

**PRÉSENTATION À  
L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES  
DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

---

**LES ATTEINTES SEXUELLES ET LES PROFESSIONNELS  
DE LA SANTÉ**

**COMPORTEMENTS ET RAPPORTS OBLIGATOIRES**

---

**Novembre 2011**

(Mise à jour de 1998)

**G. ROBERT BASQUE, c.r.  
FORBES ROTH BASQUE  
MONCTON, N.-B.**

© 1998, 2011

## TABLE DES MATIÈRES

I.	Transgression des limites .....	3
	Vulnérabilité du patient.....	5
	Fréquence des atteintes .....	6
	Procédure relative aux plaintes .....	6
	Acceptabilité sociale .....	7
	Effets des atteintes .....	8
	L'intervention de nos tribunaux .....	8
	Anciens patients .....	11
II.	Loi relative aux professionnels de la santé .....	12
	Définition de l'atteinte sexuelle.....	12
	Mesures pour prévenir les atteintes sexuelles et y faire face .....	14
	Rapports obligatoires .....	16
	Différents types de rapports obligatoires .....	16
	Définition des professionnels de la santé.....	17
	Exigences générales relatives au signalement des atteintes sexuelles .....	17
	Liste de contrôle pour le signalement des atteintes sexuelles.....	18
	Rapports de cessation des fonctions .....	20
	Gestion des rapports obligatoires par le collège .....	21
	Mesures disciplinaires efficaces pour les atteintes sexuelles.....	21
	Accès aux décisions du comité disciplinaire .....	22
	Rapports de l'organisme chargé de l'autorisation d'exercer .....	22
III.	Observations .....	22
	Bibliographie.....	23

## LES ATTEINTES SEXUELLES ET LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

G. Robert Basque, c.r.<sup>1</sup>

*Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves.<sup>2</sup>*

*Le contact sexuel entre les thérapeutes et les patients est contraire à l'éthique, exploitant et nuisible. Il commence généralement par la violation des limites thérapeutiques appropriées.<sup>3</sup>*

### I. TRANSGRESSION DES LIMITES

Les atteintes sexuelles n'ont rien à voir avec la sexualité. Il s'agit plutôt d'abus de pouvoir. Lorsqu'un professionnel de la santé<sup>4</sup> s'engage dans des activités sexuelles avec un patient,<sup>5</sup> il « transgresse les limites, » et commet une atteinte sexuelle. Même si les relations sexuelles entre le professionnel de la santé et le patient sont spécifiquement interdites par le serment d'Hippocrate, l'histoire abonde d'indiscrétions commises par les professionnels de la santé à l'égard de leurs « patients. »

La « séance de thérapie »<sup>6</sup> est le cadre idéal pour créer une intimité exceptionnelle. Le patient et le professionnel de la santé sont isolés du monde, intensément concentrés l'un sur l'autre, explorant des émotions, des besoins et des sentiments d'insécurité. Les patients peuvent éprouver ce qu'on appelle le « transfert », où ils en viennent à considérer le professionnel de la santé comme un parent aimant en qui ils peuvent avoir une confiance totale. Ce processus peut également stimuler des sentiments chez le professionnel de la santé. Le pouvoir est un aphrodisiaque très puissant.

---

<sup>1</sup>Forbes Roth Basque, Moncton.

<sup>2</sup>Serment d'Hippocrate, 5<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ.

<sup>3</sup>Larry Strasburger, Linda Jorgenson et Pamela Sutherland, *The prevention of psychotherapist sexual misconduct: Avoiding the slippery slope*.

<sup>4</sup>Dans le présent document, les termes « professionnel de la santé » et « thérapeute » sont utilisés de tour à tour et désignent tous les professionnels qui conseillent des patients ou des clients, p. ex. les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux, les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les hygiénistes dentaires, les dentistes, le clergé, les enseignants, les avocats, etc.

<sup>5</sup>Lire aussi « client », « étudiant », « pénitent », etc.

<sup>6</sup>Utilisé dans son sens le plus large.

Le professionnel de la santé peut s'aventurer sur le terrain glissant de la transgression des limites par des actes sans importance, comme garder un patient « préféré » comme dernier rendez-vous de la journée, prolonger les séances au-delà du temps prévu, avoir des conversations téléphoniques excessives avec le patient et devenir plus souple en ce qui concerne les honoraires. La transgression des limites peut aussi comprendre une révélation de soi excessive de la part du professionnel de la santé, qui peut, avec le temps, en venir à un point où les séances de thérapie deviennent des « séances de défoulement » et, encore pire, des séances de « thérapie » pour le thérapeute. Il peut y avoir échange de cadeaux. Le professionnel de la santé peut commencer à diriger les choix personnels et professionnels du patient. Le professionnel de la santé peut parfois demander au patient de s'occuper de ses tâches domestiques ou administratives. Le professionnel de la santé peut commencer à prendre des repas avec le patient à l'extérieur du bureau.

Freud a mis les professionnels de la santé en garde contre un tel « contre-transfert » et les a déconseillés d'abuser du besoin d'amour des patients. Selon William Masters, du Masters and Johnson Institute, il est très difficile pour les professionnels de la santé de rester dans la bonne voie lorsque les patients se jettent à leur tête. Il qualifie cependant ces situations de « viol au sens de la loi » et compare le rapport de force qui existe entre le professionnel de la santé et le patient à l'avantage qu'un homme plus âgé a sur une mineure. D'après Masters, les professionnels de la santé doivent demeurer conscients que ces situations font partie intégrante de leur travail et c'est à eux de protéger le patient. Selon les spécialistes, même lorsque les professionnels de la santé pensent être amoureux, lorsqu'ils donnent suite à leurs impulsions, ils s'occupent de leurs propres besoins et non de ceux du patient.

La Cour suprême du Canada a écrit :<sup>7</sup>

*La capacité de « dominer et d'influencer » n'est pas limitée à la relation entre un élève et un enseignant. Le professeur Coleman énumère un certain nombre de situations qu'elle qualifie de rapports « de force et de dépendance. » Au nombre de ces rapports, il y a ceux existant entre le parent et l'enfant, le psychothérapeute et le patient, le médecin et le patient, le membre du clergé et le fidèle, l'enseignant et l'élève, l'avocat et le client ainsi que l'employeur et l'employé. Elle soutient que le « consentement » à des relations sexuelles dans le cadre de tels rapports est douteux en soi. Elle fait remarquer, à la p. 96 :*

*Le point commun dans les rapports de force et de dépendance est l'existence d'une association personnelle ou professionnelle sous-jacente qui engendre un déséquilibre marqué quant à la force respective des parties. L'exploitation survient lorsque la personne « puissante » profite de sa situation d'autorité pour amener la personne « dépendante » à avoir des relations sexuelles et lui cause ainsi un préjudice.<sup>8</sup>*

---

<sup>7</sup>Norberg c. Wynrib : Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes, Intervenant, (1992), 92 D.L.R. 449, 463

<sup>8</sup>Phyllis Coleman, *Sex in Power Dependency Relationships: Taking Unfair Advantage of the 'Fair' Sex*, 53

### **Vulnérabilité du patient**

Les facteurs suivants favorisent la vulnérabilité du patient :

- a. La nature de son problème ;
- b. La révélation de renseignements confidentiels au professionnel de la santé ;
- c. L'idéalisation du professionnel de la santé ;
- d. Le stress de la raison à l'origine de la consultation et la révélation de renseignements personnels.

Ces quatre facteurs rendent le patient vulnérable et augmentent l'inégalité du rapport de force inhérente à la relation entre le professionnel de la santé et le patient. Le professionnel de la santé est la partie la plus puissante simplement parce que le patient a besoin de son aide. De plus, les professionnels de la santé ont accès aux institutions<sup>9</sup> (symboles de pouvoir), ils ont reçu une instruction et une formation professionnelle et ils ont un permis pour exercer. Tous ces éléments contribuent à faire pencher la balance des pouvoirs du côté du professionnel de la santé.

