

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FACULTÉ DE DROIT

**« LES EFFETS JURIDIQUES DE L'URGENCE
SUR LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET HOSPITALIÈRE »**

PAR

ANNIE ST-PIERRE

ÉTUDIANTE À LA MAÎTRISE EN DROIT ET POLITIQUE DE LA SANTÉ

**ESSAI SOUMIS À LA FACULTÉ DE DROIT
EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE « MAÎTRE EN DROIT ».**

AOÛT 2014

© *Annie St-Pierre*

RÉSUMÉ

Notre analyse des règles de droit référant à la notion d'urgence nous a permis de constater que l'urgence constitue en responsabilité médicale et hospitalière un régime *sui generis* soumis à ses propres règles lesquelles ont un caractère dérogatoire aux règles généralement applicables en d'autres circonstances. À défaut de définition claire de la notion d'urgence dans la législation, nous consacrons notre premier chapitre à la définition que doit recevoir l'urgence en responsabilité médicale et hospitalière (chapitre 1). Nous analyserons ensuite l'impact des situations d'urgence en responsabilité médicale et hospitalière qui comporte quatre (4) effets juridiques, dont plus particulièrement: l'obligation d'agir (chapitre 2), l'atténuation de l'obligation d'obtenir un consentement (chapitre 3) ; les écarts aux règles d'exécution de soins (chapitre 4) et l'atténuation de l'obligation de confidentialité (chapitre 5).

ABSTRACT

Based on my analysis of the legal rules regarding the notion of "emergency", I have concluded that emergencies constitute a *sui generis* regime in medical and hospital liability. This regime is governed by its own set of rules that derogate from the rules that generally apply in other circumstances. Given the lack of a clear legislative definition of "emergency", I have devoted my first chapter to defining this concept in medical and hospital liability (Chapter 1). The subsequent chapters contain an analysis of the four (4) effects of emergency situations in medical and hospital liability: the duty to act (Chapter 2), the relaxation of the rules regarding consent (Chapter 3), deviations from the rules regarding treatment (Chapter 4) and the relaxation of the rules regarding confidentiality (Chapter 5).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE 1 : LA NOTION D'URGENCE	6
CHAPITRE 2 : L'OBLIGATION D'AGIR	10
2.1 : L'OBLIGATION DE PORTER SECOURS EN VERTU DE LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE	11
2.1.1 Le contenu de l'obligation de porter secours	11
2.2 L'OBLIGATION D'AGIR DU MÉDECIN.....	12
2.2.1 La portée de l'obligation du médecin	13
2.2.2 Les limites de l'obligation de porter secours	16
2.3 L'OBLIGATION D'AGIR DE L'ÉTABLISSEMENT.....	18
2.3.1 L'obligation de recevoir le patient	21
2.3.2 L'obligation d'évaluer le patient.....	22
2.3.3 L'obligation de fournir des soins	26
2.3.4 L'obligation d'orienter le patient	27
2.3.5 L'obligation d'avoir du matériel suffisant et adéquat.....	27
2.3.6 L'obligation d'avoir du personnel qualifié et suffisant.....	30
2.4 LA RESPONSABILITÉ DÉCOULANT DE L'OBLIGATION D'AGIR.....	34
CHAPITRE 3 : L'IMPACT DE L'URGENCE SUR LES DROITS ET OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS	43
3.1 L'ATTÉNUATION DE L'OBLIGATION DU MÉDECIN D'OBTENIR UN CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ.....	43

3.1.1 Les conditions d'exercice	45
3.1.2 L'étendue du traitement administré en urgence en l'absence de consentement	50
3.2. LA DISPENSE DE L'ÉTABLISSEMENT D'OBTENIR UN CONSENTEMENT EN VUE D'UNE HOSPITALISATION	58
3.2.1 La garde préventive.....	58
3.2.2 L'isolement	66
CHAPITRE 4 : L'IMPACT DE L'URGENCE SUR L'OBLIGATION DE SOIGNER DU MÉDECIN	68
4.1 LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE.....	72
4.1.1 L'histoire, les examens, tests et consultations	72
4.1.2 L'interprétation des données	79
4.1.3 Le contrôle du diagnostic.....	85
4.2 LE TRAITEMENT	85
4.3 LE CONGÉ.....	87
CHAPITRE 5 : LES EFFETS DE L'URGENCE SUR LE DROIT DU PATIENT À LA CONFIDENTIALITÉ ET AU SECRET PROFESSIONNEL	94
5.1 L'ATTÉNUATION DE L'OBLIGATION AU SECRET PROFESSIONNEL DU MÉDECIN	95
5.2 L'ATTÉNUATION DE L'OBLIGATION AU SECRET PROFESSIONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT	102
CONCLUSION	108
TABLE DE LA LÉGISLATION, DE LA JURISPRUDENCE ET DE LA DOCTRINE.....	109

INTRODUCTION

Les salles d'urgence du système de santé font régulièrement les manchettes et la une des médias en raison de leurs engorgements, des difficultés d'accès aux services de première ligne, de même qu'en raison du caractère insoluble du problème.

Sur le plan juridique, l'urgence et la salle d'urgence constituent également un sujet de préoccupation très important. De nombreuses décisions judiciaires mettent en cause le fonctionnement des salles d'urgence. Une réglementation juridique importante y encadre l'organisation et les activités. Le droit relatif à l'urgence est en constante évolution.

Cependant, nous ne retrouvons pas dans la littérature une analyse globale de la situation juridique de l'urgence et des salles d'urgence. De nombreux auteurs ont abordé un aspect ou l'autre de la question sans jamais en présenter une vision globale. Nous tenterons dans les pages qui suivent de faire le tour de la question en cherchant d'abord à définir la notion d'urgence et ses particularités (chapitre 1), pour en analyser ensuite les effets juridiques les plus importants que nous regroupons sous quatre (4) titres, soit : l'obligation d'agir (chapitre 2), l'atténuation de l'obligation d'obtenir un consentement (chapitre 3), les écarts aux règles d'exécution de soins (chapitre 4) et l'atténuation de l'obligation de confidentialité (chapitre 5).

