

00 13 21

X...

Demanderesse

c.

**CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL  
DE TROIS-RIVIÈRES**

Organisme public

Le 26 juin 2000, la demanderesse requiert la rectification de diagnostics qui ont été inscrits dans son dossier par le médecin qui l'a traitée durant son hospitalisation chez l'organisme, du 28 janvier au 14 février 2000. Ces diagnostics, établis par le D<sup>r</sup> Émile Bergeron, sont: troubles somatoformes ou hystérie et pharmacodépendance.

Elle demande aussi la rectification d'autres renseignements qu'elle énumère avec précision, renseignements qui sont inscrits dans son dossier et qui se rapportent au même séjour chez l'organisme.

L'organisme informe la demanderesse que le D<sup>r</sup> Bergeron maintient les diagnostics qu'il a posés; la rectification de ces diagnostics est donc refusée. L'organisme refuse également d'apporter les autres modifications demandées, exception faite du renseignement « *questions insignifiantes* » dont il extrait le qualificatif « *insignifiantes* ».

Insatisfaite, la demanderesse requiert la révision de cette décision.

Les parties sont entendues le 4 juin 2001, à Trois-Rivières. Les dernières observations de l'organisme, datées du 14 août 2001, sont reçues le 16 suivant.

**PREUVE :**

L'avocate de l'organisme fait entendre madame Lucie Dumont qui témoigne sous serment.

Madame Dumont est infirmière depuis 24 ans. Elle a inscrit, au dossier de la demanderesse, le renseignement en litige « *patiente semble feindre d'être endormie* » et elle explique le contexte relatif à l'inscription de ce renseignement : elle a dû constater, le 8 février 2000, à 15 heures, que la demanderesse refusait de prendre sa médication; elle s'est présentée à nouveau à 15 : 30 heures et a jugé que la demanderesse semblait feindre d'être endormie; elle lui a alors dit : « *Une réponse ou je m'en vais* », ce après quoi la demanderesse a ouvert les yeux.

Madame Dumont souligne qu'elle se devait de vérifier si la demanderesse dormait. Son expérience, qui lui a appris que les traits d'une personne révèlent si elle dort ou feint le sommeil, l'a guidée; à son avis, il était évident que la demanderesse ne dormait pas; elle a donc inscrit au dossier, à 15 : 30 heures, « *patiente semble feindre d'être endormie* », ce, après avoir validé ce renseignement auprès de la demanderesse en lui disant : « *Une réponse ou je m'en vais et soudain les 2 yeux s'ouvrent.* » (O-1).

Madame Dumont maintient l'exactitude des renseignements qu'elle a inscrits à partir de sa perception de la situation et de son expérience.

L'avocate de l'organisme fait entendre madame Lynn Thiffault qui témoigne sous serment.

Madame Thiffault est infirmière depuis quatre ans. Elle a inscrit au dossier de la demanderesse le renseignement en litige « *Patiente semblait inconsciente* ». Ce

renseignement a été inscrit après ce qui suit : « *Patiente retrouvée sur le dos au pied de son lit. Un genou éraflé.* »; madame Thiffault a par la suite inscrit : « *Patiente semblait inconsciente mais réagit immédiatement aux stimuli et accuse une douleur abdominale sous forme de poignard.* » (O-2). Madame Thiffault explique avoir inscrit ces renseignements après avoir observé la demanderesse et jugé qu'elle semblait inconsciente jusqu'à ce qu'elle réagisse aux stimuli; elle ajoute que la demanderesse a immédiatement réagi aux stimuli en exprimant sa douleur par un cri.

Madame Thiffault ne consent pas à la modification de ses notes qui expriment ce qu'elle a elle-même observé et analysé; elle spécifie qu'elle aurait fait de même avec tout autre patient.

En contre-interrogatoire, madame Thiffault précise qu'une personne inconsciente est inerte et ne peut immédiatement réagir aux stimuli douloureux avec une verbalisation. Elle souligne que c'est son expérience qui lui permet d'apporter cette précision.