Au début de leur relation avec le professionnel de la santé, les patients à la recherche d'aide sont souvent en détresse et vulnérables, espérant et croyant que le professionnel de la santé réglerait leur problème. Souvent, ils ne prennent pas de mesures pour se protéger. Il survient immédiatement une inégalité du rapport de force, le professionnel de la santé ayant les avantages de l'instruction, de l'expérience, du prestige, de l'objectivité et de l'autorité. Cette inégalité du rapport de force a amené les tribunaux à considérer le professionnel de la santé comme le fiduciaire du patient, exigeant qu'il agisse « en toute bonne foi » sans jamais profiter personnellement du pouvoir qu'il a sur son patient. Cette considération est implicite dans le principe d'abstinence de Freud, qui requiert du professionnel de la santé qu'il s'occupe uniquement des associations, et donc des intérêts et des besoins du patient, en s'abstenant de toute satisfaction personnelle.

En raison de leur vulnérabilité et de l'inégalité du rapport de force qui existe entre le patient et le professionnel de la santé, les patients sont susceptibles d'être exploités. Il est clair que l'atteinte sexuelle contre un patient par un professionnel de la santé constitue un acte contraire à l'éthique. En plus d'avoir l'obligation d'éviter les conflits d'intérêts, de respecter les confidences du patient et de demeurer objectifs, tous les professionnels ont le devoir de s'abstenir de causer des préjudices.

### **Fréquence des atteintes**

La fréquence des activités sexuelles entre les professionnels de la santé et leurs patients demeure inconnue. La plupart des études sont basées sur les réponses obtenues à des questionnaires anonymes. Selon les sondages, entre 2,9% et 13% des professionnels de la santé de sexe

---

*Albany L. Rev.* 95.

<sup>9</sup>Les systèmes de santé et d'éducation et les systèmes juridique, pharmaceutique, correctionnel et de protection sociale.

masculin et jusqu'à 5% des professionnels de la santé de sexe féminin admettent avoir eu des relations sexuelles avec leurs patients. D'après l'étude américaine qui fait autorité, 65% des psychothérapeutes ont traité des patients qui avaient eu des rapports sexuels avec leur thérapeute précédent. Seulement 8% des patients ont signalé l'incident aux autorités.<sup>10</sup>

Cette réticence reflète le sentiment très répandu qui veut que les professions aient choisi de fermer l'œil sur ce qui a trait aux contacts sexuels avec les patients. Les spécialistes estiment que les patients déposent des plaintes dans 4% des cas seulement et qu'un nombre relativement peu élevé de professionnels de la santé ont été soumis à des mesures disciplinaires sévères. Les professions sont perçues comme étant plus intéressées à tirer le rideau sur l'affaire en permettant à ces professionnels de la santé de poursuivre l'exercice de leur profession.

### **Procédure relative aux plaintes**

Le dépôt d'une plainte peut être un événement traumatisant. Le professionnel de la santé peut prétendre que le patient hallucine, exagère ou interprète mal ce qui s'est passé. C'est habituellement la parole de l'un contre celle de l'autre : « J'étais le professionnel médical avec 30 années d'expérience et un long mariage et il était le patient qui souffrait d'une maladie mentale », dit le professionnel : « C'est moi la victime dans toute cette histoire, dit-il. Je suis innocent. » D'autres excuses du professionnel de la santé sont :

- a. L'événement ne s'est pas produit;
- b. Le patient est un cas limite de trouble de la personnalité;
- c. Le patient ment;
- d. Cette invention fait partie de la maladie du patient;
- e. Le patient a menacé de monter un coup contre moi;
- f. Le patient voulait une relation sexuelle, mais j'ai refusé;
- g. Nous n'avions pas de relations sexuelles;
- h. C'était une relation sexuelle consensuelle qui a eu lieu après la rupture du lien professionnel de la santé-patient;
- i. Je traversais la crise de la quarantaine (divorce, drogues, dépression);
- j. C'est la première fois qu'un tel incident se produit;
- k. Je vais me suicider.

Le faible nombre de poursuites intentées contre les professionnels de la santé pourrait être attribuable au sexisme, étant donné que la grande majorité des cas impliquent des professionnels de la santé de sexe masculin et des patients de sexe féminin. La société a tendance à minimiser l'importance des abus commis par les hommes et elle a eu beaucoup de mal à comprendre la situation critique du patient qui devient victime d'atteintes sexuelles. Les relations entre le professionnel de la santé et le patient sont dépeintes comme l'évolution « normale » d'une relation entre deux adultes consentants. Selon les spécialistes, il est extrêmement rare qu'un patient invente une histoire.

---

<sup>10</sup>Gartrell, étude de 1986 sur les psychiatres.

## Acceptabilité sociale

L'acceptabilité sociale d'un comportement manifestement inacceptable est en grande partie due à la représentation que les médias populaires en font. Les relations entre un professionnel de la santé et son patient ont servi d'intrigue de base dans plusieurs films, entre autres *Prince of Tides* et *Basic Instinct*. Aux yeux de Hollywood, le divan du psychiatre sert autant à la séduction qu'à la thérapie. Les scénaristes — le plus souvent des hommes — semblent incapables de résister à la fantaisie de pousser l'intimité de la thérapie à son extrémité interdite. Dès que deux personnes dans une même pièce explorent les aspects les plus vulnérables de leur vie, ils deviennent amoureux! La tendance a été établie par Alfred Hitchcock, dans *Spellbound*, où Ingrid Bergman, dans le rôle d'une thérapeute très froide, aide Gregory Peck à surmonter son amnésie en devenant amoureuse de lui et devient du même coup plus chaleureuse. Il n'y a aucune relation sexuelle dans ce film, étant donné qu'il date de 1945 (avant l'invention de la sexualité). Aujourd'hui, cette limite n'est plus respectée.

Examinons trois films contemporains : Dans *Prince of Tides*, Barbra Streisand, dans le rôle de la psychiatre, devient amoureuse du frère jumeau de son patient suicidaire, joué par Nick Nolte. La sexualité fait partie de la guérison, la sienne et celle de son patient. Mariée à un violoniste efféminé, elle a besoin d'un « vrai homme », un entraîneur de football macho du Sud. Ce vrai homme la séduit, et elle est transformée en une « vraie femme. » L'intrigue a évidemment été écrite par un homme. Bien que les professionnels de la santé aient crié à l'alarme, les mordus du cinéma n'ont pas cligné de l'œil.

Dans un film encore plus bizarre, *Basic Instinct*, une psychologue bisexuelle aux tendances meurtrières (Jeanne Tripplehorn) a avec son patient (Michael Douglas) une relation que ses collègues prennent à la légère. Dans *Final Analysis*, le psychiatre joué par Richard Gere a au moins une vague idée que le fait de coucher avec la sœur de son patient est contraire à l'éthique. Mais combien de patients ont des sœurs qui ont l'air de Kim Basinger?

Dans les films, presque toutes les psychiatres succombent aux charmes de l'homme couché sur le divan. Voir *The Flame Within* (1935), *Sex and the Single Girl* (1964), *Zelig* (1983, la thérapeute, jouée par Mia Farrow, devient amoureuse de Woody Allen, dans le rôle du patient) et *The Man Who Loved Women* (Julie Andrews devient amoureuse de Burt Reynolds).<sup>11</sup> Selon Susan Fisher, professeur de psychologie à l'université de Chicago, « les films d'Hollywood présentent généralement les psychiatres comme étant incapables de respecter les limites de leur rôle professionnel. Aux yeux d'Hollywood, les atteintes sexuelles commises par le professionnel de la santé ne sont pas du tout un problème. » Dans la réalité, les cas d'infraction sexuelle impliquent surtout des professionnels de la santé de sexe masculin et des patients de sexe féminin.