Cette analyse nous permet de constater et de conclure que l'urgence constitue sur le plan juridique un régime *sui generis* qui présente ses règles propres et qui doit donc faire l'objet d'un cadre d'analyse différent des situations non urgentes.

CHAPITRE 1 : LA NOTION D'URGENCE

La notion d'urgence se retrouve dans certaines lois ou textes réglementaires qui encadrent la pratique médicale et hospitalière tels que le *Code civil du Québec*, la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*, la *Loi médicale*, le *Code déontologie des médecins*, le *Code des professions*, la *Loi sur la santé publique*, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* pour ne nommer que ceux-là.

La notion d'urgence n'est toutefois pas spécifiquement définie dans la législation québécoise. Le législateur s'est contenté de référer à cette notion parfois en y ajoutant quelques données pour en cerner d'avantage l'étendue sans toutefois la définir précisément, ce qui peut laisser libre cours à interprétation non sans quelques balises.

Le petit Larousse définit comme suit la notion d'urgence :

« Urgence n.f. 1, Caractère de ce qui est urgent 2. Nécessité d'agir vite. D'urgence de toute urgence : immédiatement, sans délai. État d'urgence : régime exceptionnel qui, en cas de troubles graves ou de calamité publique, renforce les pouvoirs de polices des autorités civiles 3. Cas urgent nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale rapide. Service des urgences ».

La Commission de réforme du droit du Canada la définit pour sa part comme suit :

« Quoique difficile à définir, signifie un concours de circonstances qui menacent de façon immédiate la vie d'un être humain ou qui risquent de lui causer des lésions corporelles graves et permanentes, en l'absence de soins professionnels immédiats »¹.

¹ COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Le traitement médical et le droit criminel*. Document de travail . Approvisionnements et Services Canada, 1980, p. 99.

De façon générale, sans la définir, le *Code civil du Québec* réfère à la notion d'urgence notamment en matière de consentement aux soins et de prélèvement d'organes. En matière de consentement aux soins d'urgence le *Code civil du Québec* réfère à une situation qui met la vie d'une personne en danger ou son intégrité menacée² alors qu'en matière de prélèvement d'organes la situation d'urgence doit conduire selon les dispositions même du code à un espoir sérieux de sauver la vie ou d'en améliorer sensiblement la qualité³.

La notion d'urgence est parfois autrement interpellée dans la loi et réfère en certaines circonstances à la proximité d'un danger ou d'une menace auxquels est soumise une personne. Tel est le cas par exemple de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* qui introduit la notion de danger pour référer à l'urgence et prévoit notamment le droit de toute personne de recevoir des soins appropriés lorsque sa vie ou son intégrité est en danger⁴. Le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*⁵ réfère quant à lui spécifiquement à la notion d'urgence tel que nous le verrons plus loin.

La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* réfère également à la notion d'urgence en utilisant parfois le terme danger grave et immédiat⁶, d'urgences médicales prioritaires⁷ ou de risques sérieux et immédiats⁸.

² *Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64, art. 16 et 13.

³ *Code civil du Québec*, art. 44.

⁴ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. c. S-4.2, art.101.

⁵ *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, R.R.Q., c. S-5, r.5, art. 28.

⁶ *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, L.R.Q., c. P-38.001, art. 7 et 8.

⁷ *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, art.8(2) al.1.

⁸ *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, art.11.

Le *Code de déontologie des médecins* réfère pour sa part à l'urgence parfois en utilisant nommément cette notion⁹, parfois en référant à l'existence d'un danger¹⁰ ou à des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate¹¹.

Le *Code des professions* réfère quant à lui à un danger imminent de mort ou de blessures graves qui menacent une personne¹² ou simplement à un danger à l'égard de la vie, de la santé ou de la sécurité d'autrui¹³ pour référer à une urgence. La *Loi sur la santé publique* réfère pour sa part parfois à la notion générale d'urgence¹⁴, en d'autres occasions à une menace grave à la santé de la population qui est réelle ou imminente¹⁵ ou uniquement à la notion de danger¹⁶. Quant à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, elle réfère à la notion d'urgence pour permettre la communication à des renseignements autrement confidentiels¹⁷.

Malgré l'absence de définition précise ou de consensus clair à l'égard de la définition que doit recevoir l'urgence, celle-ci réfère certes à la proximité d'un danger auquel est soumise une personne soit à l'égard de sa vie et/ou de son intégrité. La notion d'urgence doit à notre avis référer à une situation qui expose la personne à des risques de blessures corporelles graves ou permanentes, voire à un risque de mort si une assistance ne lui est pas prêtée en temps opportun dans un court délai. Le temps est un facteur essentiel de la notion d'urgence. Le temps doit affecter le pronostic de la personne à l'égard de sa vie ou de son intégrité. Cette définition constitue selon nous une définition beaucoup plus complète et appropriée de la notion d'urgence qui doit guider les différentes exceptions législatives en matière de responsabilité médicale et hospitalière qui fera l'objet des présentes. C'est d'ailleurs à cette définition que nous nous référerons aux fins des présentes à moins que la loi ne la balise autrement.

⁹ *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., c. M-9, r.17, art. 28, 34, 70 et 114.

¹⁰ *Code de déontologie des médecins*, art.13, 20 et 21.

¹¹ *Code de déontologie des médecins*, art. 38.

¹² *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26, art. 60.4.

¹³ *Code des professions*, art. 108.10.

¹⁴ *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., c. S-2.2, art. 85, 89, 90, 117.

¹⁵ *Loi sur la santé publique*, art. 118.

¹⁶ *Loi sur la santé publique*, art. 103.

¹⁷ *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1, art. 59 al. 2 (4).