L'avocate de l'organisme fait entendre madame Michelle Slight qui témoigne sous serment.

Madame Slight est infirmière depuis 1986. Elle a inscrit le renseignement en litige « *comportement hystérique* » au dossier de la demanderesse en date du 9 février 2000, à 3 : 10 heures. Elle précise que ce renseignement fait partie des notes qu'elle a inscrites à ce moment et qui se lisent comme suit : « *Garde Fournier (coordonnatrice) avisée que patiente mène le trouble toute la nuit. Dérange les autres patients du corridor, aucune coopération. Comportement hystérique. Impossible de raisonner la patiente. Veut porter plainte.* ». Elle explique que la demanderesse était dans sa chambre, qu'elle « hurlait, hurlait et hurlait », qu'elle semblait en sevrage de médicament, qu'elle se plaignait de différents maux, qu'elle protestait, qu'elle était mécontente des services, qu'elle était très

agressive et que sa tension était très marquée; elle ajoute que la demanderesse a même menacé de faire une crise d'hystérie, d'où l'inscription du renseignement en litige, et d'aviser la responsable des plaintes, madame Jacinthe Marchand, qu'elle connaît personnellement. Madame Slight souligne qu'elle agirait de même si une pareille situation se reproduisait.

Contre-interrogée sur cet élément, madame Slight indique ne pas se rappeler si la demanderesse pleurait. Elle précise que la demanderesse hurlait, vociférait, menaçait de porter plainte et exigeait un médecin d'urgence. Elle ajoute avoir essayé de raisonner la demanderesse.

Madame Slight explique avoir écrit le renseignement en litige précité « *Dérange les autres patients du corridor* » (O-3) parce que la demanderesse hurlait sans cesse et qu'il était 3 : 10 heures de la nuit. Elle mentionne avoir également inscrit, à 4 heures de la même nuit, « *Tombe par terre dans le cadre de porte du 527* » (O-3) parce qu'elle s'était interrogée à savoir si la demanderesse simulait une perte de conscience. Elle a complété un rapport d'incident/accident à ce sujet le 9 février 2000 et en a avisé la coordonnatrice, garde Fournier (O-3).

Madame Slight affirme également avoir, le 3 février 2000, pendant la nuit, inscrit au dossier de la demanderesse le renseignement en litige suivant : « *S'occupe des besoins de sa voisine même la nuit et vient au poste nous faire les messages. S'assoit sur le lit de 527<sup>2</sup> pour jaser avec elle; je lui demande de retourner à son lit et de laisser dormir la patiente .* » (O-3).

Madame Slight explique que le D<sup>r</sup> Bergeron avait demandé aux infirmières d'inscrire des notes détaillées parce que la patiente était particulière et que son comportement n'était pas jugé approprié; à son avis, le fait d'inscrire que la demanderesse se rendait en pleine

nuit au poste des infirmières pour exprimer les besoins des autres indiquait qu'elle avait la capacité de verbaliser ses propres besoins. Elle réitère que l'inscription de notes détaillées a été requise par le D<sup>f</sup> Bergeron, possiblement à cause de signes de sevrage chez la demanderesse. Elle ajoute qu'à sa connaissance, l'inscription de notes détaillées était demandée pour la première fois.

L'avocate de l'organisme fait enfin entendre monsieur Réjean Despins, qui témoigne sous serment.

Monsieur Despins est chef d'unité au département de médecine spécialisée de l'organisme. Il est infirmier depuis 1974.