Ce n'est pas mieux à la télévision. Souvenez-vous de l'enseignante américaine qui a été déclarée coupable d'avoir eu des relations sexuelles avec un de ses élèves de la 6<sup>e</sup> année, dont elle est

---

<sup>11</sup>Gabbard, co-auteur du livre *Psychiatry and the Cinema*, écrit en 1987, fournit une longue liste d'exemples.

tombée enceinte. Elle a été incarcérée pendant une certaine période. Pendant l'émission *Saturday Night Live*, la fin de semaine suivante, le présentateur a rapporté l'histoire en disant avec piquant que, « *alors que les autorités traitaient l'enseignante de pédophile, les garçons de sa classe l'avaient proclamée la meilleure enseignante qu'ils n'avaient jamais eue.* » Les spectateurs ont ri. La société ne semble pas comprendre! L'atteinte sexuelle n'a rien à voir avec la sexualité. Il s'agit plutôt d'un abus de pouvoir. Ce genre de « farce » n'aurait pas été faite si la combinaison sexuelle avait été autre que celle qui fut. Pourtant, les répercussions de l'atteinte seront aussi dévastatrices pour le garçon qu'ils ne l'auraient été pour une jeune fille.

### **Effets des atteintes sexuelles**

Les patients qui ont des relations sexuelles avec leur professionnel de la santé finissent par avoir des problèmes émotionnels plus graves que ceux qu'ils avaient au début de leur traitement. Les patients victimes d'atteintes sexuelles font beaucoup penser aux « survivants de l'inceste. »<sup>12</sup> Un grand nombre ont de la difficulté à faire confiance à leurs professionnels de la santé subséquents, et la plupart se blâment pour la relation. Un sondage mené aux États-Unis a révélé que 11% des patients qui avaient eu des relations sexuelles avec leur professionnel de la santé avaient été hospitalisés par la suite. 14% ont fait une tentative de suicide, réussie dans 1% des cas. Selon l'auteur du sondage, lorsqu'un professionnel de la santé s'engage dans des rapports sexuels avec son patient, il s'engage dans une activité potentiellement meurtrière et beaucoup plus dangereuse que la conduite en état d'ivresse.<sup>13</sup>

Un pourcentage élevé des patients qui ont des contacts sexuels avec leur professionnel de la santé subissent des préjudices. Mentionnons, entre autres, le dysfonctionnement des comportements sexuels, des troubles anxieux, la dépression, un risque accru de suicide et des troubles dissociatifs. Parfois, les préjudices occasionnés sont suffisamment graves pour nécessiter l'admission à l'hôpital psychiatrique. Les victimes luttent contre des sentiments de culpabilité, de honte, de colère, de confusion et de haine, contre l'incapacité de faire confiance aux gens et contre leur propre dévalorisation. Le processus de reconnaissance des préjudices et de rétablissement peut durer des années. Malgré l'importance du problème, la question de la prévention n'a pas encore été abordée de façon adéquate.

### **L'intervention de nos tribunaux**

Au cours des dernières années, les tribunaux se sont acheminés vers la reconnaissance de l'inégalité du rapport de force qui existe entre le professionnel de la santé et le patient.<sup>14</sup> Dans l'arrêt *Norberg c. Wynrib : Fonds d'action et d'éducation juridique pour les femmes*,

---

<sup>12</sup>Gartrell.

<sup>13</sup>Pope.

<sup>14</sup>Voir *W.(B). c. Mellor*, 16 A.C.W.S. (3d) 260 sub nom. *Weisenger c. Mellor*, Cour suprême de la Colombie-Britannique, 18 juillet 1989, décision inédite, et *Lyth c. Dagg* (1988), 46 C.C.L.T. 25, 10 A.C.W.S. (3d) 345 (Cour suprême de la Colombie-Britannique).



*Intervenant*,<sup>15</sup> un médecin avait prescrit des médicaments à une patiente, sollicitant en échange des faveurs d'ordre sexuel. La patiente était dépendante des médicaments. Le tribunal de première instance et la Cour d'appel de la Colombie-Britannique ont décidé que même si le médecin avait manqué à son devoir, la poursuite devait être rejetée étant donné que :

- a. Malgré sa pharmacodépendance, la plaignante n'était pas privée de sa capacité de raisonner, et les actes sexuels, par conséquent, étaient volontaires;
- b. La patiente n'avait subi aucun préjudice après avoir pris les médicaments, car elle en était déjà dépendante;
- c. La poursuite de la plaignante était basée sur ses propres actes illégaux.

La Cour suprême du Canada a été unanime à statuer que, étant donné l'inégalité du rapport de force entre les parties, la pharmacodépendance de la plaignante et la nature exploitante de la relation, son consentement aux actes sexuels n'était pas volontaire. Par conséquent, le défendeur a été jugé coupable de voie de fait. Le juge La Forest a écrit :

*Comme le précisent R.F.V. Heuston et R.A. Buckley, éditeurs, dans Salmond and Heuston on the Law of Torts (19<sup>e</sup> éd., Londres, Sweet & Maxwell, 1987), aux p. 564 et 565 : « On ne peut dire d'une personne qu'elle est « consentante » à moins qu'elle ne soit en mesure de choisir librement, et la liberté de choix suppose l'absence, dans son esprit, de tout sentiment de contrainte limitant l'exercice du libre arbitre ». Un « sentiment de contrainte (de nature à limiter l'exercice du libre arbitre d'une personne) peut naître dans un certain nombre de cas où il n'est pas question d'emploi de la force, de menaces d'employer la force, de fraude ou d'incapacité. En matière de responsabilité délictuelle, la notion de consentement se fonde sur une présomption d'autonomie individuelle et de libre arbitre. On présume que chacun a la liberté de consentir ou de ne pas consentir. Toutefois, cette présomption ne saurait tenir dans certains cas. Une situation de faiblesse relative peut parfois limiter le libre arbitre d'une personne. Notre notion de consentement doit donc être modifiée de manière à tenir compte du rapport de force entre les parties.<sup>16</sup>*

*...consentement qui, pour être véritable, doit avoir été donné volontairement.<sup>17</sup>  
L'inégalité du pouvoir de négociation peut revêtir un certain nombre de formes...*

*Il se peut qu'[une personne] soit plus faible sur le plan intellectuel à cause d'une maladie mentale, ou plus faible sur le plan économique ou tout simplement conjoncturel, à cause de circonstances temporaires. Subsidièrement, cette « faiblesse » peut découler d'un rapport spécial fondé sur la confiance de l'une des parties envers l'autre. L'existence d'une faiblesse relative ou d'un rapport spécial doit, dans tous les cas, être prouvée.*

---

<sup>15</sup>Précité

<sup>16</sup>p. 457.

<sup>17</sup>p. 458.

*Comme le laisse entendre la dernière phrase de cet extrait, il faut examiner les circonstances de chaque cas pour déterminer s'il y a inégalité écrasante du rapport de force entre les parties.<sup>18</sup>*

*Dans l'affaire Lyth c. Dagg (il s'agissait dans ce cas de rapports sexuels entre un enseignant et un élève de 15 ans) le juge Trainor a examiné les facteurs suivants :*

*L'agression sexuelle n'est que l'une des manières dont une personne peut en agresser une autre. Elle requiert l'examen attentif du lien existant entre les parties afin de déterminer si chacune d'elles avait la capacité de consentir, compte tenu de la nature et des conséquences de la conduite en cause et également, si l'une des parties avait plus de pouvoir ou d'ascendant que l'autre de manière à être en mesure de forcer l'autre à se soumettre à sa volonté. L'examen vise à déterminer si, compte tenu de toutes les circonstances, une personne a eu recours à la force à l'égard d'une autre et si tout consentement apparemment donné était véritable.*

*(Je souligne.)*

*Le juge Trainor a conclu que les premiers contacts sexuels entre les parties n'avaient été précédés d'aucun consentement véritable, car le défendeur avait "dominé et influencé" (le plaignant).*

*L'intimé fait valoir que la décision Lyth c. Dagg peut être distinguée de la présente affaire du fait qu'elle porte sur l'exploitation sexuelle d'un enfant par un enseignant. Je ne suis pas d'accord. Selon moi, ce qui importait dans l'affaire Lyth c. Dagg, c'était la capacité du défendeur de « dominer et d'influencer » le plaignant.<sup>19</sup>*

Dans *T.C. c. Scott*,<sup>20</sup> une femme d'Ottawa qui a été victime pendant des années des atteintes sexuelles commises par son psychiatre a reçu une somme qui, intérêts compris, s'éleva à plus de 400 000 \$.