Ceci étant dit, malgré l'absence de définition précise, l'analyse des règles de droit référant à cette notion permet de conclure que l'urgence constitue en responsabilité médicale et hospitalière un régime *sui generis* soumis à sa propre logique et ses propres règles et doit faire l'objet d'un examen attentif surtout parce que les règles qui la régissent ont un caractère dérogatoire à l'égard des règles du droit commun. Comme le souligne l'auteur Roger Nerson : « L'urgence apparaît comme revêtue d'une fonction dérogatoire à la règle de la loi ou du contrat ; elle est source de droit d'exception ; elle justifie la mise à l'écart d'une règle qui, normalement devrait s'appliquer ; elle a une fonction d'éviction de tout ce qui fait obstacle à la réalisation rapide du résultat recherché »¹⁸. Ce régime dérogatoire est également applicable en responsabilité médicale et hospitalière et entraîne, tel que mentionné précédemment, essentiellement quatre (4) effets juridiques qui feront l'objet d'un examen plus détaillé aux chapitres 2 à 5 des présentes. Tel que mentionné, la notion d'urgence comporte quatre (4) effets juridiques en responsabilité médicale et hospitalière, dont: l'obligation d'agir (chapitre 2), l'atténuation de l'obligation d'obtenir un consentement (chapitre 3) ; les écarts aux règles d'exécution de soins (chapitre 4) et l'atténuation de l'obligation de confidentialité (chapitre 5).

¹⁸ Roger NERSON, *Urgence de droit médical*, in. J.L. BAUDOUIN et WILLIAM FOSTER, *La médecine et le droit : nouveaux aspects de la responsabilité civile médicale*, (1975) R.J.T., 13-14.

CHAPITRE 2 : L'OBLIGATION D'AGIR

L'existence d'une situation d'urgence a comme premier effet de créer l'obligation d'agir. Cette obligation s'accompagne d'une obligation subsidiaire, soit d'agir dans le délai utile pour faire face à la situation d'urgence. Cette obligation d'agir n'aurait pas d'utilité si elle n'était pas réalisée dans un cadre temporel permettant d'atteindre cet objectif.

Bien que souvent les situations d'urgence justifient un écart à la norme généralement applicable en matière de responsabilité médicale et hospitalière, comme nous le verrons dans le cadre des présentes, une situation d'urgence renforce parfois l'obligation du médecin et de l'établissement. C'est ainsi que le médecin et/ou le personnel infirmier a l'obligation d'agir et de prêter secours en certaines circonstances, soit dans un contexte d'urgence. Il en va de même pour l'établissement qui se voit obligé de dispenser des soins.

Sur le plan juridique, l'obligation d'agir fait l'objet d'un encadrement juridique particulier en vertu de la *Charte des droits et libertés de la personne*¹⁹. En effet, la Charte introduit, à son article 2, l'obligation de porter secours à toute personne dont la vie est en péril. Comme nous le verrons ci-dessous, l'obligation d'agir dans un contexte d'urgence ne se limite pas au seul cas où la vie est en danger. Elle recouvre des situations plus larges que celles visées par la Charte et où l'intégrité est mise en cause sans que la vie ne le soit nécessairement. Nous traiterons tout d'abord de l'obligation de porter secours.

Il importe donc d'examiner l'obligation créée par la *Charte des droits et libertés de la personne* de porter secours qui constitue la première source législative qui confère le droit au secours et impose l'obligation de porter secours. Cette obligation s'applique en matière de soins de santé tant au médecin qu'à l'établissement, ainsi qu'à tout autre intervenant du système de la santé.

¹⁹ *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12, art. 2.

2.1 : L'OBLIGATION DE PORTER SECOURS EN VERTU DE LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE

2.1.1 Le contenu de l'obligation de porter secours

La Charte des droits et libertés de la personne prévoit au premier alinéa de l'article 2 le droit d'une personne au secours lorsque sa vie est en péril. Le deuxième alinéa de ce même article prévoit le devoir pour toute personne de porter secours à celui dont la vie est en péril, dont plus particulièrement :

« Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable »²⁰.

La Charte érige donc à titre de droit fondamental le droit au secours et impose une obligation d'agir à toute personne lorsque la vie d'une autre personne est menacée. Cette obligation existe partout au Québec et s'applique à toute personne qui s'y trouve. Elle s'applique également à tout moment.

L'obligation d'agir en vertu de la Charte existe dès lors que la vie d'autrui est en péril. En effet, pour que naisse l'obligation de porter secours en vertu de la Charte, il doit exister un état d'urgence sur la vie d'une personne qui crée une obligation de secours immédiat.²¹ Il s'agit là d'une restriction importante qui n'a pas manqué d'être critiquée en raison de son caractère restrictif²². En effet, le droit au secours en vertu de la Charte existe seulement lorsque la vie de la personne est en péril, et non pas dès que la personne est en péril ou son intégrité menacée, ce qui constitue une nuance très importante. En

²⁰ *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 2.

²¹ *Carignan c. Boudreau*, (1987) D.L.Q. 378 (C.A.).

²² Sandra RODGERS MAGNET. *The Right to Emergency Medical Assistance in the Province of Quebec*, (1980) 40 R.du B. 373, 417, p. 397.

pratique, le sauveteur éventuel peut se demander si le péril imposé à la victime met ou non sa vie en danger pour déterminer s'il est obligé ou non d'intervenir²³.

Ceci étant dit, le droit au secours bénéficie à toute personne dont la vie est menacée et toute contravention à ce droit octroie à la victime un recours en réparation du préjudice subi en vertu de la Charte et rend possible une condamnation à des dommages exemplaires s'il est démontré que l'atteinte est illicite ou intentionnelle²⁴

En contrepartie, et bien que l'obligation de porter secours incombe à toute personne, on imposera plus rigoureusement cette obligation aux personnes dont les fonctions exigent de porter secours à autrui comme c'est le cas des professionnels de la santé, tel un médecin ou un infirmier par exemple²⁵. Dans leur cas, l'obligation de porter secours se réalise par la prestation de soins médicaux à la personne en danger ou à tout le moins à des démarches pour obtenir l'accès aux soins appropriés en temps utile.

Non seulement le médecin a l'obligation de porter secours en vertu de la Charte qui lui est applicable, mais également en vertu de son Code de déontologie et de la *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres*.

2.2 L'OBLIGATION D'AGIR DU MÉDECIN

L'obligation imposée au médecin de porter secours repose également sur deux sources supplémentaires : le *Code de déontologie des médecins* et la *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres*.

²³ *Id.*

²⁴ *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 49.

²⁵ Sandra RODGERS MAGNET. *The Right to Emergency Medical Assistance in the Province of Quebec*, préc., note 22, p.403.