Il affirme que le D<sup>f</sup> Bergeron a requis l'inscription de notes détaillées afin que la demanderesse, qui était une patiente difficile, puisse recevoir les meilleurs soins possibles. Il indique que le D<sup>f</sup> Bergeron, qui avait déjà une idée des diagnostics associés au comportement de la demanderesse, voulait confirmer ses diagnostics et avait, à cet égard, effectué plusieurs consultations et voulait obtenir les notes les plus représentatives du comportement de la demanderesse. Les infirmières ont suivi les prescriptions du médecin qui, pour sa part, prenait connaissance des notes qu'elles inscrivaient; il ajoute que les infirmières communiquaient régulièrement avec le D<sup>f</sup> Bergeron qui souhaitait notamment empêcher la dépendance de la demanderesse aux médicaments.

Monsieur Despins spécifie que l'inscription des impressions du personnel infirmier quant au comportement ou à l'état des patients est exceptionnelle; pareille inscription a été requise dans le cas particulier de la demanderesse afin que les renseignements soient très précis, d'où les opinions inscrites par les infirmières.

Il indique enfin que les feuilles sommaires faisant partie des dossiers médicaux sont toujours complétées après le départ des patients.

En contre-interrogatoire, monsieur Despins affirme avoir rencontré le D<sup>f</sup> Bergeron parce que la demanderesse voulait changer de médecin.

Il réitère par ailleurs que le personnel infirmier a dû mesurer et décrire ce qui se passait afin qu'une évaluation optimale de la demanderesse puisse être faite et que celle-ci reçoive les soins les plus appropriés.

L'avocate de l'organisme dépose enfin un document détaillé, daté du 22 mai 2001, par lequel le D<sup>f</sup> Bergeron, qui n'est pas présent à l'audience, maintient, motifs à l'appui, son refus de modifier les diagnostics en litige (O-4). Le D<sup>f</sup> Bergeron explique que le diagnostic final de *troubles somatoformes avec hystérie* est fondé sur l'histoire, l'examen clinique, les antécédents médicaux de la demanderesse ainsi que sur les nombreux médecins consultés pour les mêmes symptômes; à son avis, ce diagnostic est très clair. Le D<sup>f</sup> Bergeron rappelle que la demanderesse n'a pas consulté pour une crise aiguë de fibromyalgie mais bien pour d'autres douleurs et problèmes. Il précise que la fibromyalgie cache souvent d'autres diagnostics qu'il faut rechercher; il ajoute qu'après plusieurs examens demandés dans le but d'expliquer les douleurs de la demanderesse, examens qui se sont avérés normaux, il était logique de porter le diagnostic final de troubles somatoformes. Il indique aussi que la pharmacodépendance et la maladie sous-jacente auraient été traitées en milieu psychiatrique, approche refusée par la demanderesse; il mentionne que la demanderesse nie ce diagnostic que confirment les écritures au dossier. Il est enfin explicite quant à la demande de rectification : « ...il n'y a rien que l'on peut modifier au dossier de cette hospitalisation; c'est l'évaluation médicale que j'ai faite pendant ce séjour et qui est basée sur l'histoire, l'examen

*physique, les tests diagnostiques, les notes d'observations, les consultations en spécialité et le DSM-IV (manuel de référence de l'American Psychiatric Association).*

La demanderesse témoigne sous serment.

