur la protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité.

Protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité

Introduction

La justification de la protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité a été analysée par la Cour d'appel de l'Île-du-Prince-Édouard⁴⁶. La décision fait référence aux dispositions de la loi de cette province intitulée *Health Services Act* qui établissent cette protection⁴⁷. La décision contient le passage suivant ⁴⁸:

[49] Avant l'entrée en vigueur de la partie IV de la Health Services Act, les hôpitaux se retrouvaient souvent dans une situation délicate. Lorsque des améliorations étaient de mise dans un hôpital, le personnel, y compris les médecins et le personnel infirmier, hésitait souvent à le mentionner. Si l'hôpital lançait une enquête sur un dossier quelconque, la partie adverse pouvait avoir accès au dossier d'enquête dans le cadre d'une instance judiciaire ou au moyen d'une demande en vertu de la loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels. Les témoins pouvaient alors voir leurs déclarations analysées à la vue du public, et les rapports pouvaient être utilisés en cour contre l'hôpital, le personnel hospitalier et les médecins devant les tribunaux et d'autres instances judiciaires. Cette situation favorisait donc une approche consistant à ne rien faire et à ne rien dire, ce qui, de toute évidence, nuisait à la qualité des soins de santé dans la province. La partie IV a été conçue pour remédier à cette situation. En effet, elle favorise un dialogue approfondi, ouvert et franc, ainsi qu'un examen minutieux des incidents survenus à l'hôpital, sans crainte que le rapport qui en découle ne serve d'élément de preuve dans des instances judiciaires ou ne fasse la une des journaux. À long terme, cela permettra d'atteindre un objectif important de la province, soit d'y améliorer l'efficacité et l'efficacités des services de santé... [Traduction libre]

⁴⁶ *Health PEI v. Privacy Commissioner*, 2019 PECA 7.

⁴⁷ *Health Services Act*, R.S.P.E.I. 1988, ch. H-1.6, art. 26 à 31.

⁴⁸ *Health PEI v. Privacy Commissioner*, 2019 PECA 7, par. 49 à 50.

Toutefois, comme indiqué dans le rapport de Santé Canada intitulé « From Silos to Systems », il existe des préoccupations d'ordre public qui s'opposent, notamment en matière de transparence, d'ouverture et de responsabilité⁴⁹.

Il est dans l'intérêt public que la gestion et le fonctionnement des activités financées par l'État soient transparents et susceptibles d'être examinés par le public. Le public devrait avoir accès aux renseignements concernant les événements indésirables ainsi que les mécanismes d'amélioration de la sécurité et de la qualité. La transparence favorise une responsabilisation efficace quant à l'utilisation des fonds publics et à la prestation des services publics... [Traduction libre]

Caractéristiques habituelles de la législation

La présente section du document présente les caractéristiques habituelles suivantes de la protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité :

- Le type d'organisme de soins de santé qui crée le comité
- Les communications de quelles entités sont protégées
- Les communications et renseignements qui sont protégés
- La définition d'« instances judiciaires »
- L'incidence de la législation qui régit l'accès à l'information
- L'interdiction d'emploi dans le cadre d'instances judiciaires
- La participation des patients
- L'examen législatif

Le type d'organisme de soins de santé qui crée le comité

Dans certaines législations, la protection ne couvre que les comités de la qualité des soins créés par des hôpitaux. Dans d'autres, la protection couvre les comités de la qualité des soins créés par d'autres organismes de soins de santé, comme les autorités régionales de santé. Le ministre de la Santé peut être autorisé, dans certains territoires, à désigner le comité de la qualité des soins. Ultimement, le type d'organisme qui peut créer un comité de la qualité des soins dépend de la structure du système de santé du territoire en question.

⁴⁹ Jocelyn Downie, et coll. « Patient Safety Law: From Silos to Systems, Report for Health Policy Research Program », Santé Canada (2006), en ligne : [http://www.eprints.qut.edu.au/62121/1/HLI_Patient_Safety-Main_Report_\(final\).pdf](http://www.eprints.qut.edu.au/62121/1/HLI_Patient_Safety-Main_Report_(final).pdf) [en anglais].

Les communications de quelles entités sont protégées

En général, en l'absence d'un comité de la qualité des soins, les renseignements relatifs à la qualité des soins ne sont pas couverts par la protection. Par exemple, la *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* de l'Ontario ne protège que les renseignements préparés par ou pour un comité créé, constitué ou agréé à titre de comité de la qualité des soins⁵⁰. Le comité de la qualité des soins doit, avant de commencer à agir à ce titre, être désigné comme tel par écrit par l'établissement de santé ou l'entité de surveillance de la qualité qui l'a créé, constitué ou agréé. Le mandat du comité de la qualité des soins et sa désignation doivent être mis à la disposition du public⁵¹. Dans le même sens, la loi du Nunavut intitulée *Evidence Act* précise que le comité doit être créé ou désigné par le ministre de la Santé afin de bénéficier de cette protection.⁵²

Certaines décisions récentes de tribunaux démontrent l'importance de veiller à ce que la situation soit examinée par un comité d'assurance de la qualité dûment constitué. En effet, dans l'affaire *Estate of Faye Carter v. Flemming et al.*⁵³, rendue par la Cour d'appel de l'Île-du-Prince-Édouard en 2015, l'hôpital Queen Elizabeth avait retenu les services d'un médecin de l'Ontario, le D^r Hill, pour examiner les circonstances entourant le décès de Faye Carter (le « rapport du D^r Hill »). La succession a intenté une action contre l'hôpital ainsi que trois médecins, et a demandé un exemplaire du rapport du D^r Hill. L'hôpital a refusé cette demande. La Cour d'appel a souligné que, puisqu'un procès est une quête de vérité, tous les éléments de preuve substantielle pertinents y sont admissibles, sous réserve des règles d'exclusion⁵⁴. Toutefois, le législateur peut modifier les règles de preuve prévues en common law, ce qu'il a fait en introduisant des dispositions de protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité dans la loi de l'Île-du-Prince-Édouard intitulée *Health Services Act*⁵⁵. La décision de la Cour d'appel met en lumière l'importance que l'examen soit mené en suivant rigoureusement la législation. La Cour y a conclu que le rapport n'était pas protégé.

[13] Les renseignements relatifs à l'amélioration de la qualité ne peuvent être protégés en vertu de la partie IV de la Health Services Act que s'ils s'inscrivent dans le cadre d'activités d'amélioration de la qualité. Or, seul un comité d'amélioration de la qualité peut mener des activités d'amélioration de la qualité. Un comité d'amélioration de la qualité est créé par la loi, et sans la loi, il ne peut pas exister. L'article 27 de la Loi est une disposition constitutive; elle doit être respectée. Cette disposition est claire et sans équivoque : elle prévoit le mode de création du comité d'amélioration de la qualité. Elle est exhaustive : seul un comité d'amélioration de la qualité créé en vertu de la Loi peut mener des activités d'amélioration de la qualité aux termes de la Loi. La protection prévue à l'article 29 de la Loi s'applique

⁵⁰ *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*, L.O. 2016, ch. 6, par. 2(1) – définition de « comité de la qualité des soins ».

⁵¹ Définitions, Règl. de l'Ont. 483/16, art. 2.

⁵² *Loi sur la preuve*, LRTN-O (Nu) 1988, ch. E-8, art. 13 – définition de « comité ».

⁵³ *Estate of Faye Carter v. Flemming et al.*, 2015 PECA 9.

⁵⁴ *Ibid*, par. 3.

