

La responsabilité médicale et hospitalière en droit civil québécois : principes, controverses et perspectives d'avenir

Sebastian Fernandez*

Résumé

Cet article vise à faire la lumière et à sensibiliser les lecteurs à une problématique bien particulière en droit de la responsabilité médicale, soit la controverse entourant la rétention de la responsabilité d'un médecin ou d'un centre hospitalier lorsqu'une faute alléguée est liée, de près ou de loin, à une certaine limitation des ressources allouées par le gouvernement québécois. L'auteur met l'emphase sur l'adaptation à la réalité particulière du domaine médical des critères permettant d'établir la rétention de la responsabilité d'un médecin ou d'un centre hospitalier lorsque ceux-ci sont assujettis à une obligation de moyens et dresse un portrait de la controverse qui existe dans la détermination de la limitation des ressources en milieu hospitalier en tant que circonstance aggravante ou atténuante de la responsabilité du médecin ou du centre hospitalier pour mieux se pencher sur certaines pistes de solution qui permettraient de mettre un terme aux injustices découlant du flou juridique sur la question.

Abstract

This article aims to shed light and to raise the reader's awareness to a very particular legal problem related to medical responsibility, which is the controversy surrounding the retention of a physician or a hospital when an alleged fault is linked, near or far, to some limitation of resources allocated by the Government of Quebec. The author focuses on adaptation to the particular reality in the medical field of the criteria for determining the retention of the responsibility of a physician or a hospital when they are subject to an obligation of means and provides a portrait of the controversy that exists in the determination of the limitation of resources in a hospital as a circumstance aggravating or mitigating the responsibility of the physician or the hospital to better focus on some tracks of a solution that would put an end to the injustices arising from the legal uncertainty on the issue.

* L'auteur est en voie d'obtenir son baccalauréat en droit de l'Université de Montréal. Il tient à remercier le professeur Patrice Deslauriers pour sa passion contagieuse sur le sujet qui fut la source de sa motivation pour la rédaction de cet article ainsi que M^c Charles-Antoine Péladeau pour ses précieux encouragements. L'auteur peut être rejoint à l'adresse suivante : sebastian.fernandez@umontreal.ca.

INTRODUCTION	2
1. LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET HOSPITALIÈRE : BRANCHE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE	3
1.1 La particularité de la responsabilité médicale et hospitalière	4
1.2 Retour sur les principes généraux de la responsabilité civile	5
1.3 La responsabilité des médecins et des centres hospitaliers vis-à-vis des patients : à mi-chemin entre responsabilité contractuelle et extracontractuelle	9
2. LES OBLIGATIONS DES MÉDECINS ET DES CENTRES HOSPITALIERS .	12
2.1 Les obligations de moyens et la prise en considération de l'ensemble des circonstances afin d'évaluer leur intensité	13
2.2 Les obligations de résultat : exceptions à la règle générale	17
3. L'ALLOCATION DES RESSOURCES DANS LE DOMAINE MÉDICAL, VARIATION DE L'INTENSITÉ DES OBLIGATIONS ET CONTROVERSE ..	19
3.1 L'abondance des ressources en milieu hospitalier	20
3.2 La limitation des ressources en milieu hospitalier : circonstance atténuante ou aggravante?	20
3.3 Les perspectives d'avenir : entre doctrine, jurisprudence et intervention législative	23
CONCLUSION	25

INTRODUCTION

L'existence d'un système de santé public, gratuit et universel atteste de l'importance qu'accordent les Québécois à la santé. Cependant, il arrive que les intervenants du milieu de la santé commettent des erreurs pouvant être lourdes de conséquences pour les bénéficiaires de soins de santé et celles-ci peuvent donner lieu à des recours judiciaires. Ainsi, les médecins et les centres hospitaliers n'échappent pas au droit, la responsabilité médicale et hospitalière étant d'ailleurs une branche reconnue de la responsabilité civile en droit québécois. Toutefois, la rétention de la responsabilité de ces derniers appelle à une analyse juridique impliquant la prise en considération de facteurs propres au milieu de la santé, notamment la quantité et la qualité des ressources à leur disposition. Or, au

Québec, la limitation des ressources en milieu hospitalier est une réalité avec laquelle les différents acteurs du milieu doivent composer au quotidien. Il existe ainsi une controverse en responsabilité médicale et hospitalière quant à la question de savoir si la responsabilité des médecins et des centres hospitaliers doit être retenue lorsqu'un patient subit un préjudice dont la cause serait inhérente à une certaine limitation des ressources, sur laquelle les centres hospitaliers et les médecins n'ont aucun contrôle. Le présent article suggère d'analyser les principes généraux régissant la responsabilité médicale et hospitalière de même que les obligations des centres hospitaliers et des médecins afin d'aborder cette controverse.

1. LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET HOSPITALIÈRE : BRANCHE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE

Dans le tumulte de leur vie journalière, les particuliers sont amenés à solliciter les services de divers professionnels œuvrant dans des établissements publics ou privés. Les professionnels de la santé et les centres hospitaliers, comme toute personne physique ou morale dans notre société de droit, n'échappent pas à la justice, comme en atteste l'augmentation fulgurante des recours entrepris par des patients contre des professionnels de la santé et des centres hospitaliers depuis le début des années 70¹. Ces derniers sont, par ailleurs, tenus de respecter certaines obligations découlant du droit commun énoncées au *Code civil du Québec*² ainsi que dans certaines lois statutaires. Les médecins doivent également respecter certains devoirs prévus au *Code des professions*³ et dans certains règlements, dont le *Code de déontologie des médecins*⁴, qui les astreignent au respect de devoirs d'ordre déontologique.

Ceci étant dit, avant d'être à même d'analyser les obligations auxquelles sont tenus les médecins ainsi que les centres hospitaliers et d'aborder la controverse relative à l'allocation des ressources traversant ce champ de la responsabilité civile, il est

¹ Jean-Louis BAUDOUIN, Benoît MOORE et Patrice DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, 8^e éd., vol. 2, « Responsabilité professionnelle », Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014, n° 2-23 et 2-24, p. 35 et 36.

² L.Q. 1991, c. 64.

³ L.R.Q., c. C-26.

⁴ RLRQ, c. M-9, r. 17.

primordial de déterminer où se situe la responsabilité professionnelle par rapport aux autres types de responsabilité et d'en comprendre les principes généraux.

1.1 La particularité de la responsabilité médicale et hospitalière

D'emblée, il importe de souligner que, dans la mesure où les médecins sont astreints à des obligations d'ordre déontologique, la responsabilité médicale se trouve en quelque sorte à mi-chemin entre la responsabilité civile et professionnelle. Il est donc essentiel d'établir, préalablement à une analyse de ce champ de la responsabilité, la distinction qui s'impose entre les différents types de responsabilité, bien que la présente analyse porte essentiellement sur la dimension civiliste de la responsabilité médicale.

La responsabilité professionnelle est un régime de responsabilité distinct de la responsabilité civile et de la responsabilité pénale, le droit disciplinaire ayant acquis son autonomie⁵. À titre d'exemple, la commission d'une faute disciplinaire par un professionnel « ne constitue pas nécessairement une faute civile et vice versa, même si dans certaines circonstances il peut y avoir équivalence entre les deux »⁶. L'absence d'autorité de droit du jugement disciplinaire sur le procès civil de même que la reconnaissance jurisprudentielle qu'un tel jugement en possède plutôt une de fait attestent également de cette autonomie⁷. D'ailleurs, la reconnaissance de cette dernière est d'autant plus logique lorsque l'on considère qu'une faute disciplinaire pourrait très bien être posée et sanctionnée sans qu'un préjudice ne soit nécessairement causé pour autant⁸, lequel s'avère pourtant être « une condition *sine qua non* » de la responsabilité civile⁹.

Toutefois, bien que la responsabilité professionnelle soit distincte de la responsabilité civile, une unification du standard de la faute entre ces deux régimes de responsabilité en droit québécois demeure¹⁰. En effet, depuis que la Cour suprême a statué, dans l'arrêt *X. c. Mellen*, que la règle générale en responsabilité professionnelle est qu'une faute

⁵ J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-40, p. 52.

⁶ *Id.*

⁷ *Id.*, n° 2-3, p. 4-7; *Hamel c. J.C.*, 2008 QCCA 1889, par. 56 et 57.

⁸ J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-40, p. 52.

⁹ Jean-Louis BAUDOIN, Benoît MOORE et Patrice DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, 8^e éd., vol. 1, « Principes généraux », Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014, n° 1-319, p. 363.