La preuve a révélé que la plaignante souffrait de dépression. Sa relation avec sa mère et son père était très perturbée. Elle avait été abusée sexuellement par son grand-père maternel et avait été violée par un homme avec qui elle sortait. Le défendeur la connaissait depuis l'âge de cinq ou six ans. Il était un ami de ses parents et avait traité la famille.

Vers l'âge d'environ 17 ans, elle a été admise à un établissement contrôlé par le défendeur pour subir un traitement contre la dépression et le stress. Elle a été soignée par le docteur Scott. Elle a

---

<sup>18</sup> p. 459-460.

<sup>19</sup> p. 462-463.

<sup>20</sup> [1977] O.J. N° 2389.

fait plusieurs tentatives de suicide au cours des ans. Pendant son séjour à la clinique, elle a reçu des médicaments et des électrochocs.

Elle a témoigné sous serment que l'exploitation sexuelle avait commencé en mars 1985, pendant qu'elle était hospitalisée à la clinique. Elle était alors âgée de presque 26 ans. Elle a déclaré que le défendeur l'avait embrassée sur le front pour ensuite déboutonner sa blouse et embrasser ses seins. Plus tard, il l'avait emmenée faire une promenade en auto et avait pris l'initiative d'un rapport sexuel. Aucune conversation n'avait eu lieu pendant les deux incidents, mais le médecin lui avait cependant conseillé de ne pas en parler à qui ce soit. Elle a affirmé qu'elle faisait implicitement confiance au défendeur « comme son père. » Elle a déclaré qu'elle n'avait jamais pris l'initiative d'une relation sexuelle avec le défendeur. Elle a mentionné qu'elle avait besoin d'être aimée et qu'elle avait cru les déclarations d'attachement du défendeur.

En 1991, la plaignante a mis fin à la relation après avoir réalisé que le défendeur l'exploitait et lui mentait depuis des années. Elle a été incapable de travailler depuis et a reçu un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique accompagné de plusieurs symptômes débilitants, dont des maux de tête, de l'anxiété, des crises de panique, des douleurs chroniques et des troubles du sommeil. Son avenir était incertain.

Le juge de première instance a convenu que l'acte sexuel était habituellement suivi d'une séance de thérapie et qu'il prenait parfois place dès l'arrivée de la patiente. Cette dernière a indiqué qu'elle prenait des médicaments à ce moment, notamment des tranquillisants, du Librium et des pilules pour dormir. Elle a aussi mentionné que le défendeur Scott lui donnait des échantillons de médicaments.

Dans sa décision contre le défendeur, la Cour a accordé des dommages-intérêts pour manquement à une obligation fiduciaire, abus de confiance et agression sexuelle, des dommages-intérêts exemplaires pour trouble émotionnel et conduite exploitante et des dommages punitifs pour conduite répréhensible.

### **Anciens patients**

Les relations sexuelles avec d'anciens patients sont-elles plus acceptables ? Certains professionnels de la santé le pensent et certains codes de déontologie suggèrent une certaine latitude, disant que ces relations sont "presque toujours contraires à l'éthique". Mais la maxime des puristes, c'est qu'un patient demeure toujours un patient. Le transfert peut subsister quelques années après la fin de la thérapie, et la perspective d'une relation sexuelle ultérieure peut renverser le processus thérapeutique. Sans aucun doute, l'opinion majoritaire de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *R. v. Aude*<sup>21</sup> laisse entendre que c'est au professionnel d'établir que son patient n'est plus dépendant de lui.

---

<sup>21</sup>(1996), 175 R.N.-B. 81.

## II. LOI RELATIVE AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ<sup>22</sup>

La proclamation en 1996 de la *Loi relative aux professionnels de la santé*<sup>23</sup> a introduit au Nouveau-Brunswick une nouvelle norme de réglementation de la transgression des limites. La *Loi* s'applique à plusieurs collèges.<sup>24</sup> Elle est modelée sur la loi de l'Ontario.<sup>25</sup>

La disposition prohibitive s'applique à tous les groupes professionnels, peu importe la nature de leur interaction éventuelle avec patients ou clients. Par conséquent, les relations « consensuelles » entre un patient et un médecin, une infirmière, un diététiste ou un psychologue sont vus du même œil. Il n'est pas nécessaire de démontrer la véritable nature de la relation qui existe entre les parties, pourtant que l'inégalité du rapport de force existe.

La *Loi concernant l'Ordre des hygiénistes dentaires du Nouveau-Brunswick* reprend ces dispositions. Sans elles, le gouvernement ne l'aurait jamais approuvé.

Les dispositions relatives aux atteintes sexuelles comportent quatre éléments principaux :

- a. Une définition de l'atteinte sexuelle ;
- b. L'obligation pour chaque collègue d'élaborer des mesures pour prévenir les actes d'atteintes sexuels parmi ses membres;
- c. Le rapport obligatoire des cas d'atteinte sexuelle;
- d. La modification des mesures disciplinaires pour aborder les allégations d'atteinte sexuelle avec plus d'efficacité et de sensibilité.

### L'atteinte sexuelle

Le terme « abus sexuel » est préféré à « acte d'inconduite sexuelle ». Cette préférence reflète probablement la volonté de faire comprendre :

- a. Qu'une telle conduite constitue un abus de confiance et un manquement aux obligations fiduciaires du professionnel de la santé à l'égard du patient et qu'elle est contraire à l'éthique ;<sup>26</sup>
- b. Que la définition de l'abus sexuel a une plus grande portée que celle des actes sexuels importuns. Certaines interprétations, par exemple, du terme actes sexuels « importuns » ont suggéré qu'elle ne se limite pas uniquement à des mots.<sup>27</sup>

---

<sup>22</sup> Chapitre 82, L.N.-B. 1996.

<sup>23</sup> 1<sup>er</sup> mai 1997.

<sup>24</sup> Les pharmaciens, opticiens d'ordonnances, les denturologistes, les diététistes, les travailleurs sociaux, les dentistes, les infirmières, les techniciens de laboratoire médical, les ergothérapeutes, les optométristes, les psychologues, les podiatres, les physiothérapeutes, les infirmières auxiliaires immatriculées, les orthophonistes et les audiologistes sont également visés par la *Loi*. La *Loi médicale* comporte des dispositions semblables.

<sup>25</sup> *Loi sur les professions de la santé réglementées*.

<sup>26</sup> *Norberg c. Wynrib*, [1992] 2 R.C.S. 224, *Rapport du Groupe de travail sur l'agression sexuelle des patients* (1991 : Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Toronto) p. 78.

<sup>27</sup> *Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario et Lambert* (1992), 11 O.R. (3d) 545 (Cour divisionnaire).