⁵⁵ *Health Services Act*, PSPEI, 1988, ch. H-1.6, art. 26 à 31.

seulement aux renseignements relatifs à l'amélioration de la qualité communiqués ou créés sous l'égide d'un comité d'amélioration de la qualité en vertu de la Loi. [Traduction libre]

[14] L'article 27 prévoit la création de comités d'amélioration de la qualité par des moyens particuliers. C'est une disposition permissive et exhaustive. La position de l'hôpital est que, puisqu'il s'agit d'une disposition permissive, n'importe qui peut créer un comité d'amélioration de la qualité. Si tel était le cas, n'importe qui, même le concierge, pourrait prétendre être un comité d'amélioration de la qualité et empêcher la production d'éléments de preuve pertinents. Cette position ne peut pas être retenue. Un comité d'amélioration de la qualité peut seulement être créé par le ministre, le conseil ou leurs représentants en vertu de l'article 27. Ni le D^r Henderson ni le D^r Hill ne constituaient un comité d'amélioration de la qualité établi en vertu de la Loi. Même les avocats de l'hôpital le reconnaissent. Ainsi, le rapport du D^r Hill ne pouvait constituer une activité d'amélioration de la qualité ni contenir de renseignements relatifs à l'amélioration de la qualité. Le rapport du D^r Hill n'est donc pas protégé par la partie IV de la Loi. [Traduction libre]

Disposition législative – Désignation et publication

LPRQS de 2016 de l'Ontario

- 1. Le comité de la qualité des soins doit, avant de commencer à agir à ce titre, être désigné comme tel par écrit pour l'application de la Loi ou de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins par :*
 - i. l'établissement de santé ou l'entité de surveillance de la qualité qui l'a créé, constitué ou agréé,*
 - ii. chaque établissement de santé ou entité de surveillance de la qualité qui l'a créé, constitué ou agréé, s'il a été créé, constitué ou agréé par une combinaison d'établissements ou d'entités.*
- 2. Le mandat et la désignation du comité de la qualité des soins doivent être mis à la disposition des membres du public qui en font la demande.*

Recommandation

Un comité de la qualité des soins doit avoir été désigné comme tel afin de bénéficier de la protection prévue par la loi. Son mandat et sa désignation doivent être mis à la disposition des membres du public qui en font la demande.

Les communications et renseignements qui sont protégés

Objectif principal ou unique

La protection couvre généralement les renseignements, les documents et les opinions. Dans certaines lois, seuls les documents qui ont uniquement ou principalement été préparés pour le comité de la qualité des soins bénéficieront de cette protection.

La protection prévue dans la loi de la Saskatchewan intitulée *Evidence Act* couvre les rapports, signalements, notes de service, recommandations, documents, renseignements, données ou dossiers préparés exclusivement aux fins d'utilisation par un comité ou rédigés par celui-ci; ou utilisés exclusivement dans le cadre d'une enquête, d'une étude ou d'un programme mené par un comité, ou en découlant. Dans la *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* de l'Ontario, les renseignements qui sont recueillis ou préparés par ou pour un comité de la qualité des soins sont protégés s'ils sont préparés « uniquement ou principalement afin » d'aider le comité, s'ils se rapportent aux discussions et aux délibérations d'un comité de la qualité des soins ou s'ils se rapportent « uniquement ou principalement à une activité » du comité de la qualité des soins⁵⁶.

Disposition législative – Test de l'objectif principal ou unique

Définition de « comité de la qualité des soins » dans la LPRQS de 2016 de l'Ontario

2(2) « renseignements sur la qualité des soins » S'entend des renseignements qui, selon le cas :

- a) sont recueillis ou préparés par ou pour un comité de la qualité des soins uniquement ou principalement afin de l'aider à exercer ses fonctions liées à la qualité des soins;
- b) se rapportent aux discussions et aux délibérations d'un comité de la qualité des soins dans le cadre de ses fonctions liées à la qualité des soins;
- c) se rapportent uniquement ou principalement à une activité qu'exerce un comité de la qualité des soins dans le cadre de ses fonctions liées à la qualité des soins, notamment les renseignements figurant dans des dossiers créés ou tenus par le comité relativement à ses fonctions liées à la qualité des soins.

Recommandation

Les renseignements devraient être protégés lorsqu'ils sont recueillis ou préparés uniquement ou principalement afin d'aider le comité à exercer ses fonctions liées à la qualité des soins, ou se rapportent uniquement ou principalement à une activité qu'exerce un comité de la qualité des soins dans le cadre de ses fonctions liées à la qualité des soins.

Exclusions spécifiques de la protection

Dans certains territoires, la loi indique clairement que la protection ne couvre pas les « faits » (*facts*) relatifs à un incident lié à la sécurité du patient⁵⁷. Dans la loi de l'Île-du-Prince-Édouard intitulée *Health Services Act*, les renseignements sur l'amélioration de la qualité (*Quality improvement information*) y sont définis comme étant les renseignements communiqués dans le cadre d'une activité d'amélioration de la qualité ou créés au cours d'une telle activité, à l'exclusion toutefois des renseignements contenus dans un dossier, comme un dossier d'hôpital ou un dossier médical, tenu dans le but de fournir des services de santé à une personne; des faits contenus dans un dossier

⁵⁶ LPRQS de 2016, al. 2a) à c).

⁵⁷ Voir par exemple, la loi de la Saskatchewan intitulée *Evidence Act*, s.-al. 10(4)a)(ii).

d'incident lié à la prestation de services de santé à une personne; et du fait qu'un comité d'amélioration de la qualité s'est réuni ou a mené une activité d'amélioration de la qualité⁵⁸.

La loi de la Saskatchewan intitulée *Evidence Act* ne protège pas les dossiers qui sont préparés afin de fournir un service de santé à une personne; qui sont préparés à la suite d'un incident survenu dans un établissement géré par un organisme de services de santé ou dans le cadre de la prestation d'un service de santé par un tel organisme, à moins que les faits relatifs à cet incident ne soient également consignés dans leur intégralité dans un dossier préparé afin de fournir un service de santé à une personne; ou qui, selon la loi, doivent être conservés par l'organisme de services de santé⁵⁹.

Cependant, ce n'est pas le cas partout. Par exemple, en Alberta, la loi intitulée *Evidence Act* ne fait pas expressément référence aux faits (*facts*) découverts dans le cadre de l'examen de l'assurance de la qualité. Les dispositions de cette loi ont été interprétées dans la décision rendue par la Cour du Banc de la Reine dans l'affaire *Forsberg v. Naidoo*⁶⁰. Dans sa décision, la Cour a conclu que les faits découverts dans le cadre d'un processus d'assurance de la qualité étaient protégés. L'article 9 de la Loi en question ne fait pas de distinction entre les éléments factuels et les autres éléments du dossier⁶¹.

En 2014, le gouvernement de l'Ontario a mis en place un comité d'examen chargé de se pencher sur la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* (la « LPRQS de 2004 »). Le comité d'examen de la LPRQS a publié son rapport en mars 2015⁶². Des préoccupations avaient été soulevées à l'effet que la LPRQS de 2004 était utilisée pour empêcher les patients et leur famille d'être pleinement informés de ce qui s'était mal passé dans le cadre d'un incident particulier et des mesures qui allaient être prises pour améliorer les soins à l'avenir. Dans le cadre de son processus, le comité d'examen de la LPRQS a mené des entretiens auprès des patients et de leurs familles, et a reçu les commentaires suivants :

La majorité des patients et des membres de leur famille ont indiqué qu'ils ne voyaient aucun conflit manifeste entre la création d'un espace sécurisant permettant un dialogue ouvert entre les professionnels de la santé et la communication de renseignements suffisants aux patients et à leur famille concernant le déroulement de l'enquête. Ils étaient tous d'avis qu'il n'y avait aucune raison de ne pas faire part des résultats factuels détaillés des enquêtes aux patients et à leur famille. La majorité d'entre eux considéraient que la divulgation des renseignements importants pouvait être structurée de manière à ne pas porter atteinte à la confidentialité pour les personnes qui se sont entretenues avec le comité de la qualité des soins. Dans l'ensemble, ils estimaient également que les établissements de soins de santé devraient être tenus de divulguer au patient toutes les mesures que l'hôpital prévoyait de prendre pour éviter que des incidents similaires ne se reproduisent à l'avenir. La plupart d'entre eux ont indiqué que la divulgation de l'intégralité des détails de l'enquête n'était pas

⁵⁸ *Health Services Act*, par. 26(g).

⁵⁹ *Evidence Act*, SS 2006, ch. E-11.2, al. 10(4)a). Les faits qui ne sont pas autrement consignés dans le dossier d'hôpital du patient doivent être divulgués, mais le reste du rapport d'assurance de la qualité bénéficie de la protection prévue par la loi : *Lancaster v. Minnaar*, 2006 SKQB 380, 288 Sask R 31.

