

1 - Position actuelle de la jurisprudence et critique

Volume 15, numéro 2, 1974

La responsabilité hospitalière

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/041880ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/041880ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté de droit de l'Université Laval

ISSN

0007-974X (imprimé)

1918-8218 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

(1974). 1 - Position actuelle de la jurisprudence et critique. *Les Cahiers de droit*, 15(2), 319–327. <https://doi.org/10.7202/041880ar>

Sous-section 2 - Relations entre le personnel médical et le centre hospitalier face à la responsabilité médicale

Le centre hospitalier est-il responsable des fautes commises par le personnel médical à l'égard des patients qui y sont hospitalisés? Si oui, quelles sont la nature et l'étendue de cette responsabilité? Faut-il distinguer la situation des médecins de celle des internes et des résidents? Et, dans l'un et l'autre cas, le cadre de travail a-t-il quelque impact sur les solutions de ces problèmes?

Voilà autant de questions auxquelles nous essayerons de répondre à l'intérieur de la présente sous-section. Nous dégagerons, dans un premier temps, la position actuelle de la jurisprudence sur ces problèmes tout en faisant une analyse critique des données recueillies. Puis, nous nous interrogerons sur l'impact que peut avoir la législation récente sur ce sujet. Afin de vérifier si la distinction que nous avons faite dans la sous-section précédente, relativement à la composition du personnel médical, peut avoir une répercussion sur les solutions dégagées, nous examinerons à tour de rôle la situation des médecins et celle des internes et des résidents.

A - Les médecins

Quels sont donc les liens qui unissent les médecins au centre hospitalier?

1 - Position actuelle de la jurisprudence et critique

Nos tribunaux, à travers une évolution assez marquée, ont manifesté différentes lignes de force, contradictoires à certains égards, quant à la reconnaissance de la responsabilité du centre hospitalier face à une faute professionnelle des médecins qui y pratiquent. Nous nous servirons des arrêts de base sur la question pour tracer cette évolution.

Dans une première étape, la jurisprudence n'hésite pas à prononcer l'irresponsabilité du centre hospitalier pour la faute professionnelle de ses médecins. Deux arrêts majeurs consacrent ce principe¹⁹. Dans *Petit v. Hôpital Ste-Jeanne d'Arc*, il est défini ainsi par le juge McDougall :

19. Le principe est emprunté à l'arrêt anglais, *Hillyer v. Governors of St-Bartholomew's Hospital* [1909] 2 K.B. 820. Cet emprunt à la *Common Law* sera d'ailleurs critiqué par la doctrine.

« The hospital authority merely holds itself out as providing an institution where patients will be able to meet with skilled persons who will attend them. Where such authority retains the services of competent and qualified medical advisers and nurses and has provided fit and proper appliances for the treatment of patients, it has fully met its legal obligation and is not responsible for negligence of doctors and nurses while acting in the exercise of their professional functions and knowledge. It is not the defendant hospital which treats the patient; he is attended by the individual physician or surgeon who is entrusted with his case »²⁰.

Ce principe sera repris dans *Mellen v. Nelligan*²¹ où l'on affirme, entre autres, que les directeurs et les administrateurs d'un hôpital n'ont pas et ne peuvent avoir de contrôle sur les activités professionnelles d'un chirurgien attaché à l'hôpital, justifiant l'existence d'un lien de préposition selon le sens de l'article 1054 du C.c.

On peut voir qu'au départ la problématique qui nous intéresse est axée par les tribunaux sur le lien de préposition de l'article 1054 du *Code civil*. Malgré les nuances qu'ils apporteront par la suite, cet encadrement sera retenu.

C'est un arrêt de la Cour suprême, *Cardin v. La Cité de Montréal*²², qui vient, dans une seconde étape, opérer un virage par rapport au principe énoncé plus haut. Dans cette affaire, qui est étrangère au milieu hospitalier, un enfant avait été blessé au bras par le bris d'une aiguille hypodermique lors de l'injection d'un vaccin effectué à la clinique municipale par un médecin attaché à celle-ci. On reconnut que la faute du médecin était prouvée et on affirma sans discussion que celui-ci était alors le préposé de la ville dans l'exercice de ses fonctions²³, ce qui entraîna une responsabilité solidaire et conjointe de la part des deux défendeurs.