2.2.1 La portée de l'obligation du médecin

L'obligation ainsi imposée au médecin par le *Code de déontologie des médecins* est plus large que celle imposée par la Charte en ce que l'article 38 du *Code de déontologie des médecins*, prévoit de surcroît :

« Le médecin doit porter secours et fournir les meilleurs soins possibles à un patient lorsqu'il est vraisemblable de croire que celui-ci présente une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate »²⁶.

L'obligation imposée au médecin par le Code de déontologie vise non seulement l'obligation de porter secours lorsque la vie d'une personne est menacée mais également lorsque l'inaction du médecin risque d'entraîner une détérioration de la condition du patient contrairement à la Charte qui ne prévoit l'obligation d'agir que lorsque la vie d'une personne est en danger.

Par ailleurs en vertu de l'article 43 de la *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres*, le médecin doit non seulement dispenser des soins, mais également des traitements. En effet, l'article 43 prévoit : « Un établissement ou un médecin doit voir à ce que soient fournis des soins ou traitements à toute personne dont la vie est en danger »²⁷

Le médecin est tenu de porter secours en dispensant des soins et traitements non seulement dans le cadre de ses fonctions, mais également hors établissement face à une situation d'urgence.

²⁶ *Code de déontologie des médecins*, art. 38.

²⁷ *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres*, L.R.Q., c. L-0.2, art. 43.

Il s'agit là d'obligation positive imposée au médecin de prêter assistance contrairement au droit français qui pénalise le défaut de porter secours à autrui²⁸. En effet, l'article 223-6 du Code pénal condamne l'abstention volontaire de porter assistance à une personne en péril :

« Art. 223-6

Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

Il n'existe aucune disposition similaire au Québec.

Le médecin est tenu d'agir dès qu'une situation d'urgence est portée à sa connaissance²⁹. Son obligation de fournir une assistance à une personne en danger existe indépendamment de l'efficacité potentielle liée à son intervention et même si la mort peut sembler certaine³⁰.

²⁸ Dominique VELARDOCCHIO, *L'obligation d'agir le point de vue d'un juriste*, L'urgence sanitaire, Faculté de droit et de science politique D'Aix-Marseille, Collection de droit de santé (CDSA), 1^{er} colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 29 septembre 2000, p.93.

²⁹ Par analogie : *Roy c. Toxi-Co Gites inc.* REJB 2004-80766 (C.S.) dans laquelle on reconnaît la responsabilité d'un centre de désintoxication pour ne pas avoir prêté secours à un toxicomane qui avait été surpris seul dans le hangar avec une corde et qui avait fait l'objet par le passé de tentatives de suicide et ce, même si le centre n'avait pas pour fonction de déceler le problème dont souffrait le résident ni de le traiter contre sa maladie le poussant au suicide.

³⁰ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport d'enquête de Me Catherine Rudel-Tessier, coroner, sur le décès de Jean-Jacques Sauvageau*, dossier 139331, mars 2009 : Madame la coroner Rudel-Tessier conclut que le docteur Chaouli aurait dû dispenser des premiers soins à un patient qui avait tous les signes laissant croire qu'il était décédé dans la salle d'attente d'une clinique privée avant de constater son décès.

La conduite du médecin qui porte secours en établissement de santé sera appréciée comme un médecin de même spécialité prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. Si le spécialiste agit hors spécialité pour prêter secours, sa conduite sera appréciée en fonction du médecin généraliste prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances compte tenu qu'il détient avant tout une formation médicale générale.

Le contraire n'est toutefois pas toujours applicable. En effet si un généraliste intervient en cas d'urgence dans un domaine de spécialité qui n'est pas la sienne, compte tenu de l'impossibilité de référer en temps utile le patient à un spécialiste, sa conduite devra être appréciée selon un médecin généraliste placé dans les mêmes circonstances. Il s'agit là de l'un des effets de l'urgence dont la conséquence pratique est de changer la norme d'appréciation du comportement du médecin. Peut-être pourrait-il même invoquer l'immunité du bon samaritain comme nous discuterons à la section 2.4 ou invoquer avec succès la responsabilité de l'établissement qui est tenu en cas d'urgence de fournir les soins appropriés. Le médecin devra toutefois respecter les limites de ses compétences³¹. Ceci étant dit, si le médecin pouvait référer en temps utile à un spécialiste et s'il fait défaut de le faire, sa conduite sera appréciée suivant le standard des normes de compétence de ce spécialiste³².

On ne saurait toutefois imposer la même norme de compétence au médecin agissant hors établissement puisqu'il ne dispose pas des mêmes équipements et installations que celui qui agit en établissement. Les moyens dont il dispose étant ainsi plus limités, sa conduite sera appréciée en fonction des moyens disponibles et de l'utilisation qu'il en fait³³. Il va de soi que la norme qui lui sera appliquée sera beaucoup moins contraignante que celle applicable à un médecin agissant en établissement compte tenu des ressources qui lui sont disponibles tant au niveau des ressources matérielles, qu'humaines³⁴.

³¹ *Code de déontologie des médecins*, art. 42.

³² Jean-Louis BAUDOIN, Patrice DESLAURIERS, Benoît MOORE, *La responsabilité civile*, 8^e édition, Éditions Yvon Blais, 2014, Tome 2, p. 47.

³³ *Id.*

³⁴ Sandra RODGERS MAGNET, *The Right to Emergency Medical Assistance in the Province of Quebec*, préc., note 22, p. 403.

L'obligation de porter secours est également applicable au médecin de garde qui n'est pas physiquement dans l'établissement tout au long de sa garde. S'il fait défaut de se présenter au chevet d'un patient et qu'il met la vie de ce patient en péril ou à risque de détérioration en raison de l'absence d'assistance médicale, sa responsabilité peut être engagée tant au niveau civil, qu'au niveau criminel, que déontologique.

2.2.2 Les limites de l'obligation de porter secours

Cette obligation de porter secours en vertu de la Charte lorsque la vie d'une personne est en péril ou lorsque sa vie ou son intégrité est menacée en vertu du *Code de déontologie des médecins* ou de la *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres* n'est toutefois pas absolue.