⁶⁰ *Forsberg v. Naidoo*, 2009 ABQB 369.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² Recommandations du comité d'examen de la LPRQS, soumises le 23 décembre 2014.

*nécessaire, mais que les pratiques en matière de divulgation étaient parfois trop restrictives*⁶³. [Traduction libre]

Le rapport du comité d'examen de la LPRQS contient douze recommandations pour répondre aux préoccupations qui ont donné lieu à l'examen, y compris des modifications à apporter à la LPRQS⁶⁴. Le rapport souligne que le privilège d'invoquer la LPRQS s'accompagne de la responsabilité de respecter les obligations de divulgation en toutes circonstances, et que la LPRQS devrait être modifiée afin d'y ajouter un préambule décrivant l'objectif de cette protection⁶⁵. De plus, la LPRQS devrait être modifiée afin d'indiquer clairement que, lorsqu'elle est invoquée, les patients et leurs familles doivent être pleinement informés des résultats de l'enquête, notamment de ce qui s'est passé, des causes de l'incident et des mesures (le cas échéant) que l'organisme compte prendre pour éviter que cela ne se reproduise.

La *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* précise les renseignements qui ne constituent pas des renseignements sur la qualité des soins, notamment les faits entourant ce qui s'est produit et les éléments que le comité de la qualité des soins a identifiés comme étant à l'origine de l'incident.

Disposition législative – Exclusions de la définition

LPRQS de 2016 de l'Ontario

2(3) La définition de « renseignements sur la qualité des soins » exclut les renseignements suivants :

- 1. Les renseignements figurant dans le dossier d'un patient.*
- 2. Les renseignements figurant dans un dossier dont la loi exige la création ou la tenue.*
- 3. Les renseignements relatifs à un patient à l'égard d'un incident critique et qui décrivent, selon le cas :*
 - i. les faits entourant ce qui s'est produit relativement à l'incident,*
 - ii. les éléments que le comité de la qualité des soins ou l'établissement de santé a identifiés, s'il y a lieu, comme étant à l'origine de l'incident,*
 - iii. les conséquences de l'incident critique pour le patient, dès qu'elles sont connues,*
 - iv. les mesures prises et celles qu'il est recommandé de prendre en vue de remédier aux conséquences de l'incident critique pour le patient, y compris les soins de santé ou le traitement indiqué,*
 - v. les étapes systémiques, s'il y a lieu, que prend ou qu'a prises un établissement de santé pour éviter tout autre incident semblable ou en réduire le risque.*

⁶³ *Ibid*, 22.

⁶⁴ *Ibid*, 26 à 30.

⁶⁵ *Ibid*, 27.

4. Les renseignements se composant de faits consignés dans un dossier qui concerne un incident relatif à la fourniture de soins de santé à un patient.

Recommandation

Les catégories de renseignements suivantes ne devraient pas bénéficier de la protection :

- les renseignements figurant dans un dossier patient;
- les renseignements se composant de faits consignés dans un dossier qui concerne un incident lié à la sécurité du patient;
- les renseignements relatifs à un patient à l'égard d'un incident lié à la sécurité du patient et qui décrivent, selon le cas :
- les faits entourant ce qui s'est produit relativement à l'incident lié à la sécurité du patient;
- les éléments que le comité de la qualité des soins ou l'entité qui crée le comité a identifiés comme étant à l'origine de l'incident;
- les conséquences de l'incident lié à la sécurité du patient pour le patient, dès qu'elles sont connues;
- les mesures prises et celles qu'il est recommandé de prendre en vue de remédier aux conséquences de l'incident lié à la sécurité du patient pour le patient, y compris les soins de santé ou le traitement indiqués;
- les étapes systémiques que prend ou qu'a prises un établissement de santé ou l'entité qui crée le comité pour éviter tout incident semblable à l'avenir ou en réduire le risque.

Divulgaration entre des comités de la qualité des soins

Le comité d'examen de la LPRQS s'est penché sur des préoccupations à l'effet que la LPRQS de 2004 aurait nui au partage de renseignements sur des incidents critiques entre les établissements de l'Ontario. Le rapport stipule que les hôpitaux ne partagent pas entre eux les renseignements concernant leurs incidents critiques ni leurs plans visant à prévenir les incidents à l'avenir, sauf de façon ponctuelle, et que les patients sont en droit de s'attendre à ce que les établissements communiquent aux autres les leçons qu'ils en ont tirées⁶⁶. Le rapport recommande que des modifications soient apportées à la LPRQS afin de permettre expressément le partage des résultats des enquêtes sur les incidents critiques. La LPRQS de 2016 permet le partage de renseignements sur la qualité des soins entre les comités de la qualité des soins des différents établissements de soins de santé.

⁶⁶ Recommandations du comité d'examen de la LPRQS, soumises le 23 décembre 2014, 28.

Disposition législative – Divulcation au sein des comités de la qualité des soins

LPRQS de 2016 de l’Ontario

Divulcation parmi les comités

8(2) Un comité de la qualité des soins peut divulguer des renseignements, notamment des renseignements sur la qualité des soins, à un autre comité similaire aux fins de l’exercice, par celui-ci, de fonctions liées à la qualité des soins. Une personne peut aussi divulguer les renseignements déjà divulgués à un comité de la qualité des soins à un autre comité similaire.

(3) La divulgation de renseignements permise en vertu du présent article ne doit pas comprendre plus de renseignements personnels sur la santé, au sens de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, qu’il n’est raisonnablement nécessaire compte tenu des fins de la divulgation.

Recommandation

La législation devrait expressément permettre le partage de renseignements relatifs à l’assurance de la qualité entre les comités de la qualité des soins.

Définition d’« instances judiciaires »

La majorité des lois interdisent la divulgation dans le cadre d’instances judiciaires, bien que la définition d’instances judiciaires (*legal proceedings*) varie. La possibilité ou non de divulguer à des organismes de réglementation de professions des renseignements relatifs à l’assurance de la qualité a suscité des inquiétudes et fait l’objet de débats. Les législateurs des différents territoires ont adopté une approche différente sur cette question, sans qu’une position uniforme n’en ressorte. En effet, dans certains territoires, les organismes de réglementation des professions ainsi que leur comité disciplinaire sont expressément visés par la définition d’instances judiciaires afin de clarifier que les renseignements sur la qualité des soins sont protégés dans ce contexte. Par exemple, la loi de Terre-Neuve-et-Labrador intitulée *Evidence Act* précise que la protection couvre les instances dans lesquelles la preuve peut être présentée devant un comité, y compris un comité disciplinaire, ou un organisme de réglementation d’une profession réglementée dans le domaine de la santé⁶⁷. La loi de la Nouvelle-Écosse intitulée *Quality-improvement Information Protection Act* va dans le même sens, en précisant que la protection dans le cadre d’instances judiciaires s’applique au comité disciplinaire d’un organisme de réglementation d’une profession dans le domaine de la santé⁶⁸.

Dans certains territoires, la législation exclut expressément les organismes professionnels et les questions disciplinaires. Par exemple, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* du

⁶⁷ *Evidence Act*, R.S.N.L. 1990, ch. E-16, al. 8.1a)(iii).

⁶⁸ *Quality-improvement Information Protection Act*, SNS 2015, ch. 8, par. 2d).

Québec prévoit que nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du comité de gestion des risques sauf les membres de ce comité, les représentants d'organismes d'accréditation ou les représentants d'un ordre professionnel⁶⁹. De même, la définition d'instances judiciaires (*legal proceedings*) qui figure dans la loi sur la preuve de la Colombie-Britannique intitulée *Evidence Act* exclut expressément les audiences et les appels devant un organisme lié à l'ordre d'une profession du domaine de la santé concernant la conduite ou la compétence d'un membre de la profession⁷⁰.

Disposition législative – Divulgarion à des organismes de réglementation

Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec

183.4. Nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du comité de gestion des risques sauf les membres de ce comité, les représentants d'organismes d'accréditation dans l'exercice des fonctions relatives à l'agrément des services de santé et des services sociaux des établissements ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi.