¹⁰ *Roberge c. Bolduc*, [1991] 1 R.C.S. 374, par. 32 ; *X. c. Mellen*, [1957] B.R. 389, par. 96.

professionnelle est « une faute comme une autre et qu'elle s'apprécie *in abstracto* »¹¹, reconnaissant ainsi l'application en responsabilité professionnelle des principes de la responsabilité civile relativement à la théorie de la faute, on assiste au développement d'une lourde tendance jurisprudentielle et doctrinale à l'effet que la responsabilité professionnelle est régie par les principes de la responsabilité civile¹². Or, considérant que la responsabilité professionnelle est régie par les principes généraux de responsabilité civile, il importe d'autant plus, préalablement à une analyse des particularités de la responsabilité médicale et hospitalière, de nous pencher sur ceux qui seront pertinents aux fins d'une telle analyse et de clarifier certaines ambiguïtés.

1.2 Retour sur les principes généraux de la responsabilité civile

On retrouve en droit civil québécois deux régimes de responsabilité civile, soit la responsabilité contractuelle et la responsabilité extracontractuelle¹³ et si ces deux régimes de la responsabilité civile ont en commun d'avoir pour fondement « le concept d'une faute qui, si elle entraîne un dommage, oblige celui qui l'a commise à réparation »¹⁴, plusieurs éléments les distinguent, notamment en ce qui a trait au délai de prescription dans le cas d'une atteinte à la réputation¹⁵, à la solidarité des débiteurs¹⁶, à l'exigence quant à la démonstration du lien causal¹⁷ et à la possibilité de recourir aux régimes de présomptions légales prévus au Code civil¹⁸.

Les régimes de présomptions de faute ou de responsabilité font l'objet d'une certaine controverse doctrinale quant à savoir s'ils s'appliquent uniquement au régime extracontractuel, conformément à l'article 1457 al. 3 C.c.Q., ou, également, au régime

¹¹ X. c. *Mellen*, préc., note 10, par. 96.

¹² *Id.*; *Hôpital général de la région de l'amiante Inc. c. Perron*, [1979] C.A. 567, par. 48; *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351, par. 25; *Roberge c. Bolduc*, préc., note 10, par. 32; Albert MAYRAND, « Permis d'opérer et clause d'exonération », (1953) 31 *R. du B. can.* 150, 154; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-41, p. 52; Paul-André CRÉPEAU, « La responsabilité civile du médecin », (1977) 8 *R.D.U.S.* 25, 28.

¹³ C.c.Q., art. 1457 et 1458; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 9, n° 1-1, p. 1.

¹⁴ J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 9, n° 1-46, p. 30.

¹⁵ C.c.Q., art. 2923, 2925 et 2929.

¹⁶ *Id.*, art. 1525 et 1526.

¹⁷ *Id.*, art. 1607 et 1613.

¹⁸ *Id.*, art. 1457 al. 3, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467 et 1468.

contractuel¹⁹. La question revêt une importance cruciale dans notre questionnement puisque l'application d'une telle présomption dans le cadre d'un litige est tout à l'avantage de la partie demanderesse désireuse d'être indemnisée, dans la mesure où elle permet un renversement du fardeau de preuve faisant en sorte qu'il incombe à la partie défenderesse, afin de s'exonérer, de démontrer que la cause du dommage ne lui est pas imputable et que celui-ci découlerait plutôt de la faute d'un tiers ou de la victime ou serait le fruit d'un cas de force majeure ou, dans le cas spécifique d'une présomption de faute, qu'elle a agi comme une personne raisonnablement prudente et diligente placée dans les mêmes circonstances²⁰. Bien que les tribunaux québécois n'aient pas encore adopté une position de principe sur cette question²¹ et que celle-ci fasse l'objet d'un contentieux doctrinal et jurisprudentiel, la tendance est de restreindre l'application de ces présomptions au seul régime extracontractuel²². Nous souscrivons d'ailleurs à cette dernière au motif que le législateur a clairement exprimé son intention, à l'article 1458 al. 2 C.c.Q., d'interdire qu'une partie à un contrat puisse « se soustraire à l'application des règles du régime contractuel de responsabilité pour opter en faveur de règles qui leur seraient plus profitables ».

Cette distinction entre les régimes de responsabilité civile nous amène sur le terrain de la catégorisation des obligations selon leur intensité, qui est surtout pertinente lorsqu'il y a inexécution de ces dernières²³. Cette différenciation d'origine jurisprudentielle et doctrinale établit trois catégories d'obligations selon leur intensité, soit les obligations de moyens ou de diligence, de résultat et de garantie²⁴. En l'espèce, nous nous attarderons plus particulièrement aux obligations de moyens et de résultat, et il convient de nous

¹⁹ Claude FABIEN, « Les présomptions légales de faute et de responsabilité s'appliquent-elles au contrat ? », (2006) 85 *R. du B. can.* 373, 407 et 408; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 9, n° 1-57, p. 44; Nathalie VÉZINA, « Les articles 1459 à 1469 C.c.Q. et la responsabilité civile contractuelle : plaider en faveur d'une thèse dite « restrictive » », (1996) 75 *R. du B. can.* 604.

²⁰ *Lombard du Canada ltée c. 9022-3298 Québec inc.*, [2000] R.R.A. 994 (C.S.), par. 30; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 9, n° 1-59, p. 45.

²¹ J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 9, n° 1-62, p. 48.

²² *Boucher c. Leblanc (Ranch Leblanc)*, 2009 QCCQ 14889, par. 29; *Desrosiers c. Centre hippique de la Mauricie inc.*, [2004] R.R.A. 755 (C.A.), par. 16-18; *Lombard du Canada ltée c. 9022-3298 Québec inc.*, préc., note 20, par. 30; *Mirault c. Expocité*, J.E. 2000-2063 (C.Q.), par. 15; *Morin c. Leblanc*, 2007 QCCS 6478, par. 32 et 33; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 9, n° 1-49, p. 32.

²³ Didier LLUELLES et Benoît MOORE, *Droit des obligations*, 2^e éd., Montréal, Éditions Thémis, 2012, n° 102, p. 49.

²⁴ *Id.*; *Roberge c. Bolduc*, préc., note 10, par. 42; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 9, n° 1-47, p. 31.

pencher sur leurs différences quant aux conditions relatives à la rétention de la responsabilité résultant de leur catégorisation en cas d'inexécution d'une obligation²⁵.

L'obligation de moyens ou de diligence consiste, pour le débiteur, « à prendre les moyens requis pour parvenir à un résultat », n'impliquant donc aucune obligation de parvenir à ce résultat²⁶. Advenant que le débiteur échoue à y parvenir, il lui incombera de démontrer, selon la balance des probabilités, qu'il a pris les moyens nécessaires pour y parvenir, quoiqu'en vain, alors que le créancier devra démontrer, selon le même fardeau de preuve, que le débiteur n'a pas utilisé les moyens qu'un débiteur raisonnablement prudent et diligent aurait employé dans les mêmes circonstances ou, sinon, que le débiteur les a mal employés, et que ce dernier a par conséquent commis une faute²⁷. Pour sa part, l'obligation de résultat consiste pour le débiteur, plutôt que de ne s'engager qu'à prendre les moyens nécessaires pour parvenir à un résultat, à promettre d'y parvenir²⁸. Si le débiteur n'y parvient pas, le créancier n'aura qu'à prouver l'absence de résultat, alors que le débiteur devra démontrer que l'inexécution est due à un cas de force majeure, soit « un événement extérieur, imprévu, imprévisible, irrésistible et qui a rendu impossible l'exécution de l'obligation »²⁹.

Enfin, il importe de nous pencher sur le contenu obligationnel implicite du contrat dont l'existence est consacrée par l'article 1434 C.c.Q. Ce dernier « résulte, d'une certaine façon, d'une présomption de volonté des contractants sur les éléments qui n'ont pas fait l'objet d'une décision précise de leur part »³⁰, lesquels incluraient une obligation de sécurité. En effet, la question se pose en droit québécois quant à savoir si cette obligation, « qui constitue de toute façon un devoir général de ne pas nuire à autrui, fait partie du contrat »³¹. Si une position de principe n'a pas été prise par les tribunaux sur la question, il demeure une lourde tendance jurisprudentielle à l'effet de reconnaître

²⁵ D. LLUELLES et B. MOORE, préc., note 23, n° 102, p. 49.

²⁶ *Id.*, n° 103, p. 50.

²⁷ *Id.*, n° 104 et 105, p. 50 et 51; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 9, n° 1-47, p. 31.

²⁸ D. LLUELLES et B. MOORE, préc., note 23, n° 106, p. 51.

²⁹ *Id.*, n° 109 et 110, p. 53; C.c.Q., art. 1470.