Le médecin ne sera pas tenu d'intervenir en cas de refus de la personne à qui il est tenu de prêter assistance dans la mesure où cette personne est apte à refuser des soins. Cependant, à défaut d'aptitude de la personne, le médecin peut passer outre l'obligation d'obtenir un consentement en situation d'urgence comme nous le verrons ultérieurement au chapitre 3.

Par ailleurs, la Charte prévoit une dispense d'intervenir lorsque l'intervention auprès de la victime crée un risque pour le sauveteur ou les tiers, ou pour un motif raisonnable³⁵.

Ceci dit, un tribunal ne saurait considérer être un motif raisonnable le fait pour un médecin de refuser d'intervenir pour des convictions personnelles en situation d'urgence. Ainsi, le devoir de porter secours fait échec au droit du médecin de référer son patient à un tiers en raison de convictions personnelles³⁶ qui pourraient autrement l'empêcher de

³⁵ *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 2 al. 2.

³⁶ *Code de déontologie des médecins*, art. 24 : « Le médecin doit informer son patient de ses convictions personnelles qui peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir des services professionnels qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services professionnels. Le médecin doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin ».

dispenser des soins appropriés à un individu. La loi lui impose l'obligation d'agir lorsque la vie et l'intégrité d'une personne est menacée et le délai requis pour la prise en charge par un tiers pourrait s'avérer fatal pour la personne³⁷. Nous ne croyons pas en effet qu'un tribunal considère que les convictions personnelles constituent un motif raisonnable justifiant le défaut d'agir d'un médecin dans un contexte d'urgence. Le médecin ne peut donc invoquer la clause de conscience pour refuser de dispenser des soins en situation d'urgence et est tenu d'agir. Toutefois une fois la condition du patient stabilisée, il pourra référer celui-ci à un autre collègue qui pourra répondre à la condition du patient.

En situation d'urgence, le médecin ne peut pas non plus refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons reliées à la nature de la déficience ou de la maladie présentée par ce patient ou pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale ou pour des raisons d'orientation sexuelle, de moeurs, de convictions politiques ou de langue³⁸. Ce n'est qu'une fois la condition du patient stabilisée, s'il juge que c'est dans l'intérêt médical de ce dernier, qu'il pourra le diriger vers un autre médecin.

Cette obligation de porter secours est non seulement une obligation imposée au médecin mais également à l'établissement dans un contexte d'urgence. La *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, et la disposition des cadavres*³⁹, imposent l'obligation non seulement au médecin mais également à l'établissement de dispenser des soins ou traitements à toute personne dont la vie est en danger.

Se pose la question de la durée de l'obligation d'agir du médecin à laquelle le *Code de déontologie des médecins* répond : « Le médecin qui traite un patient nécessitant des soins d'urgence doit en assurer la prise en charge requise par son état jusqu'à l'acceptation

³⁷ Sandra RODGERS MAGNET, *The Right to Emergency Medical Assistance in the Province of Quebec*, préc., note 22, p. 378.

³⁸ *Code de déontologie des médecins*, art. 23.

³⁹ *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus et la disposition des cadavres*, art. 43.

du transfert par un autre médecin »⁴⁰. Ses actes seront toutefois appréciés en fonction des ressources qui lui étaient disponibles pour intervenir. Sa conduite sera évaluée plus sévèrement s'il disposait de toutes les ressources appropriées pour intervenir. Ceci étant dit, le médecin ne saurait toutefois se rabattre sur l'absence d'équipements ou de ressources adéquates pour justifier de ne pas dispenser les soins appropriés⁴¹.

2.3 L'OBLIGATION D'AGIR DE L'ÉTABLISSEMENT

Tel que mentionné précédemment, l'obligation de porter secours en vertu de la Charte s'applique à l'établissement. Ce dernier doit ainsi porter secours lorsque la vie d'une personne est en danger. C'est ainsi que dans la décision *Perreault c. Québec (Centre de santé et de services sociaux de St-Jérôme)*⁴² la Cour du Québec retient la responsabilité de l'établissement notamment pour avoir fait défaut de porter secours à madame Perreault. Madame Perreault avait été admise à l'établissement défendeur où elle subit une intervention chirurgicale. Atteinte de dystrophie musculaire, sa condition la contraignait à se déplacer en fauteuil roulant et requérait une assistance respiratoire dix-huit heures par jour. Dans la nuit suivant son intervention chirurgicale, préoccupée par le fait qu'elle n'urinaît pas suffisamment et qu'elle désirait être repositionnée parce qu'elle avait de la difficulté à respirer, madame Perrault appelle plusieurs fois le personnel infirmier à l'aide de sa cloche d'appel. Vers le milieu de la nuit elle s'aperçoit que la coche d'appel lui a été retirée. Elle a dû attendre au lendemain matin pour demander l'aide de son voisin de chambre. Le Tribunal juge totalement inacceptable le fait que les préposés du CSSS ne se sont pas assurés, en tout temps pertinent, que madame Perreault était en mesure de communiquer avec le personnel infirmier à l'aide de sa cloche d'appel. Le tribunal retient la responsabilité de l'établissement pour ne pas avoir respecté les droits fondamentaux de madame Perreault dont son droit à la sûreté, à l'intégrité de sa personne, au secours et à la sauvegarde de sa dignité.

⁴⁰ *Code de déontologie des médecins*, art.38.

⁴¹ *Zuk c. Mihaly*, REJB 1989-77204(C.S.); *Lacroix c. Léonard*, 1992, RRA 7796 (C.S.) ; *Green c. Surchin* (1993) RRA 821 (C.S.) confirmée en appel : REJB 1997-00239 (C.A.).

⁴² *Perreault c. Québec (Centre de santé et de services sociaux de St-Jérôme)*, EYB 2014-234958 (C.Q.).

De surcroît, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* impose à tout établissement, notamment aux centres hospitaliers l'accès à des services de santé et de services sociaux permettant de réduire la mortalité et les morbidités, ainsi que les incapacités physiques et handicaps⁴³. Ces services doivent par ailleurs être organisés de façon à rendre accessible des services continus sur les plans physique, psychique, et social⁴⁴.

Au même effet que l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, l'article 43 de la *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres*, impose également au centre hospitalier de fournir les soins ou traitements à toute personne dont la vie est en danger. La *Loi sur les services de santé et services sociaux*⁴⁵, prévoit également l'obligation d'agir de l'établissement en situation d'urgence. L'article 7 de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* stipule que « Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins ».