Recommandation

La législation devrait préciser s'il est interdit ou non de divulguer des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité à des organismes de réglementation de professions.

Incidence de la législation qui régit l'accès à l'information

Il existe deux principales catégories de lois qui confèrent un droit d'accès à des dossiers tenus par des organismes de soins de santé : les lois applicables au secteur public concernant l'accès à l'information et la protection de la vie privée, ainsi que les lois exhaustives sur les renseignements de santé.

L'ensemble des territoires et des provinces dispose de lois applicables au secteur public concernant l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Plusieurs de ces lois visent les organismes publics comme les hôpitaux et les autorités régionales de la santé. Ces lois visent deux principaux objectifs :

- l'accès à l'information : rendre les institutions publiques plus transparentes et accroître leur responsabilité en fournissant un droit d'accès aux dossiers dont elles ont la garde ou le contrôle;
- la protection de la vie privée : protéger les renseignements personnels contre toute collecte, utilisation ou divulgation non autorisée par des institutions publiques.

⁶⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, R.L.R.Q., ch. S-4.2, art. 183.4.

⁷⁰ *Evidence Act*, R.S.B.C. 1996, ch. 124, par. 51(1). – définition de « legal proceedings ».

Le droit d'accès est particulièrement important, car il favorise la transparence et la responsabilité au sein des organismes publics dans le cadre de leur processus décisionnel. N'importe qui peut demander d'avoir accès à des documents, sous réserve de certaines limites particulières. L'identité de la personne qui fait la demande d'accès et les raisons de la demande ne sont pas prises en compte dans le traitement de celle-ci. Par exemple, des demandes peuvent être formulées par d'anciens membres du personnel ou par des médias, sans que cela ait d'incidence sur la manière dont l'organisme public traite la demande d'accès.

Certains documents peuvent faire l'objet d'exceptions obligatoires ou discrétionnaires au droit d'accès. C'est souvent le cas notamment de documents qui contiennent ce qui suit :

- des renseignements personnels (autres que ceux de la personne qui fait la demande d'accès);
- des renseignements confidentiels de tiers;
- des renseignements ayant une incidence sur les intérêts économiques ou autres de l'organisme public;
- des renseignements visés par un privilège juridique;
- des renseignements concernant l'application de la loi;
- des renseignements susceptibles de compromettre gravement la sécurité ou la santé.

Dans certains territoires, les renseignements sur la qualité des soins sont exclus de la portée de la législation régissant l'accès à l'information. Par exemple, en Alberta, la loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée intitulée *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* stipule qu'elle ne s'applique pas aux dossiers d'assurance de la qualité, au sens donné au terme « quality assurance record » dans la loi intitulée *Evidence Act* de la province⁷¹. Les motifs de cette exclusion ont été exposés lors de l'examen des modifications à apporter à cette loi.

Monsieur le président, en vertu de l'article 9 de l'Evidence Act de l'Alberta, certaines activités d'assurance de la qualité bénéficient désormais d'une protection. Cette protection existe depuis de nombreuses années. La personne qui participe à un tel processus d'examen n'est pas autorisée à témoigner devant un tribunal au sujet des délibérations du comité d'examen, et les documents relatifs à l'instance ne sont pas admissibles en preuve devant un tribunal. Ces dispositions protègent un processus qui est depuis longtemps reconnu comme étant dans l'intérêt public. Si les membres d'un comité d'assurance de la qualité pouvaient être contraints de témoigner ou si des documents relatifs à leur examen pouvaient être rendus accessibles, les prestataires de soins de santé seraient réticents à prendre part à un tel comité...

L'accroissement de l'accès à l'information pour y couvrir les organismes de soins de santé le 1^{er} octobre 1998 a soulevé des inquiétudes, en ce que la protection dont bénéficiaient jusqu'alors les activités d'assurance de la qualité pourrait être compromise par les droits d'accès prévus par la législation sur l'accès à l'information... Si la modification n'est pas

⁷¹ *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*, RSA 2000, ch. F-25, par. 4(1).

*adoptée, des médecins pourraient refuser de participer à ces processus importants, et nous perdrons ainsi un outil crucial pour l'amélioration des soins aux patients*⁷². [Traduction libre]

Dans l'affaire *Health PEI v. Privacy Commissioner*⁷³, la Cour suprême de l'Île-du-Prince-Édouard a interprété l'article 30 de la loi intitulée *Health Services Act* comme empêchant la commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Île-du-Prince-Édouard d'accéder à des documents pour déterminer si ceux-ci constituent ou non des renseignements sur l'amélioration de la qualité (*quality improvement information*). L'article 30 stipule ce qui suit⁷⁴ :

Nonobstant la loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée intitulée Freedom of Information and Protection of Privacy Act, personne n'a le droit d'accéder aux renseignements sur l'amélioration de la qualité, que ceux-ci contiennent ou non des renseignements personnels la concernant. [Traduction libre]

La question consistait à savoir si la commissaire a le pouvoir d'ordonner la production de dossiers, afin de réaliser son propre examen indépendant, lorsque l'organisme public allègue que les dossiers relèvent de l'application de l'article 30 de la *Health Services Act*. La commissaire était d'avis que oui. La Cour a cependant conclu que la commissaire n'avait pas le pouvoir d'exiger que Santé Î.-P.-É. lui fournisse de dossier d'assurance de la qualité pour qu'elle puisse en faire l'examen. Le législateur a préservé l'intégrité des dispositions relatives à l'amélioration de la qualité prévues dans la *Health Services Act* avec l'adoption de l'article 30, et la commissaire n'a pas pu ordonner la production de dossiers aux fins de son examen.

La législation relative aux renseignements sur la santé accorde aux patients un droit d'accès à leurs propres renseignements de santé, sous réserve de certaines exceptions particulières. Il s'agit de l'un des objectifs principaux de ce type de législation, et cet objectif figure souvent dans les énoncés d'objectifs de la loi en question.

La législation relative aux renseignements sur la santé a évolué dans l'ensemble du Canada au cours des 20 dernières années. À l'heure actuelle, dix territoires disposent d'un cadre législatif complet en matière de renseignements sur la santé.

Manitoba - *Loi sur les renseignements médicaux personnels* - 11 décembre 1997

Alberta - *Health Information Act* - 25 avril 2001

Saskatchewan - *Health Information Protection Act* - 1^{er} septembre 2003

⁷² Hansard de l'Alberta du 22 mars 1999 (M. Doerksen, page 668).

⁷³ *Health PEI v. Privacy Commissioner*, 2018 PESC 11. Dans l'affaire *Health PEI v. Privacy Commissioner*, 2015 PECA 9, la Cour d'appel de l'Î.-P.-É. a reconnu que l'examen des renseignements communiqués dans le cadre d'une activité d'amélioration de la qualité afin de s'assurer qu'il s'agissait bien de renseignements sur l'amélioration de la qualité ne relevait pas de la commissaire. La Cour d'appel a retenu que les renseignements avaient été recueillis dans le cadre de procédures disciplinaires aux fins de responsabilité et qu'ils n'étaient donc pas protégés.

⁷⁴ *Health Services Act*, R.S.P.E.I. 1988, ch. H-1.6, art. 30. L'article 30 a depuis été modifié afin de prévoir une interdiction similaire relative au droit d'accès dans le cadre de la législation relative aux renseignements sur santé.

Ontario - *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* - 1^{er} novembre 2004

Nouveau-Brunswick - *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* - 1^{er} septembre 2010

Terre-Neuve-et-Labrador - *Personal Health Information Act* - 1^{er} avril 2011

Nouvelle-Écosse – *Personal Health Information Act* – 1^{er} juin 2013

Territoires du Nord-Ouest – *Loi sur les renseignements sur la santé* – 1^{er} octobre 2015

Yukon – *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* – 31 août 2016

Île-du-Prince-Édouard – *Health Information Act* – 1^{er} juillet 2017

Le 4 avril 2023, la législation du Québec relative aux renseignements sur la santé, intitulée *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (le « projet de loi 3 »), a été sanctionnée⁷⁵. Le projet de loi 3 est le premier cadre législatif complet en matière de renseignements sur la santé au Québec, et sa date d'entrée en vigueur n'a pas encore été établie.