³⁰ D. LLUELLES et B. MOORE, préc., note 23, n° 1488, p. 811.

³¹ J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 9, n° 1-56, p. 41.

l'existence d'une obligation de sécurité implicite aux contrats³². D'ailleurs, dans un récent arrêt de la Cour d'appel, les magistrats semblent appeler à une analyse des circonstances propres à chaque cas d'espèce et du contrat lui-même aux fins de la détermination du régime de responsabilité applicable à cette obligation en mentionnant notamment que l'obligation de sécurité est contractuelle lorsqu'elle est implicite et accessoire à l'objet principal du contrat³³. Néanmoins, une jurisprudence plus marginale considère plutôt la nature de cette obligation comme étant extracontractuelle³⁴. Quant à l'intensité de l'obligation de sécurité, il arrive que le législateur la prévoie expressément³⁵, mais c'est, le plus souvent, au magistrat qu'il revient de la déterminer en l'absence de mention législative³⁶. Malgré, encore une fois, l'absence d'une position claire sur cette question, la jurisprudence tend à assimiler cette obligation à une obligation de moyens³⁷, bien qu'il arrive parfois qu'elle soit assimilée à une obligation de résultat³⁸.

Ceci étant établi, nous pouvons nous intéresser à la manière dont s'articulent ces principes généraux de la responsabilité civile en responsabilité médicale et hospitalière. Avant toute chose, il importe de démystifier la question de la nature du rapport entre un patient et son médecin ou un centre hospitalier, laquelle fut au cœur d'une controverse et fait, encore à ce jour, l'objet de débats. Cela est d'autant plus important que, comme nous l'avons vu, l'application de l'un ou l'autre des deux régimes de responsabilité civile peut avoir des conséquences significatives sur les parties à un litige.

³² *Beaudriault c. Station Mont-Tremblant inc.*, [1994] R.R.A. 687 (C.A.), par. 20; *Bélangier c. Station Mont Ste-Anne inc.*, [2003] R.R.A. 187 (C.S.), par. 42-45; *Constructions Dagamo ltée c. Monast*, [1994] R.R.A. 217 (C.A.), par. 23; *Desrosiers c. Centre hippique de la Mauricie inc.*, préc., note 22, par. 15; *Stations de la vallée de St-Sauveur inc. c. M.A.*, 2010 QCCA 1509, par. 20; *Vadeboncoeur c. Ohanessian*, J.E. 2005-2173 (C.S.), par. 8-10.

³³ *Stations de la vallée de St-Sauveur inc. c. M.A.*, préc., note 32, par. 20.

³⁴ *9022-1672 Québec inc. c. Chantal*, 2009 QCCA 70, par. 4-6; *Brasseur c. Desrosiers*, [2001] R.R.A. 250 (C.S.), par. 9-12; *Gingras c. Commission scolaire des Chutes de la Chaudière*, [1998] R.R.A. 625 (C.Q.), par. 8-11.

³⁵ C.c.Q., art. 2037.

³⁶ J.-L. BAUDOUIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 9, n° 1-57, p. 43 et 44.

³⁷ *Id.*; *Lacombe c. Hôpital Maisonneuve Rosemont*, [2004] R.R.A. 138 (C.S.), par. 36; *Mirault c. Exposité*, préc., note 22, par. 15; *Morin c. Leblanc*, préc., note 22, par. 37 et 38; *Stations de la vallée de St-Sauveur inc. c. M.A.*, préc., note 32, par. 26.

³⁸ *Poulin c. Commission scolaire des Premières Seigneuries*, [2000] R.R.A. 839 (C.Q.), par. 26; *Rizk c. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*, [1999] R.R.A. 197 (C.Q.), par. 8.

1.3 La responsabilité des médecins et des centres hospitaliers vis-à-vis des patients : à mi-chemin entre le régime de responsabilité contractuelle et le régime de responsabilité extracontractuelle

D'entrée de jeu, mentionnons que la question de la nature du rapport entre le centre hospitalier et le patient qui y reçoit des soins fit jadis l'objet d'une vive controverse doctrinale³⁹. En 1989, la Cour d'appel semblait avoir mis un terme au débat en retenant la thèse selon laquelle cette relation serait de nature contractuelle⁴⁰. Or, en 2001, ce même tribunal vint, dans l'arrêt *Camden-Bourgault*, infirmer cette position en rejetant la thèse du régime contractuel au profit de la thèse du régime extracontractuel⁴¹. Pour comprendre en quoi cet arrêt relança le débat de plus belle, il faut d'abord prendre en considération que, dans cette affaire, le patient s'était rendu à l'urgence de l'hôpital : s'il semble bien établi en doctrine comme en jurisprudence que la nature de la relation entre le centre hospitalier et le patient soit extracontractuelle lorsque ce dernier s'y rend à l'urgence⁴², il persiste néanmoins une certaine interrogation sur la nature de ce rapport en d'autres circonstances⁴³. La jurisprudence contribue à l'accentuation de ce questionnement, comme en atteste notamment l'arrêt *Rizk c. Hôpital du Sacré-Cœur* où la nature de ce rapport fut considérée comme étant contractuelle⁴⁴. Bien qu'il ait été rendu avant l'arrêt *Camden-Bourgault*, il revêt néanmoins une certaine pertinence du fait que le patient, dans cette affaire, ne s'était pas rendu à l'urgence de l'hôpital. On pourrait donc être porté à croire que, malgré *Camden-Bourgault*, la nature du rapport entre le patient et le centre hospitalier pourrait varier en fonction du fait que le patient se rende à l'urgence de l'hôpital ou non. Nous estimons qu'une approche se fondant sur ce constat de l'état actuel du droit se tient, mais que si le patient n'a pas véritablement eu la liberté de choisir de

³⁹ Andrée LAJOIE, Patrick A. MOLINARI et Jean-Louis BAUDOIN, « Le droit aux services de santé : légal ou contractuel ? », (1983) 43 *R. du B.* 675, 678, 715 et 720; P.-A. CRÉPEAU, préc., note 12, 34; Robert P. KOURI, « La responsabilité civile de l'établissement de santé en droit québécois : regards sur la contribution de Paul-André Crépeau », (2011) 41 *R.D.U.S.* 523, 526-535.

⁴⁰ *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1989] R.J.Q. 2619 (C.A.), 2654.

⁴¹ *Camden-Bourgault c. Brochu*, [2001] R.J.Q. 832 (C.A.), par. 43.

⁴² *Id.*; Jean-Pierre MÉNARD, « La responsabilité hospitalière pour la faute médicale après la décision de la Cour d'appel dans l'affaire *Camden c. Bourgault* : plus de questions que de réponses », dans S.F.P.B.Q., vol. 179, *Le devoir de sécurité et la responsabilité des établissements de santé*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2002, p. 139, EYB2002DEV593, p. 2-4 et 9 (PDF) (La référence); Patrice DESLAURIERS, « La responsabilité médicale et hospitalière », dans Collection de droit 2015-16, École du Barreau du Québec, vol. 4, *Responsabilité*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2015, EYB2015CDD95, p. 4 (PDF) (La référence).

⁴³ P. DESLAURIERS, préc., note 42, EYB2015CDD95, p. 4 (PDF) (La référence).

⁴⁴ *Rizk c. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*, préc., note 38, par. 8.

son plein gré le centre hospitalier où il désire recevoir des soins, la nature du rapport devrait être extracontractuelle puisque le consensualisme s'avère être une condition *sine qua non* à l'existence d'un contrat⁴⁵. Bien que l'on pourrait rétorquer que le Code civil reconnaît que ce ne sont pas tous les contrats qui sont consensualistes⁴⁶, nous croyons, eu égard à la vocation particulière des centres hospitaliers de même qu'à la nature même et à l'importance significative que revêt la prestation de soins de santé, que le consensualisme doit être la clé de voûte de la formation d'un contrat hospitalier en bonne et due forme.

