

iii) Surveillance en cours d'emploi

Volume 15, Number 2, 1974

La responsabilité hospitalière

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/041889ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/041889ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté de droit de l'Université Laval

ISSN

0007-974X (print)

1918-8218 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

(1974). iii) Surveillance en cours d'emploi. *Les Cahiers de droit*, 15(2), 347–355.
<https://doi.org/10.7202/041889ar>

recommandations devant être motivées si elles sont négatives ou restrictives⁹⁰.

En cas de non-renouvellement de sa nomination ou d'une restriction à son statut ou à ses privilèges, le médecin, encore ici, jouit d'une procédure d'appel. Elle est exercée sous la forme d'un grief logé devant le conseil d'arbitrage institué en vertu de l'article 92 de la loi et conformément aux articles 5.3.3.1 à 5.3.3.7⁹¹. Le conseil d'arbitrage peut alors entériner, annuler ou modifier la décision ayant donné lieu au grief⁹².

Comme on peut le voir, ces dispositions obligent le centre hospitalier à évaluer de nouveau ses médecins, et cela, en fonction des mêmes critères que ceux prescrits pour leur nomination. Il doit en effet, à la lumière de l'année écoulée, s'interroger à nouveau sur leur qualification et leur compétence scientifique. Quant à leur comportement, le conseil d'administration est plus à même de l'apprécier, étant donné leur présence dans l'établissement. Il devra rechercher à cet effet s'il y a eu de leur part, négligence, inconduite ou inobservance des règlements. Il est important de noter ici que le centre hospitalier, qui juge un médecin en défaut face à ces critères d'évaluation annuelle, peut lui refuser le renouvellement de sa nomination ou restreindre son statut ou ses privilèges.

Mais le devoir de contrôle du centre hospitalier semble aller encore plus loin.

iii) Surveillance en cours d'emploi

Les contrôles établis par les règlements de la Loi 48 débordent le cadre de la nomination et du renouvellement de celle-ci.

Les règlements, en effet, obligent le conseil des médecins et dentistes à instituer un comité d'évaluation médicale et dentaire qui peut à son tour former des sous-comités⁹³. Le comité a pour fonction :

- a) de veiller à ce que les dossiers soient tenus avec diligence et suivant les normes de qualité établies par le présent règlement ;
- b) de juger de la qualité des soins et traitements médicaux et dentaires donnés aux bénéficiaires ;
- c) de comparer les diagnostics préopératoires, postopératoires et anatomo-pathologiques ;
- d) d'examiner les dossiers des personnes qui présentent des complications ;

90. *Id.*, art. 5.3.1.21.

91. *Id.*, art. 5.3.1.20, al. 2.

92. *Id.*, art. 5.3.3.7.

93. *Id.*, art. 5.3.2.19.

- e) d'étudier les cas d'interventions chirurgicales où il n'y a pas eu d'exérèse; et
- f) d'étudier tout cas de décès survenu dans le centre hospitalier et particulièrement les mortalités maternelles et périnatales et de faire rapport au conseil des médecins et dentistes en cas de doute sur la qualité des actes professionnels posés antérieurement au décès »⁹⁴.

On précise au surplus que :

« Lorsque le comité a des raisons de croire que la *qualité* des soins fournis par un médecin ou dentiste, sa *compétence*, sa *diligence*, sa *conduite* ou son *observance des règlements n'est pas adéquate*, il doit adresser un rapport à cet effet au *comité exécutif* du conseil des médecins et dentistes »⁹⁵.

Le comité exécutif, après avoir pris connaissance des documents pertinents et entendu le médecin concerné ainsi que son avocat le cas échéant, décide s'il rejette le rapport ou s'il recommande, une sanction contre ce médecin⁹⁶. Dans la seconde possibilité, il transmet le dossier au conseil d'administration qui peut appliquer, après avoir entendu le médecin, l'une des sanctions suivantes :

- a) la réprimande ;
- b) le changement de statut ou la privation de certains privilèges ;
- c) la suspension de la nomination, du statut et des privilèges pour une période déterminée ; ou
- d) la révocation »⁹⁷.