Bien que l'un des principaux objectifs de la législation relative aux renseignements sur la santé consiste à accorder aux personnes un droit d'accès à leurs renseignements personnels sur la santé, les renseignements sur la qualité des soins demeurent une exception à ce droit. Par exemple, la *Loi sur les renseignements sur la santé* des Territoires du Nord-Ouest est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2015. L'article 111 y prévoit qu'un dépositaire doit refuser de divulguer au demandeur les délibérations d'un comité d'assurance de la qualité relatives à une activité d'assurance de la qualité et les dossiers d'assurance de la qualité relativement à un comité d'assurance de la qualité⁷⁶. Toutefois, le paragraphe 3 de l'article 111 prévoit qu'un dépositaire peut divulguer un dossier d'assurance de la qualité qui se compose « des résultats ou des recommandations concernant une activité d'assurance de la qualité⁷⁷ ».

La *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon est entrée en vigueur le 31 août 2016. La *Loi sur la preuve* a été modifiée pour énoncer que l'article 13, qui établit la protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité, a prépondérance sur les dispositions incompatibles de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux*⁷⁸.

Dans une décision rendue en 2016 par le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario, une personne demandait qu'un hôpital lui donne accès à des documents concernant sa mère décédée⁷⁹. L'hôpital a refusé l'accès à certains documents, alléguant que ceux-ci faisaient l'objet d'une exemption en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (la « LPRPS ») et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (la « LAIPVP »). Le commissaire a retenu la position de l'hôpital et a confirmé la décision de refuser l'accès à certains documents au motif, entre autres, que ceux-ci contenaient des

⁷⁵ *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* et modifiant diverses dispositions législatives, L.Q. 2023, ch. 5.

⁷⁶ *Loi sur les renseignements sur la santé*, LTN-O 2014, ch. 2, par. 111(2).

⁷⁷ *Ibid*, par. 111(3).

⁷⁸ *Loi sur la preuve*, LRY 2002, ch. 78, art. 13.1.

⁷⁹ *PHIPA Decision* 33, 2016 CanLII 72690.

renseignements sur la qualité des soins et qu'ils étaient donc exclus en vertu de l'alinéa 51(1)a) de la LPRPS⁸⁰.

Dispositions législatives – Application de la législation sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée dans le secteur public

LPRQS de 2016 de l'Ontario

3 La Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée ne s'applique pas aux renseignements sur la qualité des soins.

Recommandation

Les renseignements relatifs à l'assurance de la qualité ne devraient pas être assujettis au droit d'accès prévu par la législation sur l'accès à l'information dans le secteur public.

Disposition législative – Accès aux renseignements sur la santé

Quality-improvement Information Protection Act [en anglais] de la Nouvelle-Écosse

5(3) Nonobstant la loi sur les renseignements médicaux personnels intitulée Personal Health Information Act, personne ne peut divulguer de renseignements sur l'amélioration de la qualité ni accéder à de tels renseignements, sauf de la manière prévue dans la présente loi, que ces renseignements contiennent ou non des renseignements médicaux personnels la concernant. [Traduction libre]

Recommandation

Les renseignements relatifs à l'assurance de la qualité ne devraient pas être assujettis au droit d'accès prévu par la législation relative aux renseignements sur la santé.

Interdiction d'emploi dans le cadre d'instances judiciaires

Afin de favoriser la réalisation de l'objectif de transparence, la législation protégeant les renseignements relatifs à l'assurance de la qualité prévoit une interdiction absolue. Généralement, cette interdiction s'oppose au concept juridique de privilège, auquel on peut renoncer dans certaines circonstances. L'incidence de cette interdiction a été analysée dans la décision rendue par la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta dans l'affaire *Bruce Estate*⁸¹. La Cour y a établi qu'un rapport sur l'assurance de la qualité préparé par un sous-comité du Health Quality Council of Alberta (le « HQCA ») était protégé par l'article 9 de la loi sur la preuve de l'Alberta intitulée

⁸⁰ *Ibid*, par. 32.

⁸¹ *Bruce Estate*, 2010 ABQB 21.

Evidence Act. Le HQCA peut mettre en place son propre comité d'assurance de la qualité et entreprendre ses propres activités d'assurance de la qualité en vertu de l'article 9 de l'*Evidence Act* de l'Alberta⁸². À la demande du ministre de la Santé, en avril 2007, un sous-comité du comité d'assurance de la qualité du HQCA a été établi pour enquêter sur les procédures de contrôle des infections et sur le SARM à l'hôpital général Saint-Joseph et dans la région sanitaire du Centre-Est. La Cour a conclu que le rapport était protégé en vertu de l'article 9, même si le comité avait rédigé le rapport en sachant que celui-ci pourrait être rendu public. La Cour a indiqué ce qui suit :

[16] Bien que certains rapports issus d'activités d'assurance de la qualité restent confidentiels, les rapports d'incidents et les recommandations sont parfois rendus publics afin de favoriser une culture de sécurité des patients et d'améliorer le système de santé. La divulgation d'un rapport au public permet aux autres organismes du système de santé d'y avoir accès et contribue à prévenir des incidents ou des événements indésirables similaires. Elle favorise également les changements systémiques en sensibilisant les parties qui élaborent les politiques et les règles qui régissent le système, tout en informant les patients et leur famille qui jouent un rôle actif dans les soins de santé au sein de notre système de santé moderne.

[17] Le rapport a été rendu public avec un communiqué de presse qui en résumait le contenu. Ultimement, il a entraîné des changements dans les normes en matière de signalement, de responsabilité ainsi que de prévention et de contrôle des infections, et un certain nombre de modifications législatives considérables visant à améliorer la qualité des soins et des services de santé.

*[41] Si l'on s'en tient à la lecture de l'article 9 de la Loi, rien ne permet de conclure que la production ou la divulgation d'un dossier d'assurance de la qualité devant une autre instance annule l'interdiction de production prévue au paragraphe 9(2). Tel qu'indiqué précédemment, le paragraphe 9(2) empêche un témoin de produire un dossier d'assurance de la qualité qui est en sa possession ou sous son contrôle. Il s'agit d'une interdiction absolue d'admettre en preuve un dossier d'assurance de la qualité, qui ne dépend d'aucun privilège ni d'aucune règle d'exclusion de la preuve susceptible de s'appliquer au document en question. (Voir **Goad v. Cavanagh** 1992 CanLII 6129 [AB Q.B.], [1992], 3 Alta. L.R. (3d) 18, [1992] A.J. No. 1268 (Q.B.), par. 7 et 8). [Mise en gras ajoutée]*

La Cour a également souligné que l'article 9 n'a pas pour effet de créer un privilège auquel le témoin peut renoncer.

[43] À titre de règle de preuve prévue par la loi, l'interdiction de production est absolue. Il ne s'agit pas d'un privilège ou d'une confidence auxquels une partie ou un témoin peut choisir de renoncer, ou qui peut faire l'objet d'une renonciation implicite en raison de sa divulgation publique. Comme il s'agit d'une interdiction prévue par la loi, le témoin ne peut pas choisir de produire le document de la même manière qu'il peut choisir de renoncer à un privilège. [Soulignement ajouté]

[46] La publication du rapport et son accessibilité pour des sources autres qu'un témoin dans le cadre de l'instance ne compromettent pas son statut de dossier d'assurance de la

⁸² HQCA Regulation, par. 10(2).

qualité, qui ne peut être produit en raison du paragraphe 9(2) de la Loi. Le rapport doit être exclu de la preuve de la partie demanderesse dans sa demande. [Traduction libre]

Les décisions des tribunaux concernant la protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité sont souvent rendues dans des circonstances où le patient, ou un membre de sa famille, a subi un préjudice dans le cadre d'un incident lié à la sécurité du patient et cherche à obtenir une indemnisation. Le patient cherche alors à accéder au dossier que le prestataire de services de santé a identifié comme étant protégé. En l'absence d'un système sans égard à la responsabilité, les patients doivent passer par le système civil et faire la preuve d'une responsabilité civile pour être indemnisés. Le tribunal tiendra alors compte des lois applicables pour établir si le dossier est protégé ou non. Sur le plan des politiques, la question est de savoir si le patient est en mesure de fournir au tribunal les renseignements nécessaires pour justifier son indemnisation.