S'appuyant sur cette décision, les tribunaux commencèrent à infiltrer en milieu hospitalier la notion du lien de préposition pour qualifier dans certains cas la relation de l'établissement hospitalier avec ses médecins. De là naquit la distinction entre ce que l'on pourrait appeler « médecin employé » et « médecin indépendant ». Voyons donc les critères qui ont été utilisés pour identifier la première situation.

20. [1940] 78 C.S. 564, 565 et 566.

21. [1956] R.L. 129, 161 à 163. Confirmé à [1957] B.R. 389 où le seul *quantum* des dommages fut modifié.

22. [1961] R.C.S. 655, infirmant [1960] B.R. 205 et rétablissant C.S. Montréal, n° 386-140, 6 février 1959 (J. Charles-Édouard FERLAND).

23. *Id.*, R.C.S. 656; C.S. 3 et 7.

Dans *Beausoleil v. La Communauté des Sœurs de la Charité and another*²⁴, la demanderesse, qui avait subi une paralysie permanente à la suite d'une anesthésie rachidienne, poursuivait l'anesthésiste et l'hôpital. La faute du médecin étant prouvée, la Cour s'exprima ainsi quant à la responsabilité de l'hôpital :

« It is established that Dr Forest was employed by the hospital as chief anaesthetist and despite the efforts made to show that the salary paid him was for services rendered in a special and restricted field I am satisfied that he was held out to plaintiff as the hospital's anaesthetist, that he acted in this capacity and that plaintiff accepted him because of this. In this case the patient contracted with the hospital for all necessary services; of these one was the giving of the anaesthetic. On this premise and since for the purposes of this action I see no essential difference between the position of Dr Forest and that of any other employee, the hospital must answer for his fault »²⁵.

Dans un arrêt relativement récent de la Cour suprême, *Martel v. Hôtel-Dieu St-Vallier*²⁶, les mêmes principes furent repris par le juge Pigeon dans des circonstances quasi-analogues, *i.e.* paraplégie à la suite d'une anesthésie caudale et faute retenue contre l'anesthésiste. On y précise que l'anesthésiste a été affecté au demandeur, sans que ce dernier le choisisse, par le chef du service d'anesthésie, ce service étant un service de l'hôpital et non une entreprise distincte. Aussi, est-ce en vertu du contrat intervenu entre le patient et l'hôpital que cette anesthésie a été pratiquée²⁷. Et, de conclure le juge Pigeon :

« Le préjudice subi par le demandeur ayant donc été causé par une faute présumée de l'anesthésiste au cours de l'exécution des fonctions auxquelles il était préposé par l'hôpital, il faut conclure à la responsabilité quasi-délictuelle de l'institution »²⁸.

Dans ces deux arrêts, en somme, les motifs retenus pour justifier la reconnaissance d'un lien de préposition semblent être les suivants. Le patient, d'une part, n'a pas choisi le médecin qui lui a causé préjudice et, d'autre part, le service médical qu'il a reçu s'inscrit dans le cadre des services dispensés par l'hôpital en vertu du contrat hospitalier. À côté de ces deux éléments de base, il est également

24. [1965] B.R. 37, infirmant C.S. Mtl, n° 399-713, 12 sept. 1961 (J. André DEMERS).

25. *Id.*, 43, juge CASEY. Si ce passage fait ressortir une responsabilité contractuelle, voir cependant les juges RINFRET et OWEN (pp. 50 et 52) qui se prononcent clairement sur le plan délictuel.

26. [1969] R.C.S. 745, infirmant en partie [1968] B.R. 389 et rétablissant C.S. Chicoutimi, n° 29-089, 18 juin 1965 (J. Paul MIQUELON).

27. *Id.*, 752.

28. *Id.*, 753.

souligné que le médecin incriminé était, d'une certaine manière, un salarié de l'hôpital.