La définition est la suivante :

36(2) *L'abus sexuel d'un patient par un membre s'entend :*

- a) *des rapports sexuels ou des autres formes de relations physiques sexuelles entre le patient et lui;*
- b) *de ses attouchements sexuels sur la personne du patient;*
- c) *de son comportement ou de ses remarques de nature sexuelle à l'égard du patient.*

36(3) *Pour l'application du paragraphe (2), l'expression « de nature sexuelle » exclut les attouchements, les comportements ou les remarques de nature clinique propres au service dispensé.*

En vertu de cette définition, seul un patient peut être victime d'abus sexuel. Il restera la difficulté de déterminer dans quelle mesure la relation entre l'hygiéniste dentaire et le patient est terminée.<sup>28</sup> Lorsque la relation entre l'hygiéniste dentaire et le patient a pris fin, mais que l'hygiéniste dentaire continue d'avoir une influence sur le patient, la conduite peut toujours être considérée importune en vertu des autres définitions de l'inconduite. Dans le même ordre d'idée, l'inconduite sexuelle avec des gens qui n'ont jamais été des patients peut aussi constituer d'autres formes de faute professionnelle.<sup>29</sup>

Les hygiénistes dentaires qui fournissent suffisamment de traitements à leur conjoint ou amant pour en faire des patients sont visés par cette définition. Pratiquement toute évaluation ou tout traitement d'une personne (sauf en cas d'urgence peut-être) font de cette personne un patient de l'hygiéniste dentaire. Cette situation peut occasionner des difficultés pour les hygiénistes dentaires qui vivent dans des localités isolées où il existe peu ou pas d'options pour le traitement de leur conjoint ou amant.

La disposition relative aux exceptions assure que les procédures cliniques appropriées, telles que des questions sur le passé sexuel, ne constituent pas des atteintes sexuelles. L'exception crée un critère objectif et peut être établie par des témoignages d'expert. Cependant, l'expression « les attouchements, une conduite ou des remarques de nature clinique appropriés au service dispensé » n'aborde peut-être pas manifestement la question des services offerts de la manière appropriée, mais qui, en fait, sont dispensés à des fins sexuelles. Un médecin peut effectuer un examen des seins pour des raisons cliniques, alors qu'en fait, un tel examen n'était pas médicalement nécessaire.<sup>30</sup> Ces défaillances peuvent toujours être abordées en vertu des

---

<sup>28</sup> *Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et V.* (1985), 51 O.R. (2d) 549 (Cour divisionnaire), *Hirt c. College of Physicians and Surgeons of British Columbia* (1986), 34 D.L.R. (4<sup>e</sup>) 331 (Cour d'appel de la Colombie-Britannique).

<sup>29</sup> *Cwinn et Barreau du Haut-Canada* (1988), 28 O.R. (2d) 61 (Cour divisionnaire) et l'affaire *Brand et College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan* (1990), 72 D.L.R. (4<sup>e</sup>) 446 (Cour d'appel de la Saskatchewan).

<sup>30</sup> *R.V. Cameron*, (1995), 136 Nfld et PEIR 105 (Cour d'appel de l'Île-du-Prince-Édouard). Un interne a effectué, de façon répétitive, l'examen des seins d'une patiente qui souffrait de problèmes intestinaux et d'une autre

dispositions d'« application générale » prévoyant la faute professionnelle.<sup>31</sup> Réciproquement, toute remarque sexuelle injustifiée d'une hygiéniste dentaire à l'égard d'un patient constitue une atteinte sexuelle.

La définition prévue par la *Loi* ne peut être modifiée par règlement comme la plupart des autres définitions de faute professionnelle. Il s'agit d'une disposition de fond qui ne s'applique probablement pas aux fautes survenues avant la proclamation de la *Loi*.<sup>32</sup> En ce qui concerne les fautes commises avant la proclamation de la *Loi*, les collèges et les sociétés peuvent avoir recours à l'une ou l'autre des mesures suivantes :

- a. Intenter une poursuite en vertu de la définition de la faute professionnelle qui existait au moment où la faute a été commise, le cas échéant;
- b. Poursuivre le membre pour incompétence en tenant compte du fait que la définition de l'incompétence ne prévoit pas de peine pour les fautes commises dans le passé, mais protège plutôt le public contre les fautes ultérieures du membre.<sup>33</sup>
- c. Poursuivre le membre pour avoir fourni de faux renseignements sur sa demande d'enregistrement ou sur les formules de renouvellement de l'enregistrement, s'il y a lieu;
- d. Poursuivre le membre en vertu de la définition actuelle des atteintes sexuelles en tenant compte du fait qu'une telle poursuite est maintenant permise conformément à la décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire de *Brosseau*.<sup>34</sup>

### Mesures pour prévenir les atteintes sexuelles et y faire face

Chaque collègue doit élaborer un programme sur les relations avec les patients qui incorpore des mesures pour prévenir les atteintes sexuelles des patients ou pour y faire face. Ces mesures doivent comprendre :

- a. L'éducation des membres sur les atteintes sexuelles ;
- b. Des lignes directrices pour la conduite des membres avec les patients ;
- c. La fourniture au public de renseignements sur ces lignes directrices ;
- d. L'information du public sur les procédures de plaintes prévues par la *Loi*.<sup>35</sup>

Les attentes du Ministère de la Santé en matière de prévention des atteintes sexuelles pourraient comprendre :

---

qui souffrait de maux de tête.

<sup>31</sup>*Hasan c. Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick* (1994), 152 R.N.-B. (2<sup>e</sup>) 230 (Cour d'appel).

<sup>32</sup>L'affaire *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada* [1991] 1 C.F. 529 (Cour d'appel fédérale), *Edwards c. Ontario College of Certified Social Workers*, décision inédite de la Cour divisionnaire de l'Ontario, publiée le 25 mai 1993, l'affaire *Tse et Collège des médecins et des chirurgiens de l'Ontario* (1979), 23 O.R. (2d) 649 (Cour divisionnaire) et l'affaire *Tse et Collège des médecins et des chirurgiens de l'Ontario* (1978), 18 O.R. (2d) 546 (Cour divisionnaire).

<sup>33</sup>L'affaire *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*, [1991], 1 C.F. 529 (Cour d'appel fédérale), *Brosseau c. Commission des valeurs mobilières de l'Alberta*, [1989] 1 R.C.S. 301.

<sup>34</sup>*Brosseau c. Commission des valeurs mobilières de l'Alberta*, [1989] 1 R.C.S. 301.

<sup>35</sup>*Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 65.

- a. Un énoncé de principe exprimant le point de vue du collège ou de la société concernant les atteintes sexuelles;
- b. Une évaluation des pratiques actuelles relatives aux atteintes sexuelles, y compris un examen des plaintes et du processus disciplinaire afin d'évaluer :
  - i. les modalités des enquêtes sur les plaintes ;
  - ii. la communication avec les plaignants ;
  - iii. les pratiques adoptées pendant l'audience du comité disciplinaire ;
  - iv. la collecte de données sur les plaintes reçues, sur le genre de plaintes et sur leur règlement final afin de pouvoir suivre les tendances et déceler les problèmes ;
- c. Établir des lignes directrices sur le comportement professionnel et la conduite à observer avec les patients, couvrant des questions comme les suivantes :
  - i. les personnes qui constituent des patients ou des clients,
  - ii. les risques particuliers que courent les membres de la profession qui s'engagent dans des actes d'abus sexuel,
  - iii. le respect des limites appropriées,
  - iv. les comportements appropriés et non appropriés avec les patients,
  - v. l'initiative, le maintien et la résiliation des relations personnelles avec les patients,
  - vi. les aspects multiculturels de l'exercice de la profession;
- d. Élaborer des programmes d'éducation professionnelle pour l'éducation continue des membres et des candidats à l'enregistrement, afin de :
  - i. créer un climat qui dépeint les dangers réels et présents associés aux atteintes sexuelles,
  - ii. sensibiliser les membres aux conséquences des atteintes sexuelles des patients,
  - iii. sensibiliser les membres à la conduite qui constitue les atteintes sexuelles et à ses répercussions sur les patients,
  - iv. étendre la sphère des connaissances sur la sexualité humaine, sur les limites professionnelles à respecter et sur les relations appropriées entre le professionnel de la santé et le patient,
  - v. reconnaître la révélation subtile et indirecte des patients victimes d'abus sexuel antérieures,
  - vi. renseigner les professionnels de la santé sur la façon de gérer et de signaler la révélation d'atteintes sexuelles antérieures,
  - vii. informer les professionnels de la santé des exigences de la *Loi*, ce qui comprend les définitions données dans la *Loi*, les exigences visant les rapports obligatoires et les peines prévues.
- e. Éduquer le personnel et les membres des comités du collège qui ont des liens avec des patients victimes d'abus sexuel, enquêter sur les allégations d'abus sexuel ou les entendre, ce qui comprend :
  - i. faire l'inventaire du personnel et des membres de comités qui ont des contacts directs avec le public ou avec des patients victimes d'atteintes sexuelles,
  - ii. les sensibiliser aux questions des atteintes sexuelles;
  - iii. acquérir des aptitudes adéquates à la communication;
- f. Éduquer le public, pour :
  - i. communiquer la politique de tolérance zéro du collège;