La réglementation applicable impose particulièrement à tous les établissements d'offrir des soins d'urgence. Dans le cas précis des centres hospitaliers, l'article 28 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, renforce cette obligation et prévoit :

« Un centre hospitalier de soins de courte durée doit s'assurer qu'une personne qui nécessite des soins d'urgence les reçoive. Les soins d'urgence incluent les soins pour une affection aiguë due à une toxicomanie et, dans le cas d'une victime d'une

⁴³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 1.

⁴⁴ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 2.

⁴⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 7.

agression sexuelle, le traitement, la prévention sanitaire et la constatation des évidences médicales »⁴⁶.

Pour les autres établissements, le Règlement précité impose également l'obligation d'offrir des soins d'urgence, tel est le cas du centre d'hébergement de soins de longue durée⁴⁷, du centre de réadaptation⁴⁸ et du centre local de services communautaires⁴⁹

En plus des soins urgents pour préserver la vie ou l'intégrité physique d'une personne, l'article 28 précité, étend la notion d'urgence à des soins qui ne menacent pas la vie ou l'intégrité physique d'une personne mais qui sont prévus spécifiquement comme étant des soins urgents imposant au centre hospitalier de les dispenser dans l'immédiat dans le cadre de son obligation d'agir, tel est le cas de l'affection due à une toxicomanie ou suite à une agression sexuelle.

À l'égard de la mise en œuvre des soins d'urgence imposés à l'établissement, l'article 101 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* impose aux centres hospitaliers quatre (4) obligations dans un contexte d'urgence, soit l'obligation de recevoir le patient, de l'évaluer, de lui fournir les soins requis par sa condition, c'est-à-dire les soins d'urgence, et si nécessaire de le diriger vers un autre établissement où il pourra recevoir les soins appropriés à son état. En plus de ces obligations imposées par la loi, d'autres obligations s'imposent au niveau de l'organisation à l'établissement. Ainsi, en est-il de l'obligation d'avoir du matériel adéquat et en quantité suffisante et d'avoir du personnel suffisant et qualifié.

Afin de mettre en œuvre ces obligations, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) a publié un document fort important sur l'organisation des services d'urgence des centres hospitaliers qui s'intitule le *Guide de*

⁴⁶ *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, R.R.Q., c. S-5, r.3.01, art. 28. Sont assimilés à des soins d'urgence les soins pour une affection aiguë due à une toxicomanie et, dans le cas d'une victime d'une agression sexuelle, le traitement, la prévention sanitaire et la constatation des évidences médicales en vertu du deuxième alinéa de ce même article.

⁴⁷ *Id.*, art.34.

⁴⁸ *Id.*, art.41

⁴⁹ *Id.*, art.47.

*gestion d'urgence*⁵⁰. Ce guide contient un ensemble de règles relatives à l'organisation et au fonctionnement d'une salle d'urgence. Ces règles font consensus au Québec et constituent dans ce contexte l'expression des règles de l'art applicables à l'égard de l'urgence d'un hôpital.

2.3.1 L'obligation de recevoir le patient

En matière d'urgence, l'établissement n'a aucune discrétion pour refuser un patient et doit lui dispenser les soins requis par son état lorsque sa vie ou son intégrité est menacée et ce, en toutes circonstances et même lorsque la salle d'urgence de l'établissement est déjà à sa pleine capacité.

Contrairement au droit de l'usager de recevoir des soins prévus à l'article 5 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le droit aux services en cas d'urgence n'est pas limité par l'article 13 de la même loi de manière à ce que l'établissement ne pourrait invoquer avec succès la limitation des ressources matérielles, humaines ou financières pour s'exclure de son obligation de dispenser les soins requis lorsque l'urgence le justifie et qu'elle met la vie d'une personne ou son intégrité physique en danger. En contrepartie, comme nous le verrons plus loin, le défaut d'avoir les ressources appropriées pour faire face à une situation d'urgence ne pourra être reproché à l'établissement sauf si le défaut découle d'une négligence ou d'une imprévoyance.

L'établissement a également l'obligation d'évaluer toute personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui⁵¹.

⁵⁰ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Guide de gestion de l'urgence*, 1^{er} novembre 2006 :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-905-01.pdf>.

⁵¹ *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, art. 8, al. 2. Cette obligation est toutefois sous réserve de des urgences médicales jugées prioritaires ou de l'article 23 de la même Loi qui prévoit : « Tout établissement qui, en raison de son organisation ou de ses ressources, n'est pas en mesure de procéder à un examen psychiatrique ou de mettre une personne sous garde doit immédiatement diriger la personne pour qui on requiert ce service auprès d'un autre établissement qui dispose des aménagements nécessaires ».

Cette obligation imposée à l'établissement prévaut peu importe la provenance du patient, que ce soit par les propres moyens du patient, par les services d'une ambulance, ou suivant l'ordonnance d'un médecin que ce dernier détienne ou non des privilèges dans l'établissement.

Dans une décision, il y a quelques années, la Cour supérieure obligea un établissement à dispenser les examens prescrits par un médecin ne détenant pas de privilèges dans son établissement à une dame âgée de 71 ans qui souffrait de plusieurs affections. Dans cette affaire la dame s'était vue reporter ses examens de deux mois suite à l'élaboration d'une politique de l'établissement de ne plus traiter les demandes portant la mention urgente comme une urgence, 90% d'entre elles portant cette mention, et de les traiter les unes à la suite des autres à l'exception des examens portant la mention «urgence stat » et reportant au dernier plan les demandes provenant des médecins ne détenant pas de privilèges au sein de l'établissement. La Cour considère sans valeur cette politique de priorisation et ordonne à l'établissement de dispenser les examens prescrits dans les meilleurs délais et ce, considérant l'âge de la requérante, sa condition de santé, ses antécédents médicaux, le besoin urgent de ces examens et de soins médicaux, du délai inacceptable de dispenser ces examens par l'établissement et du risque sérieux occasionné par tout délai⁵².