Ces arrêts vont amener la jurisprudence à élargir les principes qui y sont énoncés en leur apportant diverses nuances. Examinons à ce sujet quelques arrêts récents.

Dans l'affaire *Pontbriand v. Doucet et Hôtel-Dieu de Sorel*²⁹, la demanderesse avait dû subir l'amputation d'une jambe à la suite de complications survenues après la réduction d'une mauvaise fracture, complications qui furent attribuées à la faute du chirurgien défendeur, le Dr Doucet. Or, elle s'était présentée au service d'urgence de l'hôpital, où elle ne connaissait ni l'un ni l'autre des médecins de garde. Le juge Lamarre, se fondant sur la notion de service et de contrat hospitalier dégagée dans l'arrêt *Martel*, retient la responsabilité quasi-délictuelle de l'hôpital, non pas en vertu de la faute du Dr Doucet, mais en vertu de celle d'un autre médecin de garde, le Dr Falardeau, qui avait accueilli la demanderesse à son arrivée à l'hôpital. Voici son raisonnement à ce sujet :

« La faute de l'hôpital résulte du fait que les autorités en charge ont négligé de placer la demanderesse sous les soins d'un orthopédiste, le Dr Perrault, qui pouvait être disponible...

« L'hôpital, par ses employés, avait l'obligation de fournir aux patients qui s'y présentaient, un service de médecins appropriés pour les soins que chaque patient requérait ; à son arrivée à l'hôpital, le Dr Falardeau a vu la demanderesse ; il était l'intermédiaire entre l'hôpital et la demanderesse pour savoir à qui cette patiente devait être confiée, selon les soins qu'elle requérait ; le Dr Falardeau connaissait la gravité du cas ; il laisse une infirmière décider du choix du médecin, alors qu'il connaissait la nature des blessures de cette patiente ; celle-ci exigeait plus spécialement les soins d'un chirurgien-orthopédiste que de tout autre chirurgien... »³⁰

Il élargissait par là la notion de services dispensés par le centre hospitalier en reconnaissant que ce dernier pouvait être fautif par omission.

La Cour supérieure dans un autre jugement non rapporté, *Dame Laurent v. Théoret et Hôpital Notre-Dame de l'Espérance*³¹, apporte quelques précisions sur le lien de préposition lui-même. Il s'agissait dans cette affaire de soins inadéquats prodigués à une patiente qui s'était présentée à la clinique externe de l'hôpital à la suite d'un accident. Le médecin de garde, ce jour-là, attaché à l'hôpital depuis vingt ans environ, avait renvoyé cette patiente sans prendre de

29. C.S. Richelieu, n° 19-532, 21 oct 1971 (j. Philippe LAMARRE).

30. *Id.*, 13 et 14.

31. C.S. Mtl., n° 747-715, 22 novembre 1971 (j. Paul LANGLOIS).

radiographies, diagnostiquant un simple hématome alors qu'elle souffrait d'une fracture du fémur qui fut découverte quatre mois plus tard.

Outre la responsabilité du médecin, on reconnut celle de l'hôpital à titre de commettant de celui-là. Le juge Langlois précisa qu'il n'était pas essentiel que le médecin soit un employé salarié, ni qu'il existe un contrat entre celui-ci et l'hôpital. Il suffit, dit-il, que le commettant ait le pouvoir et le droit de donner des ordres ou des instructions au préposé sur la manière de remplir ses fonctions :

« Ici encore il ne faut rien exagérer en exigeant que le commettant sache lui-même comment le préposé doit remplir exactement ses fonctions. Il est facile en effet d'imaginer qu'un citoyen, propriétaire d'une ferme, le propriétaire d'un yacht ne connaissant rien à la manœuvre, soient liés par la négligence de leur préposé à qui ils ont fait confiance sans pouvoir leur indiquer comment exercer leurs fonctions...