- ii. sensibiliser le public aux actes qui constituent une atteinte sexuelle et aux manières de faire face aux atteintes sexuelles à l'aide d'un plan de communication efficace destiné au public qui a des contacts avec des membres de la profession;
- iii. Étudier l'effet des dispositions relatives aux atteintes sexuelles et recommander des changements, y compris la modification des règlements pertinents.<sup>36</sup>

Le Collège doit présenter un rapport du programme de prévention au ministre dans les deux ans suivant la proclamation de la *Loi* et dans les 30 jours suivants la demande du ministre.<sup>37</sup>

### Rapports obligatoires

Cet aspect de la *Loi* est celui qui suscitera probablement le plus de controverse. Deux types de rapports obligatoires sont prévus par les dispositions relatives aux atteintes sexuelles :

- a. L'obligation générale de rapporter les cas d'abus sexuel;<sup>38</sup>
- b. Les rapports de cessation des fonctions déposés par les personnes qui mettent fin à une relation avec un professionnel de la santé.<sup>39</sup>

### Différents types de rapports obligatoires

Type de rapport	Responsable du rapport	Contenu du rapport	Échéance
Abus sexuel (général)	Tous les professionnels de la santé.	Abus sexuel	Dans les 21 jours suivant l'acquisition de motifs raisonnables de croire que l'abus a été perpétré.
Cessation des fonctions	Certaines professions qui terminent ou comptent terminer l'emploi, révoquer, suspendre ou restreindre les privilèges d'un professionnel de la santé ou dissoudre un partenariat ou une association avec un professionnel de la santé. Les modifications apportées à la <i>Loi sur le Collège des psychologues</i> ne renferment pas une telle disposition.	Faute professionnelle, incompétence ou incapacité	Dans les 30 jours suivant la fin de la relation.

<sup>36</sup>Exposé de Vahe Kehyayan (coordonnateur des professions de la santé, Direction des relations professionnelles du ministère de la Santé) sur les programmes de prévention de l'abus sexuel présenté à une réunion sur les survivants de l'abus sexuel tenue conjointement par les professionnels de la santé, les avocats, les corps administratifs des professions de la santé réglementées et les associations professionnelles le 28 octobre 1993.

<sup>37</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 65(4).

<sup>38</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, article 37.

<sup>39</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, article 38.



### Définition des professionnels de la santé

La définition de « professionnel de la santé » est importante :

*« professionnel de la santé » désigne une personne qui dispense un service lié :*  
a) *soit à la préservation ou à l'amélioration de la santé des personnes;*  
b) *soit au diagnostic, au traitement ou aux soins des blessés, des malades, des personnes handicapées ou des infirmes,*  
*et qui est régie en vertu d'une loi d'intérêt privé de la Législature relativement à la prestation du service, et comprend notamment un travailleur social immatriculé en vertu de la Loi de 1988 sur l'Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick.<sup>40</sup>*

La *Loi* ne comporte aucune disposition prévoyant les rapports des professionnels de la santé qui traitent un autre professionnel de la santé qui a commis une atteinte sexuelle à l'égard d'un patient.

En plus des rapports obligatoires statutaires, chaque collègue a le pouvoir d'établir des règlements décrivant les fautes professionnelles qui doivent être signalées. Cependant, de tels règlements s'appliqueront uniquement aux membres du collège qui aura adopté ces règlements et n'auront pas de force obligatoire pour les membres d'autres collèges.

### Exigences générales relatives au signalement des atteintes sexuelles

L'obligation de rapporter les cas d'atteintes sexuelles perpétrés par des membres de autres professions est une caractéristique véritablement expansive de cette modification. Cependant, certains aspects réduisent en quelque sorte la portée des dispositions. L'article stipule :

*37(1) Commet une faute professionnelle le membre qui, dans l'exercice de la profession, a tout lieu de croire qu'un autre professionnel de la santé a abusé sexuellement un patient ou un client et ne dépose pas auprès de l'organe directeur du professionnel de la santé de rapport écrit conformément au paragraphe (4) dans les vingt et un jour qui suivent les circonstances qui lui ont donné tout lieu de croire qu'il y avait eu commission d'un abus sexuel.*

D'abord, l'abus présumé peut seulement mettre en cause un patient ou un client. Ensuite, le rapport est obligatoire seulement si l'information a été obtenue "au cours de l'exercice de la profession". Par conséquent, il n'est pas nécessaire de rapporter l'information apprise d'une autre source, peu importe son degré de fiabilité.

---

<sup>40</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires, article 2.*

L'exigence visant le rapport obligatoire des cas d'abus sexuel s'applique à tous les professionnels de la santé. La liste de contrôle ci-dessous vous aidera à déterminer si vous avez l'obligation légale de signaler un cas d'abus sexuel

### **Liste de contrôle pour le signalement des atteintes sexuelles**

Les atteintes sexuelles doivent être signalées lorsque la réponse obtenue aux six questions ci-dessous est "oui".

1. **Connaissez-vous le nom de l'auteur présumé des atteintes sexuelles ?** Il n'est pas obligatoire de signaler un cas d'abus sexuel lorsqu'on ne connaît pas le nom de l'auteur présumé.<sup>41</sup> Les obligations du membre qui dépose le rapport ne sont pas claires dans les cas où il ne connaît pas le nom de l'auteur présumé, mais pourrait probablement le découvrir en vérifiant, par exemple, le dossier médical du patient.
  2. **L'auteur présumé est-il membre enregistré du collège d'une profession de la santé?** Le rapport est obligatoire même si le membre qui dépose le rapport appartient à une profession différente de celle de l'auteur présumé des atteintes sexuelles.<sup>42</sup> Pour vérifier si la personne est membre enregistré d'un collège, vous pouvez téléphoner au collègue chargé de réglementer la profession de la santé exercée par cette personne.
  3. **L'autre personne en cause était-elle un patient de l'auteur présumé des atteintes sexuelles ?** Les modifications apportées aux dispositions relatives aux atteintes sexuelles ont pour but de faire face aux atteintes sexuelles des patients et non de s'immiscer dans la vie privée des praticiens.
  4. **La conduite du professionnel de la santé a-t-elle occasionné l'une des activités suivantes ou plus ?**
    - (a) **des rapports sexuels ou d'autres formes de relations physiques sexuelles ;**
    - (b) **des attouchements de nature sexuelle ;**
    - (c) **des comportements ou des remarques de nature sexuelle.**
- L'expression « nature sexuelle » ne comprend pas les attouchements, les comportements ou les remarques d'ordres cliniques appropriés au service dispensé. Les questions sur le passé sexuel et les examens physiques ne constituent pas des abus sexuel.
5. **Les renseignements sur les atteintes sexuelles présumées ont-ils été obtenus au cours de l'exercice de votre profession ?** Le rapport est obligatoire lorsque le membre qui dépose le rapport acquiert, au cours de l'exercice de sa profession, des motifs raisonnables de croire qu'un autre professionnel de la santé a commis une atteinte

---

<sup>41</sup>Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires, paragraphe 37(2).