Elle dépose, pour contredire l'exactitude des diagnostics en litige, un rapport médical (D-1) qui émane de son médecin, le D<sup>r</sup> François Parent qui, à l'instar du D<sup>r</sup> Bergeron, ne participe pas à l'audience. Le D<sup>r</sup> Parent explique avoir préparé ce rapport médical, daté du 11 mai 2001, aux fins de l'audience devant la Commission. Il précise avoir fait parvenir à l'organisme un protocole de soins qui demeure attaché au dossier de la demanderesse, protocole qui vise à guider l'équipe soignante sur l'état de santé de la demanderesse, à confirmer la liste de médicaments usuels et à suggérer ceux qui se sont déjà montrés efficaces; il ajoute que ce protocole a été rendu nécessaire en raison des controverses associées aux plaintes et requêtes de la demanderesse et des opinions diverses incluant celles qui sont présentes sur la feuille sommaire d'hospitalisation. Il indique enfin avoir été témoin de situations où on a refusé de porter attention aux demandes de soins de la demanderesse depuis l'insertion de ce protocole au dossier de la demanderesse. Le D<sup>r</sup> Parent y spécifie que le diagnostic de fibromyalgie est le principal problème de la demanderesse, que ce syndrome commun est caractérisé par une douleur étendue et diffuse et qu'il est associé à des troubles du sommeil et de fatigue. Le D<sup>r</sup> Parent ajoute que certains avancent que la fibromyalgie serait en partie un trouble de perception des sensations douloureuses qui deviendraient fortement augmentées. Il spécifie qu'aucun test objectif ne permet de reconnaître cette maladie de sorte qu'elle est souvent classée à tort parmi les troubles psychiatriques, psychosomatiques ou même factices. Il exprime l'avis que le diagnostic d'hystérie a été appliqué à tort à la demanderesse; il explique à cet égard que les réactions d'une personne hystérique ont un caractère excessif, théâtral et toujours légèrement factice et que la névrose hystérique se caractérise par la simulation d'une condition le plus souvent pathologique, simulation constituant un mécanisme de défense

complexe, inconscient, utilisé pour diriger des conflits intérieurs émotifs. Le D<sup>r</sup> Parent exprime également l'avis que les notions d'hystérie et de somatisation ont été attribuées aux douleurs de la demanderesse, à ses syncopes, ses vomissements, son apparence soignée; selon lui, les douleurs sont attribuables à la fibromyalgie dont la somatisation n'est pas une caractéristique.

La demanderesse dépose également copie :

- d'un article de magazine<sup>1</sup> concernant la douleur (D-2);
- d'un protocole de soins qui émane du D<sup>r</sup> François Parent et qui est postérieur (15 mars 2001) à l'hospitalisation en cause (D-3), protocole qui est mis en évidence dans le dossier médical de la demanderesse tel qu'il est détenu par l'organisme;
- de renseignements médicaux, datés du 20 février 2000, qui reconnaissent chez la demanderesse une condition de fibromyalgie sévère (D-4); ces renseignements émanent d'un autre organisme et sont postérieurs à la période d'hospitalisation visée par la demande;
- d'une consultation médicale en psychiatrie chez l'organisme, datée du 5 février 2000 (D-5) et établissant un diagnostic de dysthymie secondaire chez la demanderesse;
- d'ordonnances médicales datées des 4, 5, 6, 7, 8 et 10 février 2000 concernant la demanderesse (D-6);
- de documentation concernant la fibromyalgie, notamment la difficulté d'identifier cette maladie chez un patient (D-7);
- d'une déclaration de la demanderesse, postérieure au 18 août 2000, concernant ses insupportables douleurs (D-8);
- copie de nombreux renseignements médicaux concernant la demanderesse et datant de 2001, renseignements extraits de son dossier médical détenu par l'organisme (D-9) et ayant notamment trait à la mise en évidence, dans ce dossier, du protocole de soins

---

<sup>1</sup> Yanick VILLEDIEU, «La fin de la douleur», (août 1996) *L'Actualité*, 16-26.

précité (D-3) afin que la demanderesse puisse recevoir, à l'occasion de ses nombreuses consultations chez l'organisme, les soins appropriés.

La demanderesse affirme essentiellement ce qui suit concernant les notes du personnel infirmier qui demeurent en litige :