Si sanction est prise, le médecin a la possibilité d'en appeler, selon le même mécanisme que nous avons vu précédemment pour le renouvellement des nominations, *i.e.*, par voie de grief devant le conseil d'arbitrage⁹⁸.

Notons finalement qu'en cas d'urgence sérieux, le directeur des services professionnels, le président du conseil des médecins et dentistes, le chef du département clinique concerné, ou en cas d'absence ou d'inaction de ces personnes, le directeur général peut décréter la suspension immédiate des privilèges de tout médecin œuvrant dans le centre hospitalier. Cette suspension doit être rappor-

94. *Id.*, art. 5.3.2.21.

95. *Id.*, art. 5.3.2.23. Notons ici, que les chefs de départements cliniques du centre hospitalier ont corrélativement des devoirs à cet égard. L'article 4.5.1.5 en effet édicte, entre autres, qu'ils doivent coordonner et surveiller les activités professionnelles et scientifiques exercées dans leur département, voir au maintien de la discipline et vérifier le travail professionnel des médecins et dentistes. Cet article ajoute qu'ils collaborent avec le conseil des médecins et dentistes au contrôle et à l'appréciation des actes médicaux et dentaires posés dans leur département et font rapport au conseil des médecins et dentistes à ce sujet.

96. *Id.*, art. 5.3.2.24 et 5.3.2.25.

97. *Id.*, art. 5.3.2.26.

98. *Id.*, art. 5.3.3.1 à 5.3.3.7.

tée immédiatement par la personne qui l'a prononcée au président du comité exécutif du conseil des médecins et dentistes. Elle a effet jusqu'à ce que le conseil d'administration rende une décision finale⁹⁹.

Les dispositions réglementaires auxquelles nous venons de référer imposent en somme au centre hospitalier un large devoir de surveillance continue sur ses médecins relativement à l'exercice de leur profession et à leur comportement. On peut donc constater encore ici que les mêmes critères d'évaluation doivent être retenus par le centre hospitalier¹⁰⁰ et que celui-ci a également le pouvoir d'imposer des sanctions sévères en cas d'inobservance de ces critères¹⁰¹.

Avant de faire le point, il nous faut signaler une dernière disposition que nous avons omise volontairement en cours de route parce qu'elle s'applique globalement aux mécanismes que nous venons de décrire. Elle concerne le registre des médecins et dentistes que doit tenir à jour le comité d'examens des titres¹⁰². Ce registre doit indiquer le statut et les privilèges de chaque médecin œuvrant dans le centre hospitalier¹⁰³. Mais le comité d'examen des titres doit :

« en outre, voir à ce qu'un dossier professionnel soit tenu sur chaque médecin ou dentiste... Ce dossier contient tous les documents relatifs à la nomination ou au renouvellement de nomination du médecin ou dentiste et à sa participation aux comités du conseil des médecins et dentistes et aux divers départements cliniques ; ce dossier contient en outre tous les rapports écrits au sujet du médecin ou dentiste, notamment par le comité d'évaluation médicale et dentaire.

Le dossier professionnel est conservé sous l'autorité du conseil des médecins et dentistes. Nul ne peut en prendre connaissance, sauf le médecin ou dentiste concerné, les membres du comité exécutif du conseil des médecins et dentistes et la corporation professionnelle à laquelle appartient le médecin ou dentiste...

Lorsqu'un médecin ou dentiste quitte ses fonctions dans un centre hospitalier, copie de ce dossier professionnel est transmise au conseil des médecins et dentistes du centre hospitalier dans lequel il fait une demande de nomination ou, sur demande, à la corporation professionnelle dont il est membre »¹⁰⁴.

Un dossier professionnel, portant sur les différents contrôles exercés, doit donc être tenu par le centre hospitalier sur chacun des médecins pratiquant chez lui et ce dossier suivra le médecin au cours de ses engagements successifs dans les établissements hospitaliers.

99. *Id.*, art. 5.3.2.29 et 5.3.2.30.

100. *Cf.*, *supra*, notes 94 et 95.

101. *Cf.*, *supra*, notes 97 et 99.

102. *Cf.*, *supra*, notes 84 et 85.