Disposition législation – Interdiction

LPRQS de 2016 de l'Ontario

10 (1) Nul ne doit demander à un témoin de divulguer des renseignements sur la qualité des soins. Aucun tribunal ou corps tenant une instance ne doit permettre à un témoin dans l'instance de divulguer de tels renseignements ni l'obliger à le faire.

(2) Aucun renseignement sur la qualité des soins n'est admissible en preuve dans une instance.

Recommandation

La législation devrait préciser que personne ne peut demander à un témoin de divulguer des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité, et qu'aucun organisme tenant une instance judiciaire ne peut permettre à un témoin de divulguer de tels renseignements ni l'obliger à le faire. Les renseignements relatifs à l'assurance de la qualité ne sont pas admissibles dans une instance judiciaire. La protection s'applique, que les renseignements relatifs à l'assurance de la qualité aient été divulgués, au public ou autrement, ou non.

Participation des patients

L'importance de la transparence et de l'ouverture a été reconnue dans le cadre d'initiatives récentes au niveau législatif visant à inclure les patients et leur famille dans les activités d'amélioration de la qualité. À titre d'exemple, l'article 8 de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* de l'Ontario prévoit que chaque organisme de soins de santé doit élaborer un plan d'amélioration de la qualité à l'égard de l'exercice suivant et le mettre à la disposition du public⁸³. Le règlement intitulé *Plan annuel d'amélioration de la qualité* stipule ce qui suit :

1. L'organisme de soins de santé fait participer ses patients et anciens patients et leurs fournisseurs de soins à l'élaboration de son plan annuel d'amélioration de la qualité. La

⁸³ *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, L.O. 2010, chap. 14, par. 8(1); *Plan annuel d'amélioration de la qualité*, Règl. de l'Ont. 187/15.

version du plan mise à la disposition du public doit renfermer une description des activités organisées par l'organisme de soins de santé pour assurer la participation des patients et des façons dont ces activités guident l'élaboration du plan d'amélioration de la qualité de l'organisme de soins de santé⁸⁴.

L'article 2 du *Processus de relations avec les patients* de l'Ontario, pris en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* et reproduit ci-dessous, devrait également être pris en compte en ce qui concerne les exigences relatives à la participation des patients :

Processus de règlement des plaintes

2. (1) L'organisme de soins de santé adopte des processus pour recevoir, examiner et tenter de régler rapidement les plaintes émanant de patients et de leurs fournisseurs de soins.

(2) L'organisme de soins de santé fait participer les patients et leurs fournisseurs de soins à la conception, à l'examen et au maintien des processus visés au paragraphe (1)⁸⁵.

Disposition législative – Participation des patients

LPRQS de 2016 de l'Ontario

4 (1) La présente loi n'a pas d'incidence sur une exigence prévue par une loi applicable et selon laquelle un établissement de santé ou un fournisseur de soins de santé :

a) doit offrir d'interroger un patient ou le représentant autorisé d'un patient ou de sa succession lors de l'examen d'un incident lié à la fourniture de soins de santé au patient ou des circonstances entourant la fourniture de ces soins;

b) doit inclure une personne chargée d'assurer des relations avec les patients ou de communiquer le point de vue de ces derniers à l'établissement au sein du comité ou du corps semblable qui procède à un examen d'un incident critique.

Recommandation

La législation devrait prévoir la participation des patients et de leur famille à l'examen des incidents liés à la sécurité des patients.

Examen législatif

La *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* prévoit un examen dans les cinq ans de son entrée en vigueur et à des intervalles de cinq ans par la suite⁸⁶. L'assemblée législative de l'Ontario continuera vraisemblablement à évaluer si les objectifs énoncés au préambule ont été remplis grâce à la mise en œuvre de la *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*.

⁸⁴ *Plan annuel d'amélioration de la qualité*, Règl. de l'Ont. 187/15, art. 1.

⁸⁵ *Processus de relations avec les patients*, Règl. de l'Ont. 188/15, art. 2.

Disposition législative – Examen de la législation

LPRQS de 2016 de l'Ontario

Examen

14 Dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur du présent article, et à des intervalles de cinq ans par la suite⁸⁶, le ministre procède à un examen de la présente loi.

Recommandation

La législation relative aux incidents liés à la sécurité des patients devrait faire l'objet d'un examen à des intervalles de cinq ans afin d'évaluer si les dispositions en vigueur respectent ses objectifs. Idéalement, il devrait y avoir des dispositions sur l'organisme responsable de cet examen (p. ex., un comité de l'assemblée législative), ainsi que sur le rapport public qui en découlera (p. ex., sa soumission à l'assemblée législative).

Conclusion

Le présent document d'information complet traite des dispositions législatives qui sont en vigueur dans quatre catégories de législation relative aux incidents liés à la sécurité des patients (signalement obligatoire, divulgation obligatoire, protection sur présentation d'excuses et protection des renseignements relatifs à l'assurance de la qualité). Il souligne les objectifs stratégiques qui sous-tendent les initiatives au niveau législatif et jette les bases pour l'élaboration de dispositions législatives exemplaires.

Glossaire

Divulgation :	Processus par lequel un incident lié à la sécurité du patient est communiqué au patient par les prestataires de soins de santé.
Événement :	Incident qui arrive à un patient ou qui concerne un patient.
Ministre de la Santé :	Désigne les ministres à l'échelle provinciale et territoriale suivants : ministre de la Santé (<i>Minister of Health</i>) de l'Alberta; ministre de la Santé (<i>Minister of Health</i>) de la Colombie-Britannique; ministre de la Santé (<i>Minister of Health</i>) de la Saskatchewan; ministre de la Santé du Manitoba; ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec; ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick; ministre de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse; ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard (<i>Minister of Health and Wellness</i>); ministre de la Santé et des Services communautaires (<i>Minister of Health and Community Services</i>) de

⁸⁶ LPRQS de 2016, art. 14.

Terre-Neuve-et-Labrador; ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest; ministre de la Santé du Nunavut; ministre de la Santé et des Affaires sociales du Yukon.

Préjudice associé aux soins de santé :	Préjudice qui découle de plans ou de mesures prises pendant la prestation de soins ou qui est associé à ces plans et mesures, et non un préjudice causé par une maladie ou une blessure sous-jacente.
Risques inhérents à une enquête ou un traitement :	Risques inhérents à la plupart des enquêtes et des traitements (p. ex., complications reconnues, réactions indésirables ou effets secondaires) pouvant se réaliser et qui sont indépendants du ou des prestataires de soins.
Incident évité de justesse :	Incident lié à la sécurité du patient qui n'a pas atteint le patient.
Incident sans préjudice :	Incident lié à la sécurité du patient qui a atteint le patient sans toutefois entraîner de préjudice discernable.
Incident lié à la sécurité du patient :	Événement ou circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice superflu à un patient.
Sécurité des patients :	Atténuation à un niveau minimal acceptable du risque de préjudice évitable associé aux soins de santé.
Patient :	Désigne, dans le présent document, les résidents, clients ou usagers des services de santé (une personne qui reçoit des soins de santé).
Signalement :	Communication par des prestataires de soins de santé sur un événement indésirable ou un accident évité de justesse par les canaux appropriés, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements de soins de santé, afin de réduire le risque que cet événement se reproduise.
Sécurité :	Atténuation à un niveau minimal acceptable du risque de préjudice évitable.
Défaillance du système :	Erreur, défaillance ou dysfonctionnement dans les méthodes, les processus ou l'infrastructure d'un organisme.