« Le défendeur était en fonctions au bureau de consultation à la clinique de l'hôpital, il devait examiner les malades qui se présentaient, pouvait mettre à contribution tous les services hospitaliers pour le meilleur avantage des patients et recommander leur hospitalisation ou leur congé... Il n'y a aucune preuve que la défenderesse se soit préoccupée d'établir des normes pour guider ses préposés et employés dans un cas comme celui-ci »³².

Aussi, conclut-il que le défendeur était le préposé de la défenderesse dans l'exécution de ses fonctions et que celle-ci était alors responsable de la négligence de ce médecin. Remarquons que cet arrêt, comme les suivants qui se prononceront dans le même sens, vient qualifier de non essentiel à l'existence d'un lien de préposition, le fait que le préposé soit relié au commettant par une situation de salarié ou de cocontractant.

Jusqu'où la jurisprudence reconnaîtra-t-elle la responsabilité quasi-délictuelle du centre hospitalier pour la faute de ses médecins qui n'ont pas été choisis par un patient ? L'arrêt *Villemure*³³ offre une illustration de cette démarche. Dans cette affaire, un patient, admis d'urgence à l'hôpital pour tentative de suicide, avait ultérieurement trouvé la mort en sautant de la fenêtre de sa chambre. La veuve poursuivait le médecin traitant et l'hôpital pour défaut de surveillance adéquate. Fait important à noter, c'est le médecin du patient, le Dr Brassard, qui devant sa tentative de suicide le fit admettre d'urgence dans la section publique du service psychiatrique de l'hôpital où il fut

32. *Id.*, 7 et 8.

33. *Dame Villemure v. Hôpital Notre-Dame et Dr Turcot*, [1973] R.C.S. 716; [1970] C.A. 538; C.S. Mtl., n° 592-139, 24 août 1966 (J. George S. CHALLIES).

pris en charge par le médecin défendeur, le Dr Turcot. La Cour supérieure retint la responsabilité du défendeur et celle de l'hôpital, mais précisa pour ce dernier que c'était en vertu de la faute de ses infirmières et non du médecin qu'elle considéra indépendant³⁴. La Cour d'appel infirma cette décision, le juge Choquette étant dissident. La Cour suprême finalement rétablit le jugement de première instance pour les motifs énoncés par le juge Choquette. Or, ce dernier fait reposer la responsabilité de l'hôpital non seulement sur la faute des infirmières préposées mais encore sur celle du Dr Turcot qu'il qualifie également de préposé. Voici comment il s'exprime à ce sujet :

« Le Dr Turcot, ne recevait pas de salaire de l'hôpital, mais il avait un contrat avec l'institution lui donnant le titre d'agrégé et lui permettant d'y traiter ses patients privés. Il était, en outre, l'un des assistants du chef de service de la section psychiatrie. C'est à cause de l'absence du chef de service que le docteur Brassard a communiqué avec cet assistant, dont le nom lui a été indiqué par la section psychiatrie. Le but évident du docteur Brassard et de la demanderesse était d'obtenir l'hospitalisation du malade, non de fournir un patient privé à l'appelant, qu'ils ne connaissaient pas. Dans sa fonction et ses implications, l'appelant agissait, à mon avis, comme préposé de l'hôpital, spécialement à l'égard d'un malade admis dans la section publique du service de psychiatrie »³⁵.

On fait donc entrer en ligne de compte ici le fait que le centre hospitalier dispense, à l'occasion, des soins médicaux à des patients qui, en raison de leur situation financière précaire, sont admis dans des sections dites publiques d'un département hospitalier.

Avant de faire le point, citons un dernier arrêt, le plus récent d'ailleurs que nous ayons sur la question. Dans cette affaire de *Little v. St. Michael Hospital, Dr l'Écuyer et Dr Timmons*³⁶, le demandeur avait été traité à la clinique d'urgence de l'hôpital par un résident et un orthopédiste qu'il ne connaissait pas. On reconnut que les complications ultérieures subies par le patient étaient dues à la négligence de ces médecins. Quant à l'hôpital, en vertu des arrêts *Martel et Villemure* précités, il fut trouvé responsable en tant que commettant parce que le patient

« did not seek out or choose either of the doctors who treated him. Presumably, these were assigned to the clinic by the medical hierarchy of the hospital. In such circumstances, it seems clear that both doctors were simply fulfilling the obligations undertaken by the hospital, as its agents »³⁷

34. *Id.*, C.S., 9.