103. Art. 5.3.1.11, al. 1.

104. *Id.*, art. 5.3.1.11, al. 2, 3 et 5 ajoutés ultérieurement à cet article.

À la suite de l'étude statique que nous venons de faire, il convient maintenant de s'interroger sur l'impact que peuvent avoir les différentes dispositions retenues. Ces dispositions, en effet, ne justifient-elles pas, à prime abord, l'à-propos de la question que nous avons posée au préalable, *i.e.*, la Loi 48 et ses règlements donnent-ils ouverture à la reconnaissance d'un lien de préposition entre le centre hospitalier et ses médecins? Essayons de répondre à cette question en synthétisant les données que nous avons recueillies.

Les divers mécanismes de contrôle et de surveillance institués par les règlements de la loi-cadre des services de santé semblent nettement amoindrir l'autonomie professionnelle du médecin face à l'encadrement hospitalier. La présence constante de ces mécanismes auprès de l'activité professionnelle du médecin, de même que les structures hiérarchiques mises en place pour les faire fonctionner, témoignent bien de l'importance qu'ont voulu leur donner ces règlements.

Rappelons d'abord, les différentes manifestations de ces contrôles, qui, ne l'oublions pas, sont imposés au centre hospitalier.

Celui-ci, comme nous l'avons vu, est d'abord tenu, avant d'admettre un médecin à pratiquer chez lui, de l'évaluer quant à sa qualification, sa compétence scientifique et son comportement¹⁰⁵. Il doit, le cas échéant, tenir compte du dossier professionnel antérieur de ce médecin pour porter son jugement¹⁰⁶. Si ce jugement est favorable, il est tenu, en outre, de déterminer le statut et les privilèges de ce médecin, privilèges qui, on se souvient, viennent fixer son champ d'activité médicale¹⁰⁷. Cette première appréciation que fait le centre hospitalier sur ses médecins et qui décide de leur acceptation ou non peut donc être considérée en quelque sorte comme un contrôle *a priori* sur leurs activités professionnelles futures.

Mais, le renouvellement des nominations que doit effectuer annuellement le centre hospitalier revêt encore davantage l'aspect d'un contrôle direct exercé sur les médecins. À la lumière des observations qui ont pu être faites au cours de l'année écoulée, le médecin en effet est réévalué relativement à sa qualification et à sa compétence scientifique. On vérifie également s'il n'y a pas eu de sa part négligence, inconduite ou inobservance des règlements. Si elle est négative, cette évaluation peut se solder par une restriction du statut ou des privilèges du médecin et elle peut même entraîner le non-renouvellement de la nomination, ce qui en somme constitue un

105. *Id.*, art. 5.3.1.13.

106. *Id.*, art. 5.3.1.11, al. 5, On comprendra alors toute l'importance que peut avoir ce dossier.

107. *Id.*, art. 5.3.1.13, 5.3.1.1 et 5.3.1.8.

congédiement¹⁰⁸. Le centre hospitalier doit donc juger de la compétence et du comportement de ses médecins avant de leur permettre de continuer d'exercer leur profession dans l'établissement.

En plus de ce contrôle périodique, et c'est là le point culminant des dispositions réglementaires, le centre hospitalier est tenu d'exercer une surveillance permanente sur l'activité professionnelle de ses médecins. Cette obligation ressort clairement des articles touchant le comité d'évaluation médicale, comité qui doit être institué dans tout établissement hospitalier¹⁰⁹. Les fonctions de ce comité sont significatives sur ce point puisqu'il juge de la qualité des soins et des traitements médicaux, compare les diagnostics préopératoires, postopératoires et anatomo-pathologiques, examine les dossiers des personnes qui présentent des complications et étudie les cas d'interventions chirurgicales où il n'y a pas eu d'exérèse, de même que tous les cas de décès¹¹⁰. Et lorsqu'il a des raisons de croire que la qualité des soins fournis par un médecin, sa compétence, sa diligence, sa conduite ou son observance des règlements n'est pas adéquate, il a le devoir d'adresser un rapport au comité exécutif du conseil des médecins et dentistes¹¹¹ qui alors peut recommander une sanction au conseil d'administration, cette sanction pouvant aller jusqu'à la révocation¹¹². Notons également qu'en dehors de ce processus de contrôle les privilèges d'un médecin peuvent être suspendus sur le champ en cas d'urgence sérieux¹¹³. Remarquons finalement que les différents rapports concernant un médecin doivent apparaître à son dossier professionnel¹¹⁴ et que l'on en tiendra compte d'ailleurs au moment du renouvellement de sa nomination. On peut considérer en somme que les médecins sont soumis à une surveillance constante au cours de leurs activités professionnelles en milieu hospitalier.