Ainsi, l'arrêt *Camden-Bourgault* n'a pas mis un terme au débat sur la nature du rapport entre le patient et l'hôpital, comme en atteste le fait qu'il y a toujours controverse sur la question⁴⁷. Toutefois, l'issue de ce débat prend une importance particulière puisque la reconnaissance du caractère contractuel de ce rapport serait tout à l'avantage des patients⁴⁸. En effet, dans l'éventualité où l'un des membres du personnel de l'hôpital dans lequel un patient serait traité commettrait une faute à détriment de ce dernier, l'hôpital répondrait du préjudice en découlant, conformément à la fameuse maxime selon laquelle *qui agit per se agit per alium*⁴⁹. Or, il est légitime de se demander en quoi cela constitue un avantage puisque, comme nous l'avons vu, la nature extracontractuelle d'un rapport permet l'application de régimes de présomptions de faute ou de responsabilité prévus au Code civil, parmi lesquels on retrouve le régime de préposition de l'article 1463 C.c.Q. permettant de présumer la responsabilité du commettant en cas de faute de l'un de ses préposés. Si le centre hospitalier ne fait pas exception à la règle en ce qu'il peut être tenu responsable du fait des membres de son personnel, parmi lesquels on

⁴⁵ *Covet c. Jewish General Hospital*, [1976] C.S. 1390, 1394; *Lamarre c. Hôpital Sacré-Cœur*, [1996] R.R.A. 496 (C.S.), par. 58; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-29, p. 38 et 39; Jean-François LEROUX, « La responsabilité médicale dans le contexte de la médecine multidisciplinaire : d'une responsabilité individualisée vers une responsabilité collective », dans S.F.P.B.Q., vol. 343, *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2011, p. 37, EYB2011DEV1821, p. 7 (PDF) (La référence).

⁴⁶ C.c.Q., art. 1385.

⁴⁷ J.-P. MÉNARD, préc., note 42, EYB2002DEV593, p. 6 et 7 (PDF) (La référence) ; P. DESLAURIERS, préc., note 42, EYB2015CDD95, p. 36-39 (PDF) (La référence).

⁴⁸ P. DESLAURIERS, préc., note 42, EYB2015CDD95, p. 39 (PDF) (La référence).

⁴⁹ *Camden-Bourgault c. Brochu*, préc., note 41, par. 66; *Cinépix Inc. c. J.K. Walkden Ltée*, [1980] C.A. 283, 286; *Hervé Rancourt Construction Inc. c. Sévigny*, [1989] R.R.A. 751 (C.A.), 759; *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, préc., note 40, 2654; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-104, p. 99.

retrouve notamment les infirmiers, les résidents et les technologues en radiologie⁵⁰, de par l'établissement d'un lien de préposition advenant une faute de leur part, il existe une forte tendance jurisprudentielle et doctrinale à l'effet de rejeter la reconnaissance de la possibilité qu'un lien de préposition entre un médecin et un centre hospitalier puisse exister, au motif que l'acte médical exécuté par un médecin jouirait d'une autonomie telle que l'hôpital ne peut exercer de contrôle sur cet acte⁵¹, et ce, malgré une certaine doctrine contestant cette approche et les quelques rares cas où la jurisprudence a reconnu un tel lien de subordination⁵². Ainsi, en cas de faute du médecin dans le cadre du régime extracontractuel, la responsabilité de l'hôpital ne sera généralement pas présumée, illustrant d'ailleurs l'avantage qu'aurait une applicabilité accrue de la thèse contractuelle au rapport entre le centre hospitalier et le patient pour de ce dernier.

Quant à la nature du rapport entre le médecin et son patient, tant la doctrine que la jurisprudence reconnaissent qu'elle peut être contractuelle lorsqu'un patient choisit lui-même un médecin en particulier afin de lui fournir des soins et que ce dernier y consent, auquel cas les règles générales du Code civil relatives au contrat trouvent application⁵³. Or, elle peut également être extracontractuelle en l'absence de contrat le liant à son patient ou si ce contrat est nul parce que contraire à l'ordre public⁵⁴. Néanmoins, dans la plupart des cas, le rapport entre un médecin et son patient est dénué de consensualisme puisque ce dernier se voit souvent imposé un professionnel lorsqu'il se rend dans un centre hospitalier pour y recevoir des soins et qu'il est possible qu'il ne puisse pas être en mesure de donner un consentement libre et éclairé, notamment lorsqu'il est transporté à l'urgence de l'hôpital alors qu'il est inconscient ou intoxiqué. La nature du rapport est donc généralement extracontractuelle pour ces raisons, ce qui témoigne d'ailleurs de

⁵⁰ J.-F. LEROUX, préc., note 45, EYB2011DEV1821, p. 14 (PDF) (La référence); J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-104, p. 99 et 100; P. DESLAURIERS, préc., note 42, EYB2015CDD95, p. 36 (PDF) (La référence).

⁵¹ *Camden-Bourgault c. Brochu*, préc., note 41, par. 43; *Lamarre c. Hôpital Sacré-Cœur*, préc., note 45, par. 58; *Liss c. Watters*, 2010 QCCS 3309, par. 142; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-30, p. 40; J.-P. MÉNARD, préc., note 42, EYB2002DEV593, p. 4 (PDF) (La référence).

⁵² J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-106, p. 101.

⁵³ *X. c. Mellen*, préc., note 10, par. 78-80.

⁵⁴ *Covet c. Jewish General Hospital*, préc., note 45, 1394.

l'importante place qu'occupe le consensualisme, condition *sine qua non* à l'existence d'un contrat, dans la détermination de la nature de ce rapport⁵⁵.

La nature du rapport entre le patient et le médecin ou le centre hospitalier étant exposée, nous sommes en mesure de nous pencher sur l'intensité des obligations auxquelles ces derniers sont tenus envers les patients.

2. LES OBLIGATIONS DES MÉDECINS ET DES CENTRES HOSPITALIERS

En responsabilité professionnelle, il existe une forte tendance jurisprudentielle et doctrinale selon laquelle les professionnels, incluant les médecins, sont généralement tenus à une obligation de moyens ou de diligence⁵⁶. Par ailleurs, l'article 83 du *Code de déontologie des médecins*, en vertu duquel « le médecin doit s'abstenir de garantir, expressément ou implicitement, l'efficacité d'un examen, d'une investigation ou d'un traitement ou la guérison d'une maladie », semble appuyer cette position. À l'instar des médecins, les centres hospitaliers sont, eux aussi, généralement tenus à une obligation de diligence⁵⁷. Or, en dépit de ces tendances, il peut arriver que tant les médecins que les centres hospitaliers soient tenus à une obligation de résultat. Toutefois, en ce qui a trait plus particulièrement à l'obligation de diligence à laquelle les médecins sont généralement tenus, il importe de procéder à une analyse des impacts de la transposition en responsabilité médicale du standard jurisprudentiel et doctrinal généralement appliqué en droit civil québécois aux fins de l'évaluation de la rétention de la responsabilité d'une personne ayant failli à l'exécution d'une obligation de diligence puisque ce standard subit une certaine modulation en fonction de la réalité propre au domaine médical.

⁵⁵ *Covet c. Jewish General Hospital*, préc., note 45, 1394; *Lamarre c. Hôpital Sacré-Cœur*, préc., note 45, par. 58; J.-F. LEROUX, préc., note 45, EYB2011DEV1821, p. 7 (PDF) (La référence); J.-L. BAUDOUIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-29, p. 38 et 39.

⁵⁶ *Brochu c. Camden-Bourgault*, [2001] R.R.A. 295 (C.A.), par. 32; *Drolet c. Côté*, [1986] R.R.A. 11 (C.A.), par. 34; *Hébert c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital de l'Enfant-Jésus*, 2011 QCCA 1521, par. 35; *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, [1997] R.J.Q. 2121 (C.A.), par. 22; *Hôpital général de la région de l'amiante Inc. c. Perron*, préc., note 12, par. 52; *Lacroix c. Léonard*, [1992] R.R.A. 799 (C.S.), 803; *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, préc., note 12, par. 25; *Roberge c. Bolduc*, préc., note 10, par. 43; *S.T. c. Dubois*, 2008 QCCS 1431, par. 20 et 21; J.-L. BAUDOUIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-34, p. 44 et 45; Patrick A. MOLINARI, « La responsabilité civile de l'avocat », (1977) 37 *R. du B.* 275, 282; P.-A. CRÉPEAU, préc., note 12, 28 et 29.

⁵⁷ *Hôpital général de la région de l'amiante Inc. c. Perron*, préc., note 12, par. 52; *Lamarre c. Hôpital Sacré-Cœur*, préc., note 45, par. 59; *S.T. c. Dubois*, préc., note 56, par. 21.

2.1 Les obligations de moyens et la prise en considération de l'ensemble des circonstances afin d'évaluer leur intensité

Parmi la myriade d'obligations de moyens auxquelles sont tenus les médecins, mentionnons notamment celles de renseignement⁵⁸, d'assiduité⁵⁹, de prodiguer des soins médicaux⁶⁰ et de poser un diagnostic⁶¹. Toutefois, tel que susmentionné, quelle que soit l'obligation de diligence, le débiteur doit généralement démontrer qu'il a agi comme un débiteur normal, c'est-à-dire raisonnablement prudent et diligent, aurait agi dans les mêmes circonstances, quoiqu'en vain, afin d'éviter que sa responsabilité ne soit retenue lorsqu'il échoue à l'exercice adéquat d'une obligation de moyens⁶². En responsabilité médicale, il tombe sous le sens que la conduite du médecin soit évaluée par les tribunaux « par rapport à la conduite d'un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances »⁶³. Or, la réalité particulière du domaine médical appelle à tenir compte de plusieurs éléments qui y sont propres afin d'appliquer convenablement et justement ce standard jurisprudentiel et doctrinal aux médecins⁶⁴.