ANNEXE A -LÉGISLATION AU CANADA CONCERNANT LA PROTECTION RELATIVE À L'ASSURANCE DE LA QUALITÉ, LA DIVULGATION OBLIGATOIRE, LE SIGNALEMENT OBLIGATOIRE ET LA PROTECTION SUR PRÉSENTATION D'EXCUSES

Région	Protection relative à l'assurance de la qualité	Divulgation obligatoire	Signalement obligatoire	Protection sur présentation d'excuses
C.-B.	<i>Evidence Act</i>, R.S.B.C. 1996, ch. 124, art. 51 <i>Designation Regulation</i>, Règl. de la C.-B. 363/95 <i>Designation Regulation No 2</i>, Règl. de la C.-B. 125/99 <i>Hospital Act</i>, R.S.B.C. 1996, ch. 200, par. 46.1(6), 46.1(7) <i>Patient Care Quality Review Board Act</i>, S.B.C. 2008, ch. 35, al. 7(1)a) et 7(2)(b), par. 13(5)	--	<i>Hospital Act Regulation</i> , Règl. de la C.-B. 121/97, par. 21(1)	<i>Apology Act</i> , S.B.C. 2006, ch. 19
Alb.	<i>Alberta Evidence Act</i>, R.S.A. 2000, ch. A-18, art. 9 <i>Quality Assurance Committee</i>	<i>Mental Health Services Protection Act</i>, S.A. 2018, ch. M-13.2, Schedule, art. 1, 5	<i>Mental Health Services Protection Act</i>, S.A. 2018, ch. M-13.2, Schedule, art. 1, 5	<i>Alberta Evidence Act</i> , R.S.A. 2000, ch. A-18, art. 26.1

Région	Protection relative à l'assurance de la qualité	Divuligation obligatoire	Signalement obligatoire	Protection sur présentation d'excuses
	<i>Regulation</i>, Règl. de l'Alb. 294/2003 <i>Health Information Act</i>, R.S.A. 2000, ch. H-5, al. 35(1)g) et par. 35(2) à (3) <i>Health Quality Council of Alberta Act</i>, S.A. 2011, ch. H-7.2, art. 6			
Sask.	<i>Evidence Act</i>, S.S. 2006, ch. E-11.2, art. 10 <i>The Health Quality Council Act</i>, S.S. 2002, ch. H-0.04, art. 22 <i>The Provincial Health Authority Act</i>, S.S. 2017, ch. P-30.3, par. 8-2(9), al. 9-5(1)aa) <i>Health Information Protection Act</i>, S.S. 1999, ch. H-0.021, al. 27(4)g), 38(1)d) <i>The Patient Choice Medical Imaging Act</i>, S.S. 2016, ch. P-4.11, art. 13	<i>Personal Care Homes Regulations</i>, 1996, R.R.S. ch. P-6.01 Reg. 2, art. 13 <i>Critical Incident Regulations</i>, 2023, R.R.S. ch. P-30.3 Reg. 2, par. 5(3), 7(4), 8(3)	<i>The Provincial Health Authority Act</i>, S.S. 2017, ch. P-30.3, art. 8-2, al. 9-5(1)aa) <i>Critical Incident Regulations</i>, 2023, R.R.S. ch. P-30.3 Reg. 2 <i>Personal Care Homes Regulations</i>, 1996, R.R.S. ch. P-6.01 Reg. 2, art. 13 <i>The Patient Choice Medical Imaging Act</i>, S.S. 2016, ch. P-4.11, art. 13	<i>Evidence Act</i>, S.S. 2006, ch. E-11.2, art. 23.1
Man.	<i>Loi sur la preuve au Manitoba</i>, c. E150 de la C.P.L.M., art. 9 à 10 <i>Règlement sur les comités de</i>	<i>Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé</i>, c. H26.5 de la	<i>Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé</i>, c. H26.5 de la C.P.L.M., partie 4.1	<i>Loi sur la présentation d'excuses</i>, c. A98 de la C.P.L.M.

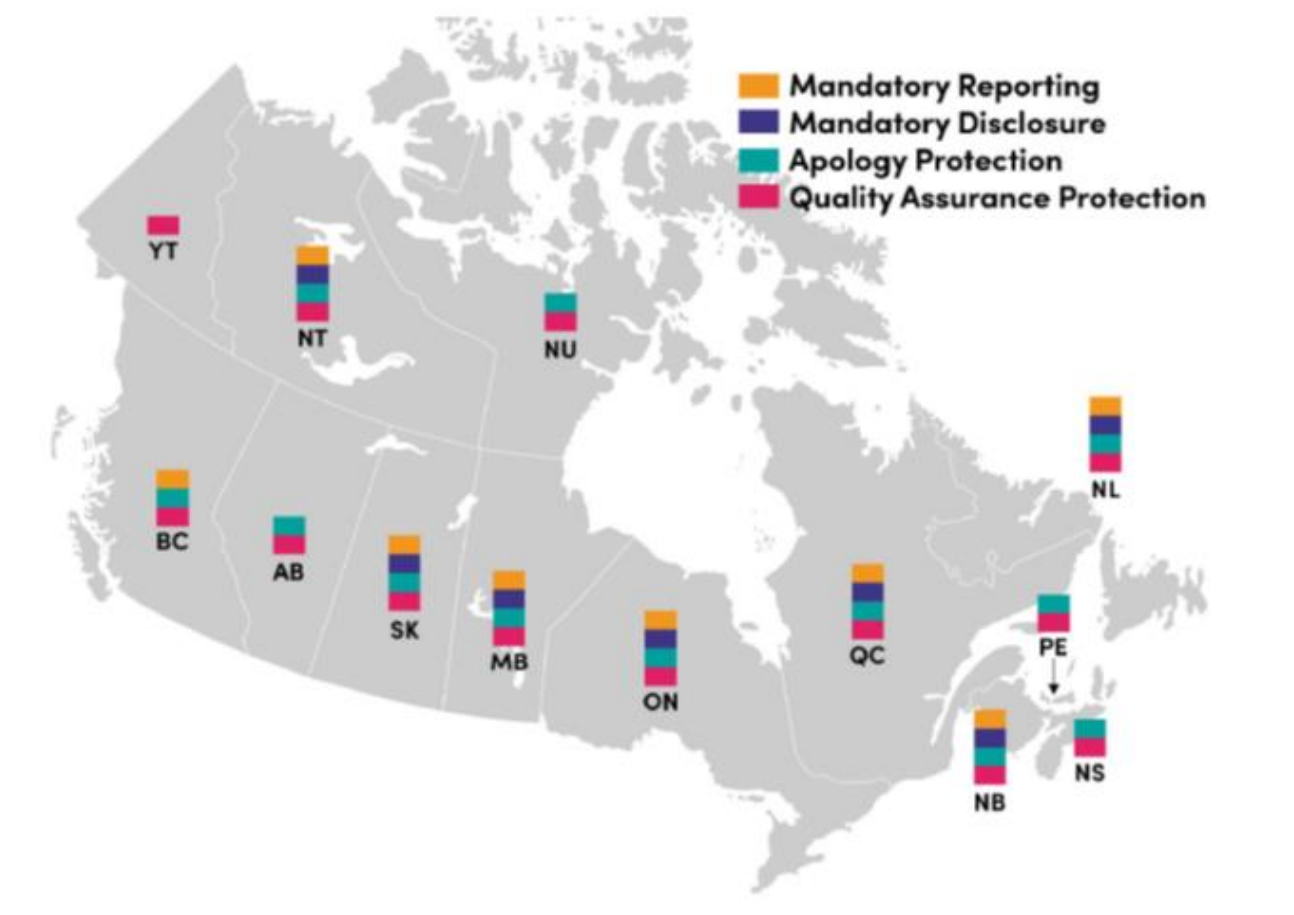
Région	Protection relative à l'assurance de la qualité	Divuligation obligatoire	Signalement obligatoire	Protection sur présentation d'excuses
	<i>recherche médicale</i> , R.M. 461/88 <i>Loi sur les renseignements médicaux personnels</i> , ch. P33.5 de la C.P.L.M., al. 11(1)d), 22(2)e)	C.P.L.M., par. 53.2(2) à (3)	<i>Règlement sur les incidents critiques</i> , R.M. 211/2006, art. 4 <i>Loi sur la preuve au Manitoba</i> , c. E150 de la C.P.L.M., art. 9 à 10	
Ont.	<i>Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins</i> , L.O. 2016, ch. 6, annexe 2 <i>Dispositions générales</i> , Règl. de l'Ont. 482/16 <i>Définitions</i> , Règl. de l'Ont. 483/16 <i>Plan annuel d'amélioration de la qualité</i> , Règl. de l'Ont. 187/15 <i>Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé</i> , LO 2004, ch. 3, annexe A, par. 7(4), 68(4), al. 51(1)a).	<i>Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous</i> , L.O. 2010, chap. 14, par. 8(2) <i>Gestion hospitalière (Loi sur les hôpitaux publics)</i> , R.R.O. 1990, Règl. 965, par. 2(4) à 2(6), a. 19(4)e), 19(5)e), 19(6)d) <i>Dispositions générales</i> , Règl. de l'Ont. 246/22 (<i>Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée</i>), art. 147	<i>Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous</i> , L.O. 2010, chap. 14, par. 8(2) <i>Gestion hospitalière (Loi sur les hôpitaux publics)</i> , R.R.O. 1990, Règl. 965, par. 2(4) à 2(6), al. 23d) <i>Dispositions générales</i> , Règl. de l'Ont. 246/22 (<i>Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée</i>), art. 1, 147	<i>Loi sur la présentation d'excuses</i> , 2009, L.O. 2009, ch. 3
Qc	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> , R.L.R.Q., ch. S-4.2, art. 76.2, 76.4, 76.5, 183.1,	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> , R.L.R.Q., ch. S-4.2, art. 8, 235.1	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> , R.L.R.Q., ch. S-4.2, art. 8, 183.2, 233,1 et par. 431(6.2)	<i>Code civil du Québec</i> , RLRQ ch. CCQ-1991, art. 2853.1