<sup>42</sup>Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires, paragraphe 37(6).

sexuelle envers son patient.<sup>43</sup> Le rapport obligatoire n'est pas destiné à couvrir les renseignements appris dans votre vie privée (p. ex. à un cocktail). Cependant, au cours de l'exercice de votre profession, les renseignements peuvent vous parvenir de n'importe quelle source et comprennent les renseignements divulgués par un patient, un collègue ou un employé ou obtenus à partir d'observations personnelles faites dans le cadre de vos fonctions (p. ex. des conversations entendues par hasard). Le fait que d'autres praticiens enregistrés aient été présents et pourraient avoir déposé un rapport ne vous dégage pas de votre propre obligation.

6. **Vos renseignements constituent-ils des « motifs raisonnables »?** Cette question fait souvent appel à notre bon sens. Une simple rumeur ou une insinuation (p. ex. quelqu'un qui connaît à peine X dit que "tout le monde sait que X couche avec ses patients," sans pouvoir donner de détails précis, ne constitue pas un motif raisonnable. Cependant, des renseignements concrets issus d'une source habituellement fiable (p. ex. un collègue vous signale que le patient Y lui a révélé que le praticien X lui avait caressé les seins sans bonne raison) constitueraient normalement un motif raisonnable, même si vous n'avez pas parlé à l'une des personnes directement en cause.

Si un patient vous signale un incident précis qui constitue une atteinte sexuelle, vous aurez, dans la plupart des cas, des motifs raisonnables et probables. Le seuil établi pour le rapport obligatoire, c'est-à-dire "des motifs raisonnables de croire", donne lieu à des doutes. Il semble qu'il ne soit pas obligatoire de déposer un rapport si l'allégation du patient n'est simplement pas plausible d'un point de vue objectif. Qu'arrive-t-il, cependant, si le praticien qui entend une telle allégation ne la croit tout simplement pas ou prétend ne pas la croire? Les mots mentionnés ci-dessus se comparent à ceux qui sont utilisés dans d'autres lois qui prévoient des formes de rapports obligatoires semblables.<sup>44</sup>

Signalons également la difficulté de soumettre une telle omission de signalement à une mesure disciplinaire. Il faudrait que la plainte émane d'un plaignant qui aurait fourni des renseignements à un praticien pour découvrir plus tard que le rapport n'a jamais été déposé.

Néanmoins, malgré ces lacunes, cette disposition pourrait bien avoir l'effet le plus direct sur les professionnels de la santé. L'expérience antérieure relative aux rapports dénonçant des médecins démontre une « prise en charge » accrue de la part des infirmières, des travailleurs sociaux et d'autres en ce qui concerne l'avancement de ce dossier.<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 37(1).

<sup>44</sup> « ...qui devraient raisonnablement l'amener à soupçonner que l'enfant est victime... », *Loi sur les services à la famille*, L.N.-B., chapitre F-22, paragraphe 30(3).

« ...qui devraient raisonnablement amener le médecin à soupçonner... », *Loi sur les véhicules à moteur*, L.N.-B., chapitre M-17, paragraphe 309(1).

<sup>45</sup> La question de l'application rétroactive de cette disposition et d'autres n'est pas claire. Est-ce qu'il est obligatoire de signaler des actes ou des renseignements antérieurs à l'entrée en vigueur de ces dispositions ?

Les collèges peuvent encourager les membres à déposer un rapport volontaire même si le rapport obligatoire n'est pas nécessaire (p. ex., le membre qui dépose le rapport peut seulement partiellement identifier l'auteur des atteintes sexuelles).

Si les renseignements qui motivent le membre à déposer un rapport ont été obtenus de son patient, le membre qui dépose le rapport doit, avant de déposer son rapport, s'efforcer d'aviser le patient de son obligation de déposer un rapport.<sup>46</sup>

Le rapport obligatoire doit être déposé par écrit auprès du secrétaire général du collège dont l'auteur présumé des atteintes sexuelles est membre. Le rapport doit être déposé dans les 21 jours suivant l'obtention des motifs raisonnables.<sup>47</sup> Le rapport obligatoire doit comprendre :

- a. le nom du membre qui dépose le rapport ;
- b. le nom de l'auteur présumé des atteintes sexuelles ;
- c. les renseignements dont dispose le membre sur les atteintes sexuelles présumé ; et
- d. le nom du patient, s'il est connu et si le patient consent par écrit à l'inclusion de son nom dans le rapport.<sup>48</sup>

Le membre qui dépose le rapport peut seulement inclure le nom de la victime présumée si le patient a donné son consentement par écrit. Si le patient en est incapable, le représentant du parent (p. ex. un parent ou un gardien) peut donner le consentement.<sup>49</sup> Le consentement doit être un consentement informé, exigeant que le membre qui dépose le rapport explique la nécessité du consentement et les résultats probables du consentement.

Aucune poursuite civile ne peut être intentée contre un membre qui dépose un rapport en toute bonne foi.<sup>50</sup> Un membre qui dépose un rapport volontaire jouit d'une protection semblable en vertu de la jurisprudence.<sup>51</sup>

### **Rapports de cessation des fonctions**

Les rapports de cessation des fonctions relèvent des personnes qui ont un certain contrôle sur les praticiens et qui ont accès à des renseignements sur leur pratique. Les personnes suivantes, en particulier, doivent déposer des rapports de cessation des fonctions :

- a. la personne qui met fin à l'emploi d'un membre ;
- b. la personne qui révoque suspend ou restreint les privilèges d'un membre ;

---

*Brousseau c. Commission des valeurs mobilières de l'Alberta* (1989), 93, NR 1 (Cour suprême du Canada).

<sup>46</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 37(3).

<sup>47</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 37(1).

<sup>48</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 37(5).

<sup>49</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 37(5).

<sup>50</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 37(7).

<sup>51</sup> *Sussman c. Eales* (1985), 1 C.P.C. (2d) 14 (Haute Cour de justice de l'Ontario), *Carnahan c. Coates* (1990), 47 B.C.L.R. (2d) 127 (Cour suprême).

- c. la personne qui a l'intention de procéder à l'une des mesures ci-dessus, mais qui ne le fait pas parce que le membre a donné sa démission ou volontairement renoncé à ses privilèges<sup>52</sup> ; ou
- d. la personne qui dissout un partenariat ou une association avec un membre ;<sup>53</sup>

L'emploi, les privilèges, le partenariat ou l'association doivent, bien sûr, exister en vue de dispenser des services de santé. Les patients du praticien sont exemptés du dépôt du rapport de cessation des fonctions.<sup>54</sup>

Le rapport de cessation des fonctions doit être déposé lorsque la mesure ou la mesure envisagée est prise parce que la conduite du praticien constitue une faute professionnelle, de l'incompétence ou de l'incapacité. Le rapport doit être déposé dans les trente jours suivant l'événement qui est à son origine.

Aucune poursuite civile ne peut être intentée contre un membre qui dépose un rapport en toute bonne foi, et il ne subira non plus aucunes représailles de son milieu de travail. Un membre qui dépose un rapport volontaire jouit d'une protection semblable en vertu de la jurisprudence.<sup>55</sup>

### **Gestion des rapports obligatoires par le Collège**

Les rapports obligatoires ne sont pas des plaintes.<sup>56</sup> Ils constituent plutôt des renseignements reçus par le secrétaire général. Cependant, lorsque l'identité du patient demeure inconnue, toute mesure prise pour aviser l'auteur présumé des atteintes sexuelles du rapport peut mettre le patient à risque, étant donné que l'auteur présumé pourrait identifier le patient à partir des renseignements contenus dans le rapport. Le secrétaire général pourrait avoir à assurer le caractère confidentiel du rapport en attendant d'obtenir des renseignements supplémentaires. Certains collègues demandent au membre, après une certaine période, d'approcher le patient pour lui demander s'il est prêt à fournir des renseignements. Les patients qui hésitent à être identifiés sont parfois prêts à fournir des renseignements dès qu'ils apprennent que d'autres personnes font des allégations semblables.