Mais le contrôle du centre hospitalier sur ses médecins, dans les circonstances et selon les critères précis que nous venons de décrire, perdrait un peu de sa force s'il n'était pas encadré par des structures hiérarchiques bien organisées. Or, la Loi 48 et ses règlements ont établi de telles structures.

Nous avons vu qu'en vertu des règlements, c'est le conseil d'administration qui, dans le centre hospitalier, décide finalement de

108. *Id.*, 5.3.1.20.

109. *Id.*, art. 5.3.2.19.

110. *Id.*, art. 5.3.2.21, *cf., supra*, p. 347.

111. *Id.*, art. 5.3.2.23, *cf., supra*, p. 348.

112. *Id.*, art. 5.3.2.26.

113. *Id.*, art. 5.3.2.29.

114. *Id.*, art. 5.3.1.11, al. 2.

la nomination des médecins, de leur renouvellement et des sanctions qui s'imposent à certains égards¹¹⁵. Mais il ne faut pas oublier que le conseil des médecins et dentistes est tenu de lui faire préalablement des recommandations à cet effet¹¹⁶. Ceci est conforme à la Loi 48 qui édicte :

- « Le conseil des médecins et dentistes est responsable vis-à-vis du conseil d'administration :
- a) du contrôle et de l'appréciation des actes médicaux et dentaires posés dans l'établissement ;
 - b) du maintien de la compétence des médecins et dentistes exerçant dans l'établissement à un niveau suffisant pour assurer des services de qualité à la population en ce qui a trait aux soins médicaux et dentaires »¹¹⁷.

Il est d'ailleurs normal que l'activité professionnelle des médecins soit jugée par d'autres médecins. Aux fins de l'aider dans les fonctions de contrôle qui lui sont dévolues, les règlements obligent ce conseil à instituer deux comités, soit, le comité d'examen des titres¹¹⁸ et le comité d'évaluation médicale et dentaire¹¹⁹, dont nous avons vu le rôle majeur lors des mécanismes décrits plus haut.

Cette hiérarchie serait incomplète sans la présence d'un organe de contrôle qui soit plus près du médecin, *i.e.*, sur les lieux même de son travail. Les règlements ont prévu un tel palier par le biais des chefs de départements cliniques. Ceux-ci en effet collaborent avec le conseil des médecins et dentistes en surveillant les activités professionnelles des médecins de leur département et en faisant rapport de leur appréciation à ce conseil¹²⁰. Ils ont même, en cas d'urgence sérieux, le pouvoir de suspendre les privilèges d'un de leurs médecins¹²¹.

Signalons finalement que le législateur, afin de s'assurer que le conseil des médecins et dentistes exerce adéquatement les fonctions qu'il lui a confiées, a placé ce dernier sous le contrôle du directeur des services professionnels. Celui-ci, en effet, doit s'assurer que les comités de ce conseil :

115. *Id.*, art. 5.3.1.14, 5.3.1.20 et 5.3.2.26.

116. *Id.*, art. 5.3.1.13, 5.3.1.21 et 5.3.2.25.

117. L.Q. 1971, c. 48, a. 76. Compte tenu de la réforme récente des corporations professionnelles, le conseil des médecins et dentistes est compris comme étant le prolongement institutionnel de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Y. LEBOEUF, « Un conseil des médecins, est-ce nécessaire, pourquoi? », (1973) vol. XIX, n° 5, *L'Hôpital d'aujourd'hui*, 17-22.

118. *Id.*, art. 5.3.1.10.