- « *semble feindre de dormir* » serait un renseignement inexact qui résulte d'une mauvaise interprétation des faits; elle dormait et l'infirmière l'a réveillée;
- « *se force pour vomir, fait beaucoup d'efforts* » : elle n'avait plus rien dans le corps depuis plusieurs jours et ses efforts pour vomir étaient intolérables;
- « *comportement hystérique* » : ce renseignement est exagéré, disproportionné, non fondé, inexact; elle s'est mise à pleurer sans être en mesure de s'arrêter; elle a demandé à voir le médecin pour qu'on soulage ses douleurs; on lui a demandé de se taire, de dormir, ce qui lui était absolument impossible tant la douleur était au-delà du supportable; on ne voulait que la faire taire parce qu'elle pleurerait de découragement, de douleur et d'épuisement total; sa réaction était normale; déranger les autres par ses pleurs ne constitue pas un comportement hystérique;
- « *accumulation de médicaments* » : elle a elle-même averti l'infirmière qu'elle avait gardé ses comprimés de Xanax 0.5 du souper *pour les prendre avec celles du coucher* parce que ses douleurs étaient trop fortes et l'empêchaient de dormir; cela ne s'est produit qu'une seule fois;
- « *dérange patiente et fait commission* » : elle ne dérangeait pas; elle écoutait une patiente qui voulait parler; elle a aussi demandé de l'aide pour une autre patiente qui ne pouvait arriver à communiquer avec son infirmière; elle s'interroge à savoir si elle était obligée d'ignorer les personnes avec lesquelles elle partageait une chambre.

La demanderesse exprime l'avis que ces renseignements sont inexacts et qu'ils résultent d'une mauvaise interprétation ainsi que de préjugés.

Référant à la plainte qu'elle a également adressée à l'organisme le 26 juin 2000 concernant les soins médicaux qui lui ont été donnés lors de son hospitalisation, elle affirme que le médecin qui l'a traitée a inscrit des renseignements inexacts dans son dossier lorsqu'il:

- lui fait porter l'odieux du report du lavement baryté;
- met en doute qu'elle ait eu des pertes de conscience;
- prétend qu'elle a refusé des comprimés d'Empracet parce que cela ne la soulageait pas; elle indique que son refus de prendre tout médicament était causé par son incapacité à digérer quoi que ce soit;
- prétend qu'elle ne suivait pas le contrat établi entre un patient et un médecin, alors qu'à son avis, il n'y a pas de contrat;
- prétend que son départ n'était pas autorisé; elle indique avoir quitté parce que le médecin refusait de lui prescrire ses pompes Ventolin et Béclovent;
- prétend qu'elle a refusé le suivi en psychiatrie; elle indique qu'elle était d'accord si le psychiatre le jugeait à propos et qu'elle n'en discuterait qu'avec le psychiatre;
- prétend qu'elle a rencontré le psychiatre qui ne peut rien faire parce qu'elle ne désire pas collaborer.

#### **ARGUMENTATION :**

L'avocate de l'organisme rappelle que la Commission a, de façon constante, statué que les données subjectives comme les opinions, avis, diagnostics médicaux, interprétations et évaluations ne peuvent faire l'objet de rectification alors que seuls les renseignements de nature objective et vérifiable sont susceptibles d'être corrigés.

Elle souligne que les diagnostics médicaux en litige sont motivés par le D<sup>f</sup> Bergeron qui est le médecin qui les a établis après avoir traité la demanderesse au cours de son hospitalisation du 28 janvier au 14 février 2000.

Elle avance que ces diagnostics médicaux diffèrent de celui qui a été établi par le médecin traitant habituellement la demanderesse (D<sup>f</sup> Parent), chacun ayant évalué la demanderesse et émis sa propre opinion sur la condition de celle-ci. Elle souligne que l'opinion du D<sup>f</sup> Parent ne concerne pas l'hospitalisation au cours de laquelle les diagnostics contestés par la demanderesse ont été posés; elle signale que cette opinion concerne plutôt la condition générale de la demanderesse, telle qu'elle est évaluée par le D<sup>f</sup> Parent qui n'a pas examiné la demanderesse au cours de la période d'hospitalisation visée par la demande et qui ne l'a pas soignée alors. À son avis, le diagnostic médical posé par un médecin ne peut être modifié à moins que son auteur n'y consente; elle rappelle à cet égard le refus du D<sup>f</sup> Bergeron. Elle avance que l'opinion du D<sup>f</sup> Parent ne peut avoir pour effet de modifier celle du D<sup>f</sup> Bergeron.