### **Mesures disciplinaires efficaces pour les atteintes sexuelles**

Les modifications des dispositions relatives aux atteintes sexuelles ont donné lieu à des changements des procédures ayant trait aux plaintes, aux enquêtes et aux mesures disciplinaires. Ces changements visent généralement à rendre le processus disciplinaire plus efficace et plus juste à l'endroit des patients. Le comité disciplinaire, en ordonnant la révocation de la licence,

---

<sup>52</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, article 38(2).

<sup>53</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 38(4).

<sup>54</sup> *Loi sur l'Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 38(3).

<sup>55</sup> *Sussman c. Eales*, *supra*.

<sup>56</sup> Proposition de l'étude de Scharwtz, 1986, section 28.01.

peut interdire au membre de demander son rétablissement avant l'expiration d'un certain délai.<sup>57</sup>

### Accès aux décisions du comité disciplinaire

Le public doit être avisé de la suspension ou de la révocation de la licence d'un membre.<sup>58</sup>

### Rapports de l'organisme chargé de l'autorisation d'exercer

Dans les deux mois suivants, la fin de chaque année, le Collège doit faire un rapport au ministre de la Santé sur les plaintes reçues au cours de l'année civile relativement aux atteintes sexuelles des patients par des membres.<sup>59</sup> Le rapport doit contenir les renseignements suivants :

- a. le nombre de plaintes reçues au cours de l'année ;
- b. en ce qui concerne chaque plainte :
  - i. la date du dépôt de la plainte ;
  - ii. une description de la plainte en termes généraux non-identificateurs ;
  - iii. la décision du comité des plaintes et la date de la décision ;
  - iv. la décision du comité disciplinaire, la mesure disciplinaire imposée et la date de la décision du comité, si le cas est renvoyé au comité disciplinaire ;
  - v. la date et le résultat de l'appel, si le cas fait l'objet d'un appel ;
- c. en ce qui concerne les plaintes reçues dans les années antérieures, un rapport sur l'état des plaintes si les procédures décrites ci-dessus n'ont pas été terminées au cours de l'année où la plainte a été déposée.

## III. OBSERVATIONS

Les dispositions de la loi de l'Ontario s'attaquent avec plus de force aux problèmes des atteintes sexuelles. Elles prévoient divers programmes financiers destinés à procurer des soins aux victimes d'atteintes sexuelles commis par des professionnels de la santé.<sup>60</sup> Au Nouveau-Brunswick, aucune disposition ne prévoit les cas où une atteinte sexuelle est signalée au professionnel de la santé qui traite le praticien qui a commis les atteintes sexuelles.

Les répercussions des modifications se feront ressentir avec le temps. Certains organismes chargés de l'autorisation d'exercer continueront de disposer de ressources restreintes, ce qui pourrait compliquer la mise en œuvre des lois. Les organismes chargés de l'autorisation d'exercer qui manquent à leur devoir d'assurer la protection du public et qui semblent plus réceptifs à l'égard de leurs membres qu'à l'égard des patients de ces derniers seront soumis à des examens rigoureux et à la critique. Les mécanismes prévus par la *Loi* sont inutiles si on ne s'en sert pas.<sup>61</sup>

---

<sup>57</sup> *Ordre des hygiénistes dentaires*, sous-alinéa 57(1)(o).

<sup>58</sup> *Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 58(2).

<sup>59</sup> *Ordre des hygiénistes dentaires*, paragraphe 65(6).

<sup>60</sup> *Code des professions de la santé*, article 85.7.

<sup>61</sup> Un récent cas survenu à l'Île-du-Prince-Édouard constitue un bon exemple. Un médecin a été rendu

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Bacorn, C.N. et Dixon, D.N. *The effects of touch on depressed and vocationally undecided patients*, *Journal of Counseling Psychology*, 31, 1984, p. 488-496.
2. Cavanaugh, J.L., Jr. et Rogers, R. (éditeurs). *Informed consent* (numéro spécial), *Behavioral Sciences and the law*, 2(3), 1983.
3. Cohen, R.J. *Malpractice. A guide for mental health professionals*, Free Press, New York, 1979.
4. Deardorff, W.W., Cross, H.J. et Hupprich, W.R. *Malpractice liability in therapy: patient and practitioner perspectives*, *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 1984, p. 590-600.
5. Fisher, J.D., Rytting, M. et Heslin, R. *Affective and evaluative effects of an interpersonal touch*, *Sociometry*, 39, 1976, p. 419-421.
6. Goodman, M. et Teicher, A. *To touch or not to touch*, *Therapy*, 25, 1988, p. 492-500.
7. Harris, M. *Tort liability of the psychotherapist*, *University of San Francisco Law Review*, 8, 1973, p. 405-436.
8. Van de Creek, L., Knapp, S. et Herzog, C. (sous presse). *Malpractice risks in the treatment of dangerous patients. Therapy: Theory, Research and Practice*.
9. Wright, R.H. *Psychologists and professional liability (malpractice) insurance: A retrospective review*, *American Psychologist*, 36, 1981, p. 1485-1493.
10. Wright, R.H. *What to do until the malpractice lawyer comes: A survivor's manual*, *American Psychologist*, 36, 1981, p. 1535-1541.
11. Jorgenson, Linda et Sutherland, Pamela. *A breach of trust: Attorney-Client Sexual Contact*, procès, septembre 1993.
12. *Newsweek. Sex and Psychotherapy*, 13 avril 1992, p. 53.
13. Strasburger, Larry, Jorgenson, Linda et Sutherland, Pamela. *The prevention of psychotherapist sexual misconduct: Avoiding the slippery slope*.
14. Gartrell, N., Herman, J., Olarte, S. et coll. *Psychiatry-patient sexual contact: results of a national survey, I. Prevalence*, *American Journal of Psychiatry*, 143, 1986, p. 1126-1131.
15. Pope, K.S. *Therapist-patients sex syndrome: a guide for attorneys*. Dans G.O. Gabbard (éd.), *Sexual exploitation in professional relationships*, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1989, p. 39-55.
16. Sanderson, B. (éd.). *It's Never O.K.: A Handbook for Professionals on Sexual Exploitation by Counsellors and Therapists*. Minnesota Department of Corrections, St. Paul, MN, 1989, p. 24, 35.
17. Schoner, G.R., Milgrom, J.H. Gonsiorek, J.C. et coll. *Psychotherapists' Sexual Involvement with Clients: Intervention and Prevention*, Walk-In Counselling Center, Minneapolis, MN, 1989, p. 75, 95, 145, 401-449, 453, 558.

---

coupable d'abus sexuel contre trois patientes et a été incarcéré. (*R. c. Cameron* (1995), 136 Nfld & PEIR 105). Sa licence a été révoquée par le collège, (*Cameron c. College of Physicians and Surgeons of P.E.I.* (1996), 138 Nfld. & PEIR 89). Cependant, un an plus tard, sa licence a été rétablie. Les protestations ont donné lieu à une refonte complète de la loi médicale de cette province (Projet de loi 49, Législature de l'Île-du-Prince-Édouard, 1997).

18. Jorgenson, L. et Appelbaum, P. *For whom the statute tolls: extending the time during which patients can sue*, *Hosp. & Com. Psychiatry*, 42(7), (juillet 1991), p. 683-684.

19. Sarason, S. *Caring and compassion in clinical practice*, Jossey-Bass, San Francisco, 1985, p. 63.