Cette obligation de recevoir tout patient en contexte d'urgence n'implique pas que l'établissement doit lui procurer tous les soins requis par son état. L'établissement peut satisfaire cette obligation en référant le patient à une autre ressource où il pourra recevoir des soins appropriés une fois sa condition initiale stabilisée. Préalablement il doit toutefois le recevoir, l'évaluer et stabiliser son état.

2.3.2 L'obligation d'évaluer le patient

Dès qu'un patient se présente en salle d'urgence, l'établissement a non seulement l'obligation de le recevoir mais il doit également l'évaluer en temps utile⁵³.

⁵² *Poirier c. Hôpital du Haut Richelieu*, EYB 1982-140879 (C.S.).

⁵³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 101 (1).

Des mécanismes doivent-êtré mis en place afin que le patient qui se présente en salle d'urgence puisse recevoir l'assistance médicale requise par son état dans des délais appropriés.

Dans le processus d'évaluation auquel est tenu l'établissement il y a dans un premier temps le triage, puis l'évaluation par le médecin.

Il revient à l'infirmière d'évaluer le patient à son arrivée à l'urgence et de procéder au triage. Le triage est une procédure mise en place pour établir un ordre de priorité suivant lequel le patient sera évalué par un médecin à la salle d'urgence. Cette priorisation dépendra du degré de gravité de la condition du patient et suivant les critères de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence⁵⁴.

Le but du triage est : « 1. Identifier rapidement les patients souffrant d'une condition urgence menaçant la vie ; 2. Déterminer l'aire de traitement approprié pour les patients se présentant en salle d'urgence ; 3. Diminuer la congestion des aires de traitement de la salle d'urgence ; 4. Permettre une évaluation continue des patients ; 5. Informer les patients et leur famille à propos des soins à venir et des temps d'attente ; 6. Aider au recueil de l'information permettant de définir la « lourdeur » de la clientèle du département »⁵⁵.

L'Échelle de triage et de gravité canadienne comprend cinq niveaux de priorité, établis en fonction de critères objectifs permettant d'évaluer rapidement le niveau d'urgence associé à l'état du patient qui consulte à l'urgence d'un centre hospitalier. Le délai maximum d'attente acceptable pour chaque code de priorité d'urgence est également déterminé par cette Échelle de triage et de gravité, soit :

⁵⁴ D.J.A. WARREN, L. LEBLANC (2001) « ÉTG pédiatrique : Échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité pour les départements d'urgence », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, (suppl.), vol. 3, no 4, p. 2-23.

⁵⁵ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Guide de gestion de l'urgence*, préc. note 50., p. 4.

Niveau I /Réanimation : Le patient présente une condition qui menace sa vie ou sa survie (ou qui présente un risque imminent de détérioration), commandant une intervention agressive immédiate. De façon habituelle on attribuera un niveau de priorité I aux patients en code/arrêt cardiaque ou respiratoire, qui présentent un trauma majeur, en choc, inconscients, ou en détresse respiratoire sévère⁵⁶.

Niveau II/ Très urgent : Ce niveau de priorité est donné au patient qui présente une condition de menace potentielle pour sa vie, l'intégrité d'un membre ou sa fonction, qui demande une intervention médicale rapide ou l'exécution d'actes délégués. De façon générale on attribuera un niveau de priorité II au patient qui présente une altération de son état de conscience, un traumatisme crânien, un traumatisme sévère, aux nouveau-nés, avec douleurs oculaires, douleurs thoraciques ou viscérale, souffrant d'intoxication, de douleurs abdominales, de saignements gastro-intestinal, d'ACV, d'asthme, de dyspnée, d'anaphylaxie, de saignements vaginal/de douleurs pelviennes aiguës, d'infections graves, de fièvre pour de jeunes enfants, de vomissements ou diarrhées, pour des enfants qui présentent une léthargie, ou de cas de psychose aiguë, de diabète, de douleurs aux loges rénales, de céphalées, de douleurs intenses, d'abus, de négligence ou d'agression, de sevrage d'intensité sévère, de chimiothérapie⁵⁷. Le délai de réévaluation par l'infirmière ou d'évaluation par le médecin pour ce niveau de priorité est de 15 minutes⁵⁸.

Niveau III/Urgent : Sera priorisé de niveau III le patient qui présente une condition pouvant s'aggraver jusqu'à représenter un problème commandant une intervention urgente spécifique, pouvant être associée à un inconfort significatif ou affecter la capacité de travailler ou d'effectuer des activités journalières. Les cas de priorité III sont généralement les patients présentant un traumatisme crânien, de trauma modéré, d'asthme léger, de dyspnée modérée, de douleurs thoraciques fréquentes, de saignements gastro-intestinaux avec signes vitaux normaux, de saignement vaginal et de grossesse avec un niveau de douleur inférieur ou équivalent à 4/10, de certains cas de convulsions, de douleurs intenses aiguës, de douleurs modérées aiguës, de vomissements ou diarrhées

⁵⁶ *Id.*, p. 7.

⁵⁷ *Id.*, p. 8-10.

⁵⁸ *Id.*, p. 5.

pour un enfant de moins de deux ans, de patients dialysés ou transplantés⁵⁹. Le délai de réévaluation par l'infirmière ou d'évaluation par le médecin est de 30 minutes⁶⁰.

Niveau IV/Moins urgent : Le patient sera priorisé de catégorie « moins urgente » s'il présente une condition en relation avec son âge, le degré de détresse ou le potentiel de détérioration ou de complication, pouvant nécessiter une intervention ou des conseils dans un délai d'une ou deux heures. Ce sera habituellement le cas de patients avec un traumatisme crânien mineur, de trauma mineur, de certain cas de douleurs abdominales, de céphalées non subites, non intenses sans caractère à haut risque, d'otites, de douleur thoracique sans signe de détresse, d'idées suicidaires/dépression, avec un corps étrangers cornéens, de douleur dorsale chronique, de symptômes d'IVRS, de vomissements et diarrhées sans signe de déshydratation, de douleur aiguë modérée⁶¹. Le délai de réévaluation par l'infirmière ou d'évaluation par le médecin est de 60 minutes⁶².