35. *Id.*, C.A., 541 et 542.

36. C.S. Mtl, n° 786-120, 22 nov. 1973 (J. Melvin L. ROTHMAN).

37. *Id.*, 24 et 25.

La Cour se repose encore ici sur le fait que le centre hospitalier avait alors donné des soins médicaux au demandeur par l'entremise de son personnel médical.

À partir de ces données, synthétisons maintenant la tendance de la jurisprudence sur la question. Les tribunaux considèrent au départ que le médecin peut être placé, dans ses relations avec le centre hospitalier, dans deux situations distinctes que nous appellerons, celle de « médecin indépendant », d'une part, et celle de « médecin préposé », d'autre part.

La première situation fait référence au médecin qui traite en milieu hospitalier ses patients privés, hospitalisés d'ailleurs à sa propre initiative. Il y a alors, dans un premier temps, un contrat passé entre le patient et son médecin, appelé contrat médical, pour les soins médicaux que ce dernier lui prodiguera ; puis, à la suite de cet accord préalable, un autre contrat, appelé contrat hospitalier, intervient entre ce patient et le centre hospitalier pour les services que cette institution lui dispensera. La position de la jurisprudence dans ce cas est que l'établissement hospitalier ne saurait être tenu responsable des fautes commises par le médecin dans l'exécution de l'accord intervenu entre ce dernier et son patient, puisque cet établissement est alors étranger aux obligations qui y sont contenues³⁸. Comme on peut le voir, le triangle patient — médecin — centre hospitalier est alors créé à partir de deux contrats distincts.

Les différents jugements cités plus haut quant au lien de préposition démontrent, par contre, que tout autre est la deuxième situation où, par opposition à client propre du médecin, on pourrait plutôt parler de client propre du centre hospitalier. Dans cette hypothèse, le même triangle existe mais il est engendré par des relations de nature différente. Ici, en effet, on ne retrouve qu'un seul contrat prenant place entre le patient d'une part et le centre hospitalier d'autre part. C'est en vertu de ce contrat que le médecin vient compléter le triangle et non pas en vertu d'un choix effectué par le patient. Ce dernier, en somme, se voit prodiguer des soins médicaux par un médecin que lui affecte le centre hospitalier. Aussi, est-ce pour ces raisons que les tribunaux reconnaissent un lien de préposition entre ce médecin et l'établissement hospitalier. Ce dernier, affirment-ils, est responsable des fautes professionnelles du médecin parce que celui-ci

38. Voir : *Dame Bergeron v. Genest et Hôpital La Visitation*, C.S., Mtl, n° 767-448, 12 décembre 1973, 16 et 17 (j. Claude VALLERAND); *Hôpital St-Louis de Windsor et Rivard v. Dame Leclerc-Richard*, C.A., Montréal, n° 8412, 8 octobre 1965, 8, (j. J.-J. BADEAUX); ce jugement est rapporté dans un arrêt résumé à [1966] B.R. 80.

agit alors en exécution du contrat intervenu entre le patient et cet établissement.

Il faut noter que cette qualification jurisprudentielle de « médecin préposé » a été retenue jusqu'à maintenant dans deux types de circonstances bien précises, compte tenu du contact extracontractuel que le patient peut avoir avec un tel médecin. Envisagés sous cet angle, en effet, les différents cas qui ont été soumis aux tribunaux peuvent être classés en deux catégories.