119. *Id.*, art. 5.3.2.19.

120. *Id.*, 4.5.1.5, al. 2 et 3.

121. *Id.*, art. 5.3.2.29.

« s'aquittent de leurs fonctions... et contrôlent adéquatement les actes médicaux et dentaires posés dans l'établissement »¹²².

Il faut donc tenir compte de toute cette organisation lorsque l'on affirme que c'est le conseil d'administration qui finalement possède le pouvoir décisionnel. Remarquons au surplus que les textes auxquels nous avons référé ont mis en place différents mécanismes d'appel pour les médecins dans les cas où les décisions de ce conseil viennent les brimer dans leurs activités professionnelles. Ce rôle, comme nous l'avons vu, est joué, d'une part, pour la commission de revision¹²³ et, d'autre part, par le conseil d'arbitrage¹²⁴.

On peut donc s'apercevoir que les règlements qui ont suivi la Loi 48 ont, de par leur économie générale, imposé au centre hospitalier un large pouvoir de contrôle sur ses médecins et que les mécanismes établis à cet effet ont été structurés et organisés de façon à ce que ce contrôle puisse s'exercer de façon précise, sérieuse et continue. Les mesures que nous venons de décrire d'ailleurs surprennent peut-être ceux qui se sont opposés à la relation de préposition que voulait inclure expressément le législateur à l'alinéa 3 de l'article 92¹²⁵ de même que ceux qui réclamaient des mécanismes stricts de contrôle si cet alinéa était retenu¹²⁶. Mais il n'est pas inconcevable qu'en vertu du vaste pouvoir réglementaire que lui conférait la Loi 48, le gouvernement soit arrivé à créer implicitement une telle relation.

Les contrôles qui ont été mis en place, joints au pouvoir de sanction qui peut aller jusqu'au congédiement, ouvrent la porte, à notre avis, à une relation possible de préposition entre le centre hospitalier et ses médecins.

Remarquons d'abord qu'il est admis qu'il n'est pas nécessaire que le commettant exerce de fait son pouvoir de contrôle sur le préposé ; il suffit qu'il détienne ce pouvoir¹²⁷. Or, la Loi 48 et ses règlements accordent au centre hospitalier un tel pouvoir. Aussi, n'a-t-on pas à juger, si la relation existe, de l'efficacité ou non de l'exercice de ce pouvoir.

Signalons également que nulle part dans ces textes, on ne fait de distinction entre le médecin choisi et celui qui ne l'est pas ou sur le fait que le centre hospitalier ait assumé ou non des soins médicaux. Sans

122. L.Q. 1971, c. 48, a. 81, par. b.

123. *Id.*, art. 5.3.1.15 et 5.3.1.16.

124. *Id.*, art. 5.3.1.20 et 5.3.3.1 ; et art. 92 de la loi.

125. *Cf.*, *supra*, note 74.

126. *Cf.*, *supra*, note 79.

127. J.-L. BAUDOUIN, *op. cit.*, *supra*, note 42, 228.

doute que le patient qui désire poursuivre le centre hospitalier pour dommages subis à la suite de soins médicaux dispensés par celui-ci en vertu du contrat hospitalier préférera baser son action sur ce contrat hospitalier¹²⁸. Mais ce qui est important de noter, c'est que, quelle que soit la relation des médecins avec les patients, les contrôles du centre hospitalier existent sans distinction.

On ne peut passer sous silence toutefois le fait de l'autonomie professionnelle du médecin. Nous avons vu, d'ailleurs, que la Loi 48 et ses règlements, compte tenu de certaines réserves que nous avons apportées, semble la confirmer d'une certaine manière. Soulignons, cependant, que la relation préposé — commettant peut s'accommoder d'une initiative personnelle du préposé et, que la qualité de professionnel n'est pas obligatoirement incompatible avec celle de préposé¹²⁹. Les contrôles institués par les documents précités, pourrait-on rétorquer, ne sont exercés qu'*a posteriori*, sauf le cas d'urgence qui a été signalé; aussi, le centre hospitalier n'a-t-il pas vraiment le pouvoir de diriger le médecin lorsqu'il pose un diagnostic médical ou décide d'un traitement.