D'abord, il est impératif de prendre en considération l'ensemble des circonstances précises dans lesquelles est survenue la faute alléguée, ce qui implique, entre autres, de se replacer à l'époque à laquelle les événements sont arrivés⁶⁵. Sur ce point, les propos de la juge L'Heureux-Dubé dans l'arrêt *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur* sont fort révélateurs, celle-ci ayant mis en garde les tribunaux « de ne pas se fier à la vision parfaite que permet

⁵⁸ *Bouchard c. Villeneuve*, [1996] R.J.Q. 1920 (C.S.), par. 43-47; Pauline LESAGE-JARJOURA, Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale – Le droit dans le quotidien de la médecine*, 3^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007, EYB2007RCM9, n° 188-191 (La référence).

⁵⁹ *Fédération des médecins spécialistes du Québec c. Conseil pour la protection des malades*, 2014 QCCA 459, par. 89.

⁶⁰ P. LESAGE-JARJOURA, R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 58, EYB2007RCM15, n° 290 (La référence).

⁶¹ J.-L. BAUDOUIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-72, p. 78.

⁶² D. LLUELLES et B. MOORE, préc., note 23, n° 104 et 105, p. 50 et 51.

⁶³ *Lacroix c. Léonard*, préc., note 56, 806; *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, préc., note 12, par. 25; *Ter Neuzen c. Korn*, [1995] 3 R.C.S. 674, par. 33; J.-L. BAUDOUIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-34, p. 45.

⁶⁴ J.-L. BAUDOUIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-35, p. 46-48; P. DESLAURIERS, préc., note 42, EYB2015CDD95, p. 7 et 8 (PDF) (La référence).

⁶⁵ *Lacroix c. Léonard*, préc., note 56, 806; *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, préc., note 12, par. 28; *S.T. c. Dubois*, préc., note 56, par. 19; P. DESLAURIERS, préc., note 42, EYB2015CDD95, p. 8 (PDF) (La référence).

le recul »⁶⁶. Cet exercice implique notamment de tenir compte des connaissances qu'un médecin aurait « raisonnablement dû posséder à l'époque de la négligence alléguée »⁶⁷ de même que des moyens et des ressources dont il aurait raisonnablement dû disposer à l'époque⁶⁸. D'ailleurs, la clémence du tribunal envers le médecin peut varier selon la quantité et la qualité des ressources à sa disposition; ainsi, un juge sera plus exigeant dans son évaluation de la responsabilité d'un professionnel de la santé œuvrant dans un environnement où il dispose de ressources plus sophistiquées et plus avancées que la moyenne⁶⁹. Qui plus est, les tribunaux québécois ont souligné à maintes reprises l'importance de prendre en considération le déroulement exact des événements ainsi que les circonstances ayant pu influencer ces derniers, et l'une des circonstances fondamentales qui doivent être prises en compte est la situation d'urgence dans laquelle se serait trouvé un professionnel de la santé⁷⁰. La prise en compte de l'existence d'une telle situation est d'autant plus fondamentale qu'un tribunal peut se montrer plus clément envers le médecin : par exemple, le fait d'avoir cassé la dent d'une patiente lors d'une intubation en raison de la rapidité avec laquelle le médecin a dû procéder, la patiente faisant face à un danger de mort imminente, pourra être assimilé à un accident malencontreux plutôt qu'à une faute⁷¹.

De plus, il importe également de considérer le degré de spécialisation du professionnel de la santé, sa conduite devant être comparée à celle d'un spécialiste d'habileté moyenne dans son domaine. Par exemple, la conduite d'un urgentologue spécialisé devra être comparée à celle d'un urgentologue spécialisé prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances, et non à celle d'un médecin non spécialisé prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances⁷². Par ailleurs, mentionnons que cette dimension du standard jurisprudentiel quant à l'habileté du professionnel de la santé variera non seulement en fonction de sa spécialisation, mais également de ses

⁶⁶ *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, préc., note 12, par. 28.

⁶⁷ *Ter Neuzen c. Korn*, préc., note 63, par. 34.

⁶⁸ *Brochu c. Camden-Bourgault*, préc., note 56, par. 35; *Lacroix c. Léonard*, préc., note 56, 806.

⁶⁹ *Brochu c. Camden-Bourgault*, préc., note 56, par. 35.

⁷⁰ *Béliveau c. Ciricillo*, [1997] R.R.A. 884 (C.Q.), 889; *Lacroix c. Léonard*, préc., note 56, 805.

⁷¹ *Béliveau c. Ciricillo*, préc., note 70, 889.

⁷² *Brochu c. Camden-Bourgault*, préc., note 56, par. 35; *Hôpital général de la région de l'amiante Inc. c. Perron*, préc., note 12, par. 52; *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, préc., note 12, par. 27; *McCormick c. Marcotte*, [1972] R.C.S. 18, par. 6; *Ter Neuzen c. Korn*, préc., note 63, par. 33.

agissements dans le cadre de sa pratique. Ainsi, si un généraliste décide d'outrepasser son champ de compétence en entreprenant des tâches propres à un spécialiste, son comportement sera alors comparé à celui d'un spécialiste raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances⁷³. Cette variation basée sur les agissements du professionnel nous semble d'autant plus appropriée que le *Code de déontologie des médecins*, à son article 42, prévoit qu'un médecin doit, « dans l'exercice de sa profession, tenir compte de ses capacités, de ses limites ainsi que des moyens dont il dispose » et déléguer ses responsabilités à un collègue ou consulter l'un de ses confrères si « l'intérêt du patient l'exige ».

Ceci dit, lorsque vient le temps d'évaluer si les agissements d'un médecin correspondent à ceux d'un médecin raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances, il est tout à fait légitime de se demander si le fait qu'un professionnel ait employé une pratique généralement suivie dans son milieu comme moyen pour parvenir à un résultat est garant de son exonération. La Cour suprême s'est déjà penchée sur la question et a répondu par la négative⁷⁴. En effet, il ne suffit pas qu'un professionnel suive une pratique professionnelle courante dans son milieu pour échapper à sa responsabilité s'il commet une faute ce faisant puisqu'il faudra encore que le caractère raisonnable de cette pratique puisse être démontré⁷⁵. Ainsi, si l'usage d'une telle pratique par un professionnel peut constituer une preuve de conduite diligente et raisonnable, il peut néanmoins engager sa responsabilité dans l'éventualité où elle ne serait pas jugée conforme aux normes générales de responsabilité par le tribunal⁷⁶. Or, cet enseignement de la Cour suprême fut nuancé et balisé par la Cour d'appel dans l'arrêt *Leduc c. Soccio*, où il a été reconnu que lorsqu'un juge évalue le caractère raisonnable d'une pratique, il ne peut prétendre à une connaissance équivalente à celle d'un expert témoignant sur cette dernière et doit donc se rabattre sur les règles de l'art propres à ce domaine⁷⁷. Cette nuance apportée par la Cour d'appel permet donc de prévenir qu'un juge ne détermine de manière subjective la norme comportementale d'un professionnel

⁷³ *Harewood c. Spanier*, [1995] R.R.A. 147 (C.S.), par. 87; P. DESLAURIERS, préc., note 42, EYB2015CDD95, p. 8 (PDF) (La référence).

⁷⁴ *Roberge c. Bolduc*, préc., note 10, par. 176 et 185.

⁷⁵ *Id.*, par. 176.

⁷⁶ *Id.*, par. 185; *G. v. C.*, [1960] B.R. 161, 167.