Région	Protection relative à l'assurance de la qualité	Divulgateion obligatoire	Signalement obligatoire	Protection sur présentation d'excuses
	183.3, 183.4, 190, 213, 214, 218			
N.-B.	<i>Loi sur la preuve</i>, LRN-B 1973, ch. E-11, art. 43.3 <i>Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients</i>, LN-B 2016, ch. 21. par. 2(2) à 2(3), art. 6 à 7 <i>Règlement général</i>, Règl. du N.-B. 2018-60 <i>Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé</i>, LN-B 2009, ch. P-7.05, al. 14(1)d), 40(2)b)	<i>Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients</i> , LN-B 2016, ch. 21. art. 4	<i>Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients</i>, LN-B 2016, ch. 21. art. 3 Règlement général, Règl. du N.-B. 2018-60, art. 4 à 5	<i>Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients</i> , LN-B 2016, ch. 21. art. 8
N.-É.	<i>Quality-Improvement Information Protection Act</i>, S.N.S. 2015, ch. 8 <i>Personal Health Information Act</i>, SNS 2010, ch. 41, al. 72(1)c) <i>Health Authorities Act</i>, SNS 2014, ch. 32, art. 39	--	--	<i>Apology Act</i> , S.N.S. 2008, ch. 34
Î.-P.-É.	<i>Health Services Act</i> , R.S.P.E.I. 1988, c.	--	--	<i>Health Services Act</i> , R.S.P.E.I. 1988, c. H-1.6, art. 26, 32

Région	Protection relative à l'assurance de la qualité	Divulgateion obligatoire	Signalement obligatoire	Protection sur présentation d'excuses
	H-1.6, art. 26 à 31			
T.-N.-L.	<i>Evidence Act</i>, R.S.N.L. 1990, ch. E-16, art. 8.1 <i>Access to Information and Protection of Privacy Act</i>, 2015, S.N.L. 2015, ch. A-1.2, al. 102(3)d) <i>Personal Health Information Act</i>, S.N.L. 2008, ch. P-7.01, al. 41(2)b), s.-al. 58(1)c)(i), al. 78(3)b) <i>Public Inquiries Act</i>, 2006, S.N.L. 2006, c. P-38.1, par. 12(4)	<i>Patient Safety Act</i>, S.N.L. 2017, ch. P-3.01, art. 17	<i>Patient Safety Act</i>, S.N.L. 2017, ch. P-3.01, art. 4, 5, 6, 7 <i>Access to Information and Protection of Privacy Act</i>, 2015, S.N.L. 2015, ch. A-1.2, al. 102(3)c) <i>Evidence Act</i>, R.S.N.L. 1990, ch. E-16, par. 8.1(2) à (4). <i>Personal Health Information Act</i>, S.N.L. 2008, ch. P-7.01, s.-al. 58(1)c)(ii.1), al. 78(3)c)	<i>Apology Act</i>, S.N.L. 2009, ch. A-10.1
Yn	<i>Loi sur la preuve</i> , L.R.Y. 2002, ch. 78, art. 13, 13.1	--	--	--
T. N.-O.	<i>Loi sur la preuve</i>, LRTN-O (Nu) 1988, ch. E-8, art. 13 à 15 <i>Loi sur les renseignements sur la santé</i>, LTN-O 2014, ch. 2, art. 111 <i>Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des</i>	<i>Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux</i> des Territoires du Nord-Ouest, LRTN-O 1988, ch. T-3, art. 25.2	<i>Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux</i> des Territoires du Nord-Ouest, LRTN-O 1988, ch. T-3, art. 25.1, 25.3, 25.4, 25.5 <i>Règlement sur les enquêtes et le signalement concernant les</i>	<i>Loi sur la présentation d'excuses</i>, LTN-O 2013, ch. 14

Région	Protection relative à l'assurance de la qualité	Divulgateion obligatoire	Signalement obligatoire	Protection sur présentation d'excuses
	<i>services sociaux</i> des Territoires du Nord-Ouest, LRTN-O 1988, ch. T-3, par. 1(1) et art. 25.1, 25.5 <i>Règlement concernant l'administration générale</i> , Règl. des TN-O 083-2016, art. 4		<i>incidents critiques</i> , Règl. des TN-O 002-2020	
Nt	<i>Loi sur la preuve</i> , LRTN-O (Nu) 1988, ch. E-8, art. 13 à 15	--	--	<i>Loi sur les conséquences juridiques de la présentation d'excuses</i> , LNun 2010, ch. 12
LÉGISLATION FÉDÉRALE	--	--	<i>Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses</i> (Loi de Vanessa), L.C. 2014, ch. 24, modifiant la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> , LRC 1985, ch. F-27 <i>Loi sur les aliments et drogues</i> , LRC 1985, ch. F-27, art. 21.8 Règlement sur les aliments et drogues, C.R.C., ch. 870, partie C, titre 1, par. C.01.001(1.1), art. C.01.020.1	--

Région	Protection relative à l'assurance de la qualité	Divuligation obligatoire	Signalement obligatoire	Protection sur présentation d'excuses
			<i>Règlement sur les instruments médicaux, DORS/98-282, art. 62</i>	



Description générale :

Une légende composée de carrés superposés, codifiés par couleur pour indiquer quelles politiques s'appliquent à chaque région géographique, figure dans le coin supérieur droit.

Légende

Orange : signalement obligatoire

Bleu foncé : divulgation obligatoire

Bleu sarcelle : protection sur présentation d'excuses

Rose : protection relative à l'assurance de la qualité

Données par province et par territoire

Régions disposant des quatre politiques (signalement obligatoire, divulgation obligatoire, protection sur présentation d'excuses et protection relative à l'assurance de la qualité) :

- Territoires du Nord-Ouest (T. N.-O.)
- Saskatchewan (Sask.)
- Manitoba (Man.)
- Ontario (Ont.)
- Québec (Qc)
- Nouveau-Brunswick (N.-B.)
- Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)

Régions disposant de trois politiques :

- Colombie-Britannique (C.-B.) : signalement obligatoire, protection sur présentation d'excuses et protection relative à l'assurance de la qualité.

Régions disposant de deux politiques :

- Nunavut (Nt) : protection sur présentation d'excuses et protection relative à l'assurance de la qualité.
- Alberta (Alb.) : protection sur présentation d'excuses et protection relative à l'assurance de la qualité.
- Nouvelle-Écosse/Alberta (N.-É.) : protection sur présentation d'excuses et protection relative à l'assurance de la qualité.
- Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) : protection sur présentation d'excuses et protection relative à l'assurance de la qualité.

Régions disposant d'une politique :

Yukon (Yn) : protection relative à l'assurance de la qualité seulement.