L'avocate soutient que les renseignements relatifs à la reprise du lavement baryté de même que ceux relatifs aux pertes de conscience sont appuyés par les observations du personnel infirmier, observations auxquelles le médecin ajoute son opinion.

Elle soutient que la feuille sommaire qui comprend les diagnostics en litige, doit être lue en entier parce que le D<sup>f</sup> Bergeron y explique aussi :

- le contexte dans lequel il a diminué la médication de la demanderesse en prescrivant des comprimés d'Empracet, ce, même si la demanderesse refusait cette médication, tel que l'indiquent les observations du personnel infirmier (O-4);
- le fait que la demanderesse ne respectait pas le contrat thérapeutique verbal concernant le plan des soins, « *c'est-à-dire prendre uniquement ce qu'on lui donne* »,

ce, malgré les discussions tenues avec la demanderesse concernant les narcotiques, la douleur, le traitement, l'annulation du contrat thérapeutique avec la demanderesse qui, selon les notes d'évolution du D<sup>r</sup> Bergeron « *a tout essayé à date et exige des modifications (entente impossible)* » (O-4);

- le départ sans autorisation de la demanderesse, confirmé par l'infirmière qui a ajouté « *refus de traitement non signé; médecin avisé.* » (O-4);
- la réponse du psychiatre à la consultation médicale requise par le D<sup>r</sup> Bergeron, réponse indiquant que la demanderesse « *se montre très réticente vis-à-vis toute nouvelle approche* » (O-4); de même, l'ajout du D<sup>r</sup> Bergeron qui écrit « *mais comme Dr Mury le dit, il faut que madame veuille bien collaborer au traitement, ce qu'elle refuse bien sûr...Elle ne veut qu'être soulagée, dit-elle, mais c'est là toute la difficulté et elle refuse de nous écouter.* » (O-4).

L'avocate de l'organisme soutient par ailleurs que les infirmières concernées ont témoigné de l'exactitude de leur évaluation, de leur perception et de leur opinion propres relativement aux renseignements suivants :

- « *patiente semble feindre d'être endormie* »;
- « *se force pour vomir, fait beaucoup d'efforts en ce sens* »; l'avocate ajoute que ce renseignement est inscrit le 9 février 2000 et qu'il est confirmé par d'autres inscriptions antérieures et postérieures : « *fait des efforts pour vomir mais ne vomit rien* » (4 février 2000), « *fait des efforts pour vomir; sécrétions seulement* » (5 février 2000), « *fait effort pour vomir* » (9 février 2000), « *patiente dit « fait des efforts pour vomir et ça lui occasionne douleurs abdominales* » (14 février 2000);
- « *menace de faire crise d'hystérie,... crie fort, dérange* »; « *comportement hystérique* »;
- « *s'occupe des besoins de sa voisine même la nuit et vient au poste nous faire les messages. S'assoit sur le lit de 527<sup>2</sup> pour jaser avec elle; je lui ai demandé de*

*retourner à son lit et de laisser dormir la patiente. » et « dérange les autres patients du corridor. » .*

Elle souligne également que la demanderesse admet avoir eu en sa possession des comprimés Xanax, admission qui confirme l'exactitude du renseignement inscrit par une infirmière voulant que « *patiente me dit avoir accumulé 4 Xanax 0.5 en sa possession et les avoir prises en soirée; patiente bien éveillée, répond bien aux questions* », renseignement ayant donné lieu au renseignement par la suite inscrit par le D<sup>F</sup> Bergeron : « *Nursing : attention car patiente accumule ses pilules (Xanax) donc à avaler immédiatement devant infirmière. » .*

Elle soutient que la feuille sommaire (O-4) est datée du 15 février 2000, la preuve démontrant que les feuilles sommaires sont produites après les hospitalisations et que l'hospitalisation de la demanderesse a pris fin le 14 février 2000. Elle signale également que la feuille sommaire comprend le diagnostic de fibromyalgie.