⁷⁷ *Leduc c. Soccio*, 2007 QCCA 209, par. 76-78.

prudent et diligent œuvrant dans un domaine spécialisé dans lequel ce juge est profane⁷⁸. Toutefois, dans l'arrêt *Hébert c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital de l'Enfant-Jésus*, la Cour d'appel a pris soin, quelques années plus tard, de mettre en lumière la latitude laissée aux magistrats dans leur évaluation d'une telle pratique. Si, dans cet arrêt, la Cour d'appel rappela « l'étroitesse de la brèche » ouverte par la Cour suprême « dans la muraille apparemment infranchissable qui se dressait contre un réclamant lorsqu'un professionnel établissait que sa conduite se conformait à tous égards aux enseignements et aux usages reconnus dans une sphère d'activité donnée »⁷⁹, elle soutint, en se basant sur certains enseignements de la Cour suprême, qu'un juge, nonobstant l'étendue de ses connaissances dans un domaine spécialisé, peut considérer l'exercice d'une pratique professionnelle comme constituant de la négligence lorsqu'elle n'est pas conforme aux règles élémentaires de prudence qui peuvent être facilement comprises par un profane ou lorsqu'il s'agit de questions relevant du sens commun⁸⁰. À titre d'exemple, un juge n'a nul besoin, pour évaluer la fiabilité d'un rapport d'expertise, du savoir d'un expert pour déterminer « qu'un rapport doit être "objectif et rigoureux", que les données rapportées doivent être exactes et pertinentes et que les faits mettant en doute la probité d'une personne doivent avoir été vérifiés avec soin » puisque ces exigences sont les mêmes pour toute discipline⁸¹.

Quant aux centres hospitaliers, ils sont, à l'instar des professionnels de la santé, généralement tenus à une obligation de moyens, et ce, en ce qui a trait aux services médicaux⁸². En effet, nous verrons que pour les services qui ne sont pas de nature médicale, la doctrine tend plutôt à reconnaître que les centres hospitaliers sont tenus à une obligation de résultat⁸³. Néanmoins, parmi les obligations de diligence auxquelles ils

⁷⁸ *Leduc c. Soccio*, préc., note 77, par. 81.

⁷⁹ *Hébert c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital de l'Enfant-Jésus*, préc., note 56, par. 60 et 61.

⁸⁰ *Id.*, par. 61; *Ter Neuzen c. Korn*, préc., note 63, par. 42-44.

⁸¹ *Fortier c. Lavoie*, 2012 QCCA 754, par. 12 et 18.

⁸² *Hôpital général de la région de l'amiante Inc. c. Perron*, préc., note 12, par. 52; *Lamarre c. Hôpital Sacré-Cœur*, préc., note 45, par. 59; *S.T. c. Dubois*, préc., note 56, par. 21.

⁸³ *Richard c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1975] C.S. 223, 224; Luc DE LA SABLONNIÈRE et Marie-Nancy PAQUET, « La responsabilité hospitalière et l'utilisation du matériel » dans *S.F.C.B.Q.*, vol. 343, *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2011, p. 101; Paul-André CRÉPEAU, « La responsabilité civile de l'établissement hospitalier en droit civil canadien », (1981) 26 *McGill L.J.* 673, 714.

sont tenus, on retrouve notamment celles de sécurité envers les personnes qui les fréquentent ou qu'ils hébergent⁸⁴, de fournir des soins de santé et hospitaliers de manière prudente et diligente⁸⁵ ainsi que de prendre les moyens nécessaires afin d'atteindre les objectifs que posent les normes québécoises en matière de triage⁸⁶.

2.2 Les obligations de résultat en responsabilité médicale et hospitalière : exceptions à la règle générale

Malgré le fait que les médecins, comme tous professionnels, et les centres hospitaliers soient généralement tenus à des obligations de moyens, il peut arriver qu'ils soient tenus à des obligations de résultat dans certains cas.

En ce qui concerne les médecins, bien que l'article 83 du *Code de déontologie des médecins* leur interdit de promettre à un patient de parvenir à un résultat, il peut arriver qu'un médecin transgresse cette obligation d'ordre déontologique, transformant de ce fait l'obligation de moyens lui incombant en obligation de résultat⁸⁷. De plus, si le médecin décide, dans le cadre de sa pratique, d'assumer une obligation de résultat qui incomberait normalement à d'autres membres du personnel hospitalier tels que les infirmiers, l'intensité de cette obligation ne s'en retrouvera pas amoindrie par le simple fait que le médecin l'assume : tel est le cas, par exemple, du médecin qui se charge de la fourniture de médicaments ou de tâches de contrôle arithmétique comme le décompte d'instruments chirurgicaux et de compresses⁸⁸. Certaines dispositions législatives imposent également des obligations légales de résultat aux médecins, parmi lesquelles on retrouve notamment celle de rédiger une ordonnance lisiblement⁸⁹.

⁸⁴ *P.R. c. Centre hospitalier régional de Rimouski*, [2005] R.R.A. 37 (C.S.), par. 17; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-95, p. 93; P. DESLAURIERS, préc., note 42, EYB2015CDD95, p. 34 (PDF) (La référence).

⁸⁵ *Richard c. Hôtel-Dieu de Québec*, préc., note 83, 224.

⁸⁶ *Noël-Voizard c. Centre de santé et de services sociaux de Lasalle et du Vieux-Lachine*, 2007 QCCQ 5118, par. 31, 43 et 44.

⁸⁷ D. LLUELLES et B. MOORE, préc., note 23, n° 106, p. 51.

⁸⁸ *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, préc., note 56, par. 22 et 27-29; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-39, p. 51; P. DESLAURIERS, préc., note 42, EYB2015CDD95, p. 7-9 (PDF) (La référence).

⁸⁹ *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, RLRQ, c. M-9, r. 25, art. 5.

Quant aux centres hospitaliers, il importe, de prime abord, de souligner que l'intensité des obligations auxquelles ils sont tenus varie selon le type de service rendu⁹⁰. En effet, une distinction s'impose à cet égard entre les services médicaux et les services non médicaux ou non professionnels fournis par un hôpital⁹¹. En ce qui concerne les services non professionnels, lesquels englobent notamment l'hébergement ainsi que les prestations qui y sont liées, telle que celle de nourrir les patients, une doctrine majoritaire soutient que ces obligations sont de résultat⁹². Parmi les obligations de résultat auxquelles sont tenus les hôpitaux, on retrouve aussi celles d'assurer le bon fonctionnement des appareils utilisés pour les soins hospitaliers⁹³ et d'alimenter les patients avec des produits qui ne seraient pas contre-indiqués par leur régime⁹⁴. Toutefois, il est à noter que le droit civil québécois reconnaît une exception, soit l'obligation que le centre hospitalier assume « relativement au dépôt nécessaire fait par le patient des biens, vêtements et autres objets lui appartenant », qui est plutôt reconnue comme en étant une de diligence⁹⁵. Concernant les services médicaux, tel que susmentionné, les centres hospitaliers sont généralement tenus à une obligation de diligence.

Outre cette reconnaissance doctrinale à l'effet que les centres hospitaliers assument généralement une obligation de résultat relativement à la prestation de services non médicaux, une jurisprudence relativement marginale admet également qu'un centre hospitalier puisse être tenu à une obligation de sécurité qui serait de résultat lorsque la nature du lien entre l'hôpital et le patient est considérée comme étant contractuelle⁹⁶. De plus, les centres hospitaliers sont également tenus de respecter plusieurs obligations législatives, lesquelles s'avèrent être de résultat, notamment celles de se doter d'un code

⁹⁰ J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-36, p. 48.

⁹¹ *Id.*, p. 48 et 49.

⁹² *Id.*, p. 48; L. DE LA SABLONNIÈRE et M.-N. PAQUET, préc., note 83, p. 101; P.-A. CRÉPEAU, préc., note 83, 714.

⁹³ *Richard c. Hôtel-Dieu de Québec*, préc., note 83, 224.

⁹⁴ Alain BERNARDOT et Robert P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions R.D.U.S., 1980, n° 453, p. 299.

⁹⁵ *Id.*, n° 455 et s., p. 300 et s.; C.c.Q., art. 2295 à 2297; *Von Feuersenger c. Centre hospitalier St. Mary's*, [2002] R.J.Q. 3347 (C.Q.), par. 25-34; J.-L. BAUDOIN, B. MOORE et P. DESLAURIERS, préc., note 1, n° 2-36, p. 49.

⁹⁶ *Rizk c. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*, préc., note 38, par. 8.

d'éthique et de le remettre à tout usager qui en fait la demande⁹⁷, et de publier leurs rapports financiers annuels sur leurs sites Internet⁹⁸.

3. L'ALLOCATION DES RESSOURCES DANS LE DOMAINE MÉDICAL : VARIATION DE L'INTENSITÉ DES OBLIGATIONS ET CONTROVERSE

Comme nous avons pu le constater, les médecins et les centres hospitaliers sont généralement tenus à une obligation de moyens et plusieurs facteurs propres au milieu médical doivent être pris en considération aux fins de l'application du standard doctrinal et jurisprudentiel du médecin raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances.