Niveau V / Non urgent : Ce niveau de priorité réfère à une condition peut-être aiguë, mais non urgente, ou pouvant relever d'un problème chronique mais sans toutefois de signes de détérioration. Les investigations et les interventions pour certains de ces problèmes ou traumatismes peuvent être retardées ou même référées à d'autres secteurs de l'hôpital ou du réseau de soins. Ce sera le cas de certains traumatismes mineurs, de mal de gorge, IVRS, de saignement vaginal, de douleurs abdominales, de vomissements ou diarrhées isolés, de problème psychiatrique, de patients difficiles à catégoriser ou qui se présentent pour une visite de relance⁶³. Le délai de réévaluation par l'infirmière ou d'évaluation par le médecin est de 120 minutes⁶⁴.

Au terme de cette priorisation le patient est soit évalué dans le délai par un médecin ou à défaut, il doit être réévalué par l'infirmière au triage lorsque le délai prévu est échu et que

⁵⁹ *Id.*, p. 10-11.

⁶⁰ *Id.*, p. 5.

⁶¹ *Id.*, p. 12-13.

⁶² *Id.*, p. 5.

⁶³ *Id.*, p. 13.

⁶⁴ *Id.*, p. 5.

le patient n'a pas été pris en charge par le médecin ou, encore, lorsque son état se détériore.

Une gestion continue de la salle d'attente, sous la responsabilité de l'infirmière du triage, doit tenir compte des priorités accordées au cours du triage et de la durée du temps d'attente avant la prise en charge par un médecin.

L'échelle de triage et de gravité permet de s'assurer que les patients sont réévalués en temps opportun pour vérifier si leur condition ne s'est pas détériorée et s'inscrit dans l'obligation de l'établissement hospitalier d'évaluer chaque patient.

Une fois l'évaluation au triage effectuée, le patient devra être évalué par un médecin. Le processus d'évaluation par le médecin en salle d'urgence fait l'objet du chapitre 4 ci-dessous auquel nous vous référons. Précisons toutefois que le médecin pourra au terme de son évaluation soit lui donner congé, le suivre en clinique externe, l'admettre à l'hôpital ou le transférer.

2.3.3 L'obligation de fournir des soins

La troisième obligation du centre hospitalier est de fournir les soins requis à l'état du patient pour faire face à la condition d'urgence et ce, dans des délais appropriés. Cette obligation est développée un peu plus loin sous le chapitre 4 du présent texte.

Selon le *Guide de gestion de l'urgence*, les soins qui devront être dispensés en urgence devront servir à stabiliser l'état du patient. Une fois sa condition stabilisée, il devra être orienté⁶⁵.

⁶⁵ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
Guide de gestion de l'urgence, préc., note 50, p. 31.

2.3.4 L'obligation d'orienter le patient

La quatrième obligation est d'orienter le patient une fois sa condition stabilisée. Le médecin doit alors orienter le patient.

Le médecin peut d'abord décider de garder le patient à l'urgence sous observation pour compléter sa démarche diagnostique. Il ne pourra toutefois garder le patient à l'urgence sous observation plus de 48 heures⁶⁶.

Il peut aussi décider d'admettre le patient à l'hôpital si sa condition nécessite des soins hospitaliers⁶⁷.

Il peut également lui donner congé si sa condition ne requière pas de soins hospitaliers comme nous en discuterons ci-dessous.

Finalement le médecin peut décider de transférer le patient d'établissement afin que celui-ci reçoive les soins requis dans le bon milieu si l'établissement dans lequel il se trouve n'est pas en mesure de les lui dispenser⁶⁸. Si le patient nécessite un transfert, les règles relatives au transfert doivent être suivies⁶⁹ et l'assistance médicale nécessaire doit être assurée durant le transfert. Le médecin de l'urgence demeure responsable du patient tant que le patient n'est pas pris en charge par un médecin de l'autre établissement⁷⁰. Il est responsable d'organiser le transfert sécuritaire du patient en obtenant d'abord l'approbation de l'autre hôpital, en stabilisant le patient, et en assurant le transport avec escorte médicale appropriée jusqu'à l'autre établissement.

2.3.5 L'obligation d'avoir du matériel suffisant et adéquat

⁶⁶ *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, art. 27.

⁶⁷ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
Guide de gestion de l'urgence, préc., note 50, article 26.

⁶⁸ *Id.*, p. 45.

⁶⁹ *Id.*, p. 58-60.

⁷⁰ *Code de déontologie des médecins*, art. 34.

L'établissement ne saurait non plus invoquer la limitation des ressources matérielles pour justifier l'absence d'équipement permettant de répondre à une situation d'urgence. Ainsi, l'établissement doit être doté de l'équipement et du matériel médical et pharmaceutique requis pour répondre à toute situation d'urgence pouvant mettre la vie ou l'intégrité d'une personne en danger.

Peu de normes régissent cet aspect. Le Guide de gestion de l'urgence prévoit toutefois certaines normes pour assurer une gestion et une utilisation efficace de l'équipement en salle d'urgence d'un établissement de santé, dont plus particulièrement :

- « – L'équipement de l'urgence est vérifié quotidiennement.
- Le chef médical et l'infirmière–chef de l'urgence doivent désigner un responsable du matériel et de l'équipement de l'urgence.
- Le matériel est accessible facilement et disponible en tout temps.
- Le matériel est regroupé par spécialité et par thème.
- Le personnel de l'urgence connaît parfaitement les endroits où se trouve le matériel.
- Le personnel de l'urgence a la formation nécessaire pour utiliser l'ensemble de l'équipement de l'urgence.
- La date de péremption du matériel est clairement indiquée sur celui-ci.
- Un résumé du cahier des procédures accompagne le matériel médical.
- Une photographie du matériel sur les contenants permet d'identifier adéquatement le contenu du matériel entreposé de façon stérile.

- Le personnel s’assure que des dispositions sont prises afin de corriger toute anomalie relative au matériel et à l’équipement.

- L’achat d’équipement est le fruit d’une analyse rigoureuse de la part du personnel infirmier et médical. L’équipement requis pour répondre à la mission de l’urgence est établi en fonction du niveau de services qui y est offert. Un comité de travail composé d’experts a suggéré une liste d’équipement qui tient compte des différents niveaux d’urgence. Ce document peut être obtenu sur demande auprès du