L'avocate soutient que les renseignements médicaux qui reconnaissent chez la demanderesse une condition de fibromyalgie sévère, datés du 20 février 2000 (D-4), sont postérieurs à la période d'hospitalisation visée par la demande et qu'ils émanent d'un autre organisme.

Elle soutient enfin que les renseignements médicaux produits par la demanderesse et extraits de son dossier médical tel qu'il est détenu par l'organisme (D-9) ne sont pas pertinents au litige en ce qu'ils datent de l'année 2001; ces renseignements comprennent ceux qui ont trait à la mise en évidence, dans ce dossier, du protocole de soins de mars 2001 (D-3).

La demanderesse exprime l'avis que le D<sup>r</sup> Parent, dont elle est la patiente, est le plus apte à donner une opinion médicale la concernant même s'il ne l'a pas traitée durant son hospitalisation. Elle souligne que le D<sup>r</sup> Bergeron ne la connaissait pas avant son hospitalisation. Elle avance que l'opinion du D<sup>r</sup> Bergeron a eu et a encore des conséquences sur la manière dont les urgentologues ainsi que le personnel infirmier de l'organisme la soignent.

### **DÉCISION :**

#### Application de la *Loi sur l'accès* :

La demanderesse s'est prévaluée de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, qui s'applique aux établissements de santé et de services sociaux, pour demander la rectification de son dossier médical :

3. Sont des organismes publics: le gouvernement, le Conseil exécutif, le Conseil du trésor, les ministères, les organismes gouvernementaux, les organismes municipaux, les organismes scolaires et les établissements de santé ou de services sociaux.

Sont assimilés à des organismes publics, aux fins de la présente loi: le lieutenant-gouverneur, l'Assemblée nationale, un organisme dont celle-ci nomme les membres et une personne qu'elle désigne pour exercer une fonction en relevant, avec le personnel qu'elle dirige.

Les organismes publics ne comprennent pas les tribunaux au sens de la Loi sur les tribunaux judiciaires (chapitre T-16).

7. Les établissements de santé ou de services sociaux comprennent les établissements publics visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (1991, chapitre 42), les établissements privés visés par cette loi qui fonctionnent en ayant recours à des sommes d'argent provenant du fonds consolidé du revenu, les régies régionales instituées en vertu de cette loi ainsi que la Corporation d'hébergement du Québec visée dans l'article 471 de cette loi.

Les établissements de santé ou de services sociaux comprennent également les établissements publics

visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris et inuit (L.R.Q., chapitre S-5), les établissements privés visés par cette loi qui fonctionnent en ayant recours à des sommes d'argent provenant du fonds consolidé du revenu et les conseils régionaux de santé et de services sociaux institués en vertu de cette loi.

89. Toute personne qui reçoit confirmation de l'existence dans un fichier d'un renseignement nominatif la concernant peut, s'il est inexact, incomplet ou équivoque, ou si sa collecte, sa communication ou sa conservation ne sont pas autorisées par la loi, exiger que le fichier soit rectifié.

Règle de preuve :

Cette demande de rectification est assujettie à la règle de preuve que prévoit l'article 90 de la même loi et que la Commission doit nécessairement appliquer :

90. En cas de contestation relative à une demande de rectification, l'organisme public doit prouver que le fichier n'a pas à être rectifié, à moins que le renseignement en cause ne lui ait été communiqué par la personne concernée ou avec son accord.

a) les diagnostics médicaux :

La preuve démontre que c'est le D<sup>r</sup> Bergeron, non pas le D<sup>r</sup> Parent, qui a traité la demanderesse lors de son hospitalisation du 28 janvier au 14 février 2000. À mon avis, les renseignements concernant l'hospitalisation de la demanderesse durant cette période ne peuvent, relativement à cette période, émaner du D<sup>r</sup> Parent; ces renseignements doivent exactement traduire ce qui s'est passé lors de cette hospitalisation.