Or, dans la mesure où les centres hospitaliers québécois sont des institutions publiques, la quantité de ressources allouées à ces derniers par le gouvernement de même que leur gestion par les centres hospitaliers sont des facteurs pouvant affecter la qualité des services reçus par les patients et même parfois être liés à un préjudice causé à un patient, notamment en cas d'insuffisance ou de mauvaise gestion des ressources. Or, cette éventualité doit être prise compte lors de l'évaluation de la responsabilité d'un médecin ou d'un centre hospitalier, ce qui est d'ailleurs reconnu par la jurisprudence⁹⁹. Qui plus est, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹⁰⁰ prévoit que le droit de choisir un établissement et un professionnel de même que celui des services de santé et des services sociaux « s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose »¹⁰¹. Le législateur impose ainsi expressément cette prise en considération des ressources dont dispose un centre hospitalier, certains droits garantis aux patients¹⁰² étant intrinsèquement liés aux situations pouvant être influencées par l'allocation et la gestion des ressources. Puisque cette prise en compte s'avère obligatoire et qu'un centre hospitalier peut être poursuivi et possiblement voir sa responsabilité engagée pour un préjudice causé à des patients

⁹⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-42, art. 233.

⁹⁸ *Id.*, art. 295 al. 2.

⁹⁹ *Brochu c. Camden-Bourgault*, préc., note 56, par. 35; *Noël-Voizard c. Centre de santé et de services sociaux de Lasalle et du Vieux-Lachine*, préc., note 86, par. 43.

¹⁰⁰ L.R.Q., c. S-4.2.

¹⁰¹ *Id.*, art. 13.

¹⁰² *Id.*, art. 5 et 6.

lorsque celui-ci découle d'une certaine limitation des ressources allouées au centre¹⁰³, il devient intéressant de se pencher sur la question de savoir si l'abondance ou la limitation des ressources en milieu hospitalier constitue une circonstance atténuante ou, plutôt, une circonstance aggravante à la responsabilité du centre hospitalier et du professionnel de la santé.

3.1 L'abondance des ressources en milieu hospitalier

Bien que la question de savoir si la limitation des ressources en milieu hospitalier constitue une circonstance atténuante ou une circonstance aggravante à la responsabilité d'un centre hospitalier ou d'un professionnel de la santé soit, comme nous le verrons, source de controverse, la question de l'abondance des ressources en tant que circonstance aggravante ou atténuante semble avoir été résolue par les tribunaux. En effet, la jurisprudence reconnaît que le fait qu'un professionnel de la santé œuvre dans un centre hospitalier disposant de ressources et de capacités « de haut niveau » est un facteur qui doit être pris en compte lorsque vient le temps de déterminer si le professionnel de la santé a agi comme un professionnel raisonnablement prudent et diligent aurait agi dans les mêmes circonstances. L'abondance des ressources dont dispose un professionnel de la santé de même que la qualité supérieure à la moyenne de ces ressources constituent des facteurs faisant en sorte que le tribunal devra se montrer plus exigeant à son égard¹⁰⁴. Or, si l'abondance des ressources en milieu hospitalier a clairement été assimilée à une circonstance aggravante à la responsabilité du professionnel de la santé, la jurisprudence traitant de la question de la limitation des ressources n'est pas aussi limpide.

3.2 La limitation des ressources en milieu hospitalier : une circonstance atténuante ou aggravante?

En droit québécois, les tribunaux n'ont pas adopté de position de principe quant à savoir si les situations découlant de la limitation des ressources en milieu hospitalier constituent des circonstances atténuantes ou aggravantes à la responsabilité des centres hospitaliers et des professionnels de la santé et il ressort de la jurisprudence qu'ils sont

¹⁰³ *Cilinger c. Centre hospitalier de Chicoutimi*, [2004] R.J.Q. 3083 (C.S.), par. 121.

¹⁰⁴ *Brochu c. Camden-Bourgault*, préc., note 56, par. 35; *Harewood c. Spanier*, préc., note 73, par. 169; *S.T. c. Dubois*, préc., note 56, par. 138 et 139.

extrêmement divisés sur la question, allant même jusqu'à se contredire dans certains cas¹⁰⁵.

D'abord, dans certains jugements de la Cour d'appel et de tribunaux de première instance, la limitation des ressources a été considérée comme une circonstance atténuante à la responsabilité des centres hospitaliers et des médecins, ce qui permet de croire que le manque de ressources pourrait être plaidé comme moyen de défense par les centres hospitaliers ou les professionnels de la santé afin que leur responsabilité ne soit pas retenue ou, du moins, atténuée. Parmi les situations inhérentes à une certaine limitation des ressources en milieu hospitalier qui ont été assimilées à des circonstances atténuantes à la responsabilité d'un centre hospitalier ou d'un professionnel de la santé lorsque ces situations sont liées au préjudice causé, mentionnons l'imposition d'une charge trop lourde à un professionnel de la santé spécialisé en raison d'une pénurie de spécialistes¹⁰⁶ ainsi que la lenteur du système de santé lorsque celle-ci est attribuable à un manque de ressources¹⁰⁷. À l'inverse, certains jugements, tant de la Cour d'appel que de tribunaux de première instance, considèrent une telle limitation comme une circonstance aggravante à la responsabilité d'un centre hospitalier. Parmi les situations découlant d'une certaine limitation des ressources en milieu hospitalier qui furent conçues comme étant des circonstances aggravantes à la responsabilité lorsque ces situations sont intrinsèquement liées au préjudice causé, on retrouve l'imposition d'une charge de travail trop lourde à un professionnel de la santé¹⁰⁸, l'omission d'un centre hospitalier de fournir un personnel approprié à un professionnel afin d'assurer la surveillance de ses patients¹⁰⁹ et le manque de personnel en certaines journées plus achalandées que la normale¹¹⁰.

¹⁰⁵ *Caron c. Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) (Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL))*, 2006 QCCS 3293, par. 55 et 65; *Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*, [2000] R.J.Q. 2110 (C.Q.), par. 45; *Hôpital général de la région de l'amiante Inc. c. Perron*, préc., note 12, par. 82; *Houde c. Côté*, [1987] R.J.Q. 723 (C.A.), par. 126.

¹⁰⁶ *Hôpital général de la région de l'amiante Inc. c. Perron*, préc., note 12, par. 82.

¹⁰⁷ *Noël-Voizard c. Centre de santé et de services sociaux de Lasalle et du Vieux-Lachine*, préc., note 86, par. 50.

¹⁰⁸ *Caron c. Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) (Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL))*, préc., note 105, par. 55 et 65; *Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*, préc., note 105, par. 45; *Houde c. Côté*, préc., note 105, par. 126.

¹⁰⁹ *Houde c. Côté*, préc., note 105, par. 126.

¹¹⁰ *Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*, préc., note 105, par. 45.

Néanmoins, malgré cette divergence, en ce qui concerne plus particulièrement la question connexe à celle de la limitation des ressources en milieu hospitalier qu'est celle de savoir si la désuétude ou l'absence d'un certain équipement dans un centre hospitalier peut être source de rétention de la responsabilité de l'hôpital si la désuétude ou l'absence de cet équipement est inhérente à un préjudice causé, la jurisprudence semble être fixée. Il importe, pour déterminer si la responsabilité du centre hospitalier doit être retenue, de vérifier si l'équipement était disponible dans d'autres centres hospitaliers, auquel cas la responsabilité du centre peut être retenue si la désuétude ou l'absence de l'équipement a concouru à la survenance du dommage causé¹¹¹, ou si sa présence dans un ou certains centres hospitaliers est davantage une exception à la norme que la norme elle-même, auquel cas la responsabilité du centre hospitalier en cause ne sera pas retenue¹¹².

Pour revenir à la controverse relative à l'impact de la limitation des ressources en milieu hospitalier sur la responsabilité des hôpitaux et des médecins, soulignons qu'il a été reconnu que la responsabilité du gouvernement ne peut être engagée en cas de préjudice causé par une situation inhérente à une telle limitation qui, pourtant, peut être la cause d'un manque de ressources allouées par le gouvernement lui-même, puisque l'allocation s'avère être une décision de nature politique¹¹³. Considérant l'état de la jurisprudence à cet égard, il est légitime de se questionner sur la voie que devraient prendre les tribunaux et le législateur, eu égard aux nombreuses questions que soulève cette controverse. En effet, puisque l'allocation des ressources aux centres hospitaliers du Québec relève du gouvernement, est-ce acceptable de retenir la responsabilité d'un centre hospitalier lorsqu'un préjudice causé à un patient est directement lié non pas à une gestion des ressources laissant à désirer, mais à une situation provoquée par un manque de ressources allouées par l'État? En ce qui a trait à la gestion des ressources par les centres hospitaliers, bien qu'une situation préjudiciable à un patient puisse découler dans une certaine mesure d'une gestion discutable de ces ressources, ne faudrait-il pas prendre en considération le fait que les centres hospitaliers puissent être acculés au pied du mur en terme de prise de décisions et relativiser ce qu'est, au fond, une « mauvaise gestion

¹¹¹ *Landry c. Hôpital St-François d'Assise*, [1996] R.R.A. 218 (C.S.), 243 et 244.