La première catégorie regroupe les cas de patients admis en milieu hospitalier comme patients privés sous les soins d'un médecin indépendant et qu'ils ont préalablement choisi. Mais, la plupart du temps, le patient n'effectue pas un tel choix à l'égard des médecins spécialistes susceptibles d'assister son propre médecin. Ainsi en est-il, par exemple, de l'anesthésiste qu'il ne choisit pas généralement et qui lui est affecté par le centre hospitalier. Les tribunaux, comme on se souvient, ont jugé qu'un tel médecin était alors le préposé de l'établissement hospitalier, compte tenu du contrat hospitalier³⁹. On peut prévoir qu'ils se prononceraient sans doute dans le même sens pour un radiologiste ou un anatomo-pathologiste par exemple. Cette première catégorie englobe donc les différents cas où le centre hospitalier, en vertu du contrat qu'il passe avec le patient, dispense à celui-ci certains soins d'ordre médical qui complètent ceux que lui offre le médecin traitant qu'il choisit.

Mais il existe diverses situations où les soins médicaux prodigués par un établissement hospitalier prennent un aspect global. Dans une deuxième catégorie en effet, on retrouve les cas du patient qui contracte directement avec le centre hospitalier sans effectuer de choix quant au médecin traitant. C'est alors le centre hospitalier qui assume tous les soins médicaux en vertu du contrat hospitalier dans lequel le contrat médical se trouve en quelque sorte incorporé. Les cas les plus clairs sont ceux des patients qui se présentent au service d'urgence ou à la clinique externe d'un centre hospitalier. Là encore, les médecins qui s'occupent de ces patients sont jugés préposés de l'établissement hospitalier par la jurisprudence. Il faut noter ici que ces médecins sont souvent des « médecins indépendants » en dehors de ces services mais qu'on les reconnaît préposés lorsqu'ils sont affectés à tour de rôle à ces services offerts par le centre hospitalier à tout malade qui s'y présente⁴⁰. Le même raisonnement s'applique à l'égard des médecins

39. *Cf., supra*, notes 25 et 27.

40. *Cf., supra*, notes 30, 32 et 37.

affectés à des patients traités dans la section publique des divers départements du centre hospitalier⁴¹.

La position actuelle de la jurisprudence peut se résumer comme suit. Le centre hospitalier ne voit sa responsabilité engagée que si la faute professionnelle du médecin impliqué est commise à l'occasion de soins inclus dans le contrat hospitalier. C'est alors que le médecin est qualifié de « médecin préposé » par opposition à « médecin indépendant ». La démarche des tribunaux s'appuie donc sur deux critères de base, à savoir absence de choix de la part du patient, d'où inexistence de rapport contractuel avec le médecin, et prise en charge par le centre hospitalier des soins médicaux prodigués en vertu du contrat hospitalier passé avec ce patient. Notons de plus que les notions de salaire et de contrat d'emploi entre le centre et le médecin ont été écartées comme éléments non essentiels à la reconnaissance d'un lien de préposition. Certains médecins, en définitive, seront le plus souvent considérés comme préposés, tels l'anesthésiste ou le radiologiste, alors que certains autres ne le seront qu'à l'occasion de leur affectation périodique à différents services, tels le service d'urgence ou la clinique externe. Cette prise de position de la jurisprudence est-elle cependant contestable ?

Après avoir exposé la situation actuelle de la jurisprudence antérieure à la nouvelle législation, relativement à la relation tripartite du centre hospitalier, du médecin et du patient, il nous faut adopter une approche critique de la relation de commettant — préposé entre un médecin et un centre hospitalier, dans les cas où les tribunaux l'ont reconnue expressément. Aussi étonnant que cela puisse paraître, les tribunaux en arrivent à une telle conclusion selon le contenu plus ou moins étendu qu'ils prêtent au contrat hospitalier intervenant entre le patient et ce centre hospitalier. À notre avis, cette position est discutable. D'une part, parce que les tribunaux ne semblent pas s'être prononcés, dans leur analyse du lien hôpital-médecin, sur le critère essentiel du lien de préposition à savoir la notion « contrôle et autonomie » ; d'autre part parce qu'ils ont appliqué un tel lien dans des situations où il y avait contrat, ce lien devenant alors inutile.

a) Première critique

Les différents éléments du lien de préposition, souvent décrits et analysés tant par la jurisprudence que par la doctrine, ont été repris

41. Cf. *supra*, note 35. Un patient qui est hospitalisé dans une telle section a tout de même la possibilité de choisir son médecin traitant.