Les diagnostics établis par le D<sup>r</sup> Bergeron traduisent le travail qu'il a lui-même effectué, expliqué et justifié ainsi que le résultat de sa propre évaluation de la demanderesse;

celle-ci n'a apporté aucune preuve indiquant que ces renseignements ne correspondent pas à ce qui s'est passé.

Je dois souligner qu'aucune preuve ne contredit les diagnostics en litige, lesquels se rapportent à l'évaluation de la demanderesse telle qu'elle a été faite lors de son hospitalisation par le D<sup>r</sup> Bergeron qui maintient ses opinions. La preuve démontre de plus que le diagnostic de fibromyalgie est inscrit sur la feuille sommaire que le D<sup>r</sup> Bergeron a préparée à l'issue de l'hospitalisation de la demanderesse, feuille datée du 15 février 2000.

La preuve établit également que les autres renseignements détaillés qui ont été inscrits par le D<sup>r</sup> Bergeron sont le résultat de ses échanges avec la demanderesse, de son évaluation de celle-ci, notamment de l'appréciation de son comportement qu'appuient les notes détaillées du personnel infirmier.

La preuve démontre particulièrement que le D<sup>r</sup> Bergeron a inscrit des renseignements qui se rapportent à des évaluations qu'il a lui-même faites ou qui se rapportent à des observations qui ont été faites par le personnel infirmier de l'organisme. La preuve démontre que ces renseignements traduisent ce qui a été exactement et précisément perçu et vécu par les personnes qui ont traité la demanderesse.

L'organisme a prouvé que les diagnostics médicaux et autres renseignements inscrits par le D<sup>r</sup> Bergeron n'avaient pas à être rectifiés.

Je signale que la preuve écrite présentée par la demanderesse ne concerne pas la période du 28 janvier au 14 février 2000. J'ajouterai que la Commission n'est pas un forum où se débattent les opinions médicales.

b) les observations du personnel infirmier :

Le témoignage de madame Dumont me convainc que les renseignements qu'elle a inscrits au dossier de la demanderesse correspondent à sa propre évaluation d'une situation qu'elle a elle-même vécue et qu'elle a dû décrire avec détails au moment où cette situation s'est présentée. Les renseignements inscrits par madame Dumont rendent compte de ce qui, à son avis, s'est passé et de ce qu'elle a fait dans la situation décrite par elle. L'organisme a démontré que ces renseignements n'ont pas à être rectifiés parce qu'ils expriment ce qui, selon leur auteur, s'est passé au cours de cet épisode de soins.

Il en est de même des renseignements inscrits par les témoins Thiffault et Slight qui, à l'instar de madame Dumont, confirment l'exactitude des renseignements qui émanent d'elles et qui traduisent leur perception ainsi que les constats qu'elles ont effectués et qu'elles devaient exprimer de façon détaillée.

J'ajouterai que le témoignage de la demanderesse ne traduit que sa propre perception des situations décrites par les renseignements en litige.

Somme toute, l'organisme a prouvé que les renseignements en litige ont été inscrits de façon professionnelle par des infirmières expérimentées agissant selon les consignes particulières qui leur avaient été données par le médecin traitant. La preuve démontre de façon concordante que le dossier de la demanderesse n'avait pas à être rectifié par la suppression de renseignements constitutifs qui le complètent, renseignements dont l'exactitude, établie par l'organisme, n'a pas été contredite par les opinions et interprétations de la demanderesse.

L'organisme a prouvé que le dossier de la demanderesse n'avait pas à être rectifié. Il a présenté une preuve qui démontre que les renseignements en litige, qui sont en harmonie avec les autres renseignements relatifs à l'hospitalisation en cause, sont exacts, complets et univoques.

**PAR CES MOTIFS**, la Commission rejette la demande de révision.

**HÉLÈNE GRENIER**  
Commissaire

Québec, le 4 février 2002.

Avocate de l'organisme :  
M<sup>e</sup> Louise Lavigueur.