¹¹² *Bureau c. Dupuis*, [1997] R.R.A. 459 (C.S.), 476.

¹¹³ *Cilinger c. Centre hospitalier de Chicoutimi*, préc., note 103, par. 121; *Cilinger c. Québec (Procureur général)*, [2004] R.J.Q. 2943 (C.A.), par. 12; *Just c. Colombie-Britannique*, [1989] 2 R.C.S. 1228, par. 44.

des ressources » à la lumière des ressources qui leur sont allouées? Quant aux médecins, ne devrait-on pas prendre en considération les ressources limitées avec lesquelles ils doivent composer, ce qui serait d'ailleurs cohérent avec la nécessaire prise en considération de l'ensemble des circonstances dans l'évaluation de leur responsabilité, dans la mesure où il serait injuste de les tenir responsables lorsque la négligence alléguée serait en partie le fruit de facteurs exogènes? Enfin, considérant l'ensemble de ces questions que nous estimons fort préoccupantes de même que le contexte actuel de coupures budgétaires, le législateur ne devrait-il pas s'empresse d'agir? Dans l'hypothèse où il déciderait de se pencher sur ces questions, nous examinerons quelques avenues envisageables.

3.3 Les perspectives d'avenir : entre doctrine, jurisprudence et intervention législative

L'ensemble des questions que soulève le flou juridique relativement à la limitation des ressources en milieu hospitalier en tant que circonstance atténuante ou aggravante de la responsabilité des centres hospitaliers et des professionnels de la santé amène, inévitablement, à envisager des perspectives d'avenir viables qui permettraient d'y remédier et, plus particulièrement, de pallier aux injustices qui peuvent en résulter.

Dans un texte rédigé au tout début des années 90, l'honorable François Tôth avance plusieurs pistes de solution, qui nous semblent toujours pertinentes à ce jour. Parmi celles-ci, il suggère que la responsabilité des centres hospitaliers soit retenue pour les fautes de ses médecins lorsque les fautes alléguées de ces derniers s'avèreraient être des conséquences de restrictions budgétaires que les centres hospitaliers auraient imposées aux services, l'auteur estimant que « si on doit maintenir un niveau élevé de qualité de soins alors qu'on coupe dans les services, il faut faire partager le fardeau de la responsabilité civile pouvant découler du manque de ressources autant aux hôpitaux qu'aux médecins »¹¹⁴. Si cette proposition, une fois érigée en législation par exemple, serait tout à l'avantage des victimes, il nous paraît nécessaire de prendre en considération le fait que le centre hospitalier en cause puisse avoir été contraint d'imposer ces restrictions en raison d'une allocation moindre de ressources par le gouvernement. Il

¹¹⁴ François TÔTH, « Contrat hospitalier moderne et ressources limitées : conséquences sur la responsabilité civile », (1990) 20 *R.D.U.S.* 313, 354.

faudrait alors, dans cette optique, se demander si le centre hospitalier était acculé au pied du mur au point où il lui était inenvisageable de procéder à des coupures à d'autres niveaux, auquel cas nous doutons fortement que justice soit rendue advenant une rétention de sa responsabilité. Somme toute, nous estimons qu'il faut se garder, dans l'éventualité où cette proposition serait envisagée, d'occulter la question de l'allocation des ressources par le gouvernement et qu'il faudrait donc inclure cet élément dans l'équation. De plus, Tôth propose d'envisager de permettre aux médecins de s'exonérer lorsqu'ils pourront « faire la preuve que le dommage résulte clairement d'un manque de ressources »¹¹⁵. Cette solution nous semble moins complexe à mettre en œuvre en pratique et plus viable à long terme. Ainsi, la transmutation de cette idée en législation fournirait une directive claire aux tribunaux et mettrait un terme à certaines contradictions jurisprudentielles sur la question de la rétention de la responsabilité des médecins lorsque la faute alléguée découle d'une certaine limitation des ressources, le professionnel de la santé en cause n'ayant qu'à démontrer selon la prépondérance des probabilités, conformément au fardeau de la preuve retenu en droit civil québécois, que le dommage peut être imputable à un manque de ressources plutôt qu'à une négligence délibérée. Enfin, Tôth suggère également l'implantation par le législateur d'un système d'indemnisation des victimes sans égard à la faute, à l'instar de ce qui a été mis en place au Québec pour les victimes d'accidents d'automobile et d'actes criminels¹¹⁶. Bien que cette solution paraisse attrayante à première vue, il est légitime de se questionner sur la viabilité d'un tel régime de même que sur le caractère réaliste de son implantation dans le contexte actuel. En effet, la dette brute du gouvernement du Québec surpassant les 275 milliards de dollars et le gouvernement actuel ayant pour principe directeur dans l'élaboration de ses politiques économiques le retour à l'équilibre budgétaire, il est peu probable qu'il envisage une telle avenue. D'ailleurs, on ne retrouve dans aucune plateforme politique provinciale une proposition similaire à celle de Toth sur ce point. De surcroît, afin d'éviter qu'un tel régime ne soit considéré comme un incitatif à la négligence par certains, de s'assurer qu'il remplisse réellement sa mission et qu'il soit

¹¹⁵ F. TÔTH, préc., note 114, 354.

¹¹⁶ *Id.*, 355; *Loi sur l'assurance automobile*, L.R.Q., c. A-25, art. 1, 2, 5, 7 al.1 et 2, 10, 83.57 et 83.64; *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, L.R.Q., c. I-6, art. 2, 3 a) b) c), 9 al. 1, 10, 11 al. 2 et 3, 13, 14 et 20.1.

véritablement au diapason avec l'objectif de contrer les injustices pouvant découler de la limitation des ressources en milieu hospitalier, il serait nécessaire, préalablement à l'indemnisation d'une victime, qu'il soit démontré que la faute alléguée résulte vraisemblablement d'une limitation des ressources, ce qui n'est pas une mince affaire, d'autant plus qu'un régime d'indemnisation sans égard à la faute ferait en sorte que l'indemnisation pouvant être reçue aux fins de réparation du préjudice subi tiendrait lieu de tous les droits et recours en raison de ce préjudice.

Finalement, il pourrait être envisagé de laisser le soin aux tribunaux de fixer les balises conditionnelles à la rétention de la responsabilité des centres hospitaliers et des professionnels de la santé lorsqu'une faute alléguée découle d'une certaine limitation des ressources ou, plutôt, de statuer sur cette rétention eu égard aux circonstances propres à chaque cas d'espèce. Cependant, nous estimons qu'il s'agit là d'une avenue juridiquement téméraire puisque, comme nous avons pu le constater, la controverse ainsi que la dissidence jurisprudentielle sur la question perdure depuis déjà près d'un demi-siècle et un jugement de principe clair tarde à être rendu par les tribunaux d'instances supérieures. Face à ce constat, nous sommes d'avis que la concrétisation d'une solution viable, à court comme à moyen terme, passe nécessairement par une intervention du législateur.

CONCLUSION

On constate que si la responsabilité médicale et hospitalière, branche de la responsabilité civile, est régie par les principes généraux de la responsabilité civile, ces derniers de même que certains standards jurisprudentiels et doctrinaux propres à cette branche de la responsabilité ont été façonnés par la nécessaire prise en considération de certains éléments propres au domaine de la santé. Or, parmi ces éléments, on retrouve la question de l'allocation des ressources aux centres hospitaliers par le gouvernement du Québec ainsi que la gestion des ressources par ces derniers, qui est source de dissension et de préoccupations en raison des iniquités pouvant en découler dont sont victimes les professionnels de la santé et les centres hospitaliers relativement à l'évaluation de leur responsabilité. Cette controverse amène à se demander si justice est réellement rendue dans certains cas et soulève plusieurs questions aussi légitimes que préoccupantes. Si les

pistes de solution potentielles abondent, le législateur s'est, jusqu'à maintenant, gardé d'étudier des mesures concrètes pouvant y mettre un terme et les tribunaux tardent à élaborer des balises jurisprudentielles claires qui permettraient de clarifier le flou juridique à la source même du problème. Ce problème et les préoccupations relativement à la rétention de la responsabilité des professionnels de la santé et des centres hospitaliers lorsqu'une faute alléguée serait liée à une certaine limitation des ressources en milieu hospitalier persistent donc et nous maintiennent, à ce jour, dans l'incertitude.