À cette argumentation, on peut opposer le raisonnement suivant. Nous croyons que le centre hospitalier exerce un contrôle que l'on peut qualifier d'*a priori*, lorsqu'il juge, au jour le jour, par l'intermédiaire du comité d'évaluation médicale, de l'activité professionnelle du médecin et lorsqu'il décide périodiquement à chaque année du renouvellement de sa nomination et des privilèges qui lui sont afférents. Ne peut-on pas dire alors qu'il assume par là le risque général de l'activité professionnelle de ce médecin face aux patients qui fréquentent son établissement. Si on a doté le centre hospitalier de tous les contrôles que nous avons décrits, n'est-ce pas pour protéger les patients qui ne sont pas en mesure de juger de la compétence et de la conduite des médecins. Remarquons d'ailleurs que la Loi 48 et ses règlements ont imposé au centre hospitalier l'exercice de ces contrôles. Donc, même si le médecin conserve une certaine autonomie dans sa pratique médicale, nous sommes d'avis, en raison de toutes ces considérations, que le centre hospitalier peut être considéré comme le commettant de ses médecins^{129a}.

Si cette législation récente peut laisser subsister quelques doutes relativement à cette interprétation, il est clair, cependant, abstraction

128. Cf., *supra*, pp. 337 à 340.

129. J.-L. BAUDOIN, *id.*, 226 et 228.

129a. Signalons que parmi les membres de notre équipe de recherche, le docteur Zamilda Fortin, agissant à titre de consultant, est dissident au sujet de l'existence d'un lien de préposition entre le centre hospitalier et le médecin.

faite de cette solution quasi-délictuelle, qu'elle vient aggraver la responsabilité du centre hospitalier face à ses patients. L'argumentation qui précède, en effet, démontre que le centre hospitalier a désormais la responsabilité de contrôler ses médecins lors de leur nomination et du renouvellement de celle-ci de même que de les surveiller au cours de leurs activités professionnelles quotidiennes.

L'obligation que l'établissement hospitalier a de mettre en place les mécanismes prévus peut être considérée comme une obligation de résultat alors que celle de les faire fonctionner de façon adéquate en serait une de moyen. Aussi, un patient pourrait-il, à notre avis, en dehors du contrat hospitalier à contenu médical, et même en sus de ce contrat, reprocher au centre hospitalier son inaction ou sa négligence quant à ces devoirs de contrôle. Ce dernier devrait alors établir qu'il a institué les organes prévus à la Loi 48 et ses règlements et que ceux-ci ont rempli fidèlement leurs devoirs en jugeant adéquatement de la compétence et du comportement du médecin impliqué. Le double devoir du centre hospitalier relativement à l'engagement de ses médecins et à la surveillance de leurs activités professionnelles était d'ailleurs reconnu, quoique de façon plus générale, par la doctrine avant même l'adoption de la loi-cadre des services de santé et de ses règlements ¹³⁰.

B - Les internes et les résidents

Il faut se demander maintenant si la situation des internes et des résidents diffère de celle des médecins. De quelle manière le centre hospitalier peut-il être amené à assumer la faute professionnelle des internes et des résidents travaillant chez lui?

1 - Position actuelle de la jurisprudence et critique

Tout comme nous l'avons fait antérieurement pour les médecins, voyons d'abord la réponse apportée par la jurisprudence à cette question.

Le problème qui nous intéresse semble avoir été soulevé pour la première fois dans l'arrêt *Religieuses Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de*

130. G. BLAIN, « La responsabilité médico-légale quant aux salles d'opération », *Bulletin de l'Association des médecins de langue française du Canada*, tome 92, février 1963, 211 et 212; BLAIN, « Problèmes actuels de responsabilité médico-hospitalière », *loc. cit., supra*, note 47, 212 et 214; P.-A. CRÉPEAU, « La responsabilité civile médicale et hospitalière », *loc. cit., supra*, note 51; C. TELLIER, « La responsabilité des conseils d'administration et des bureaux médicaux », 1969, 4 *Le médecin du Québec*, n° 5, 36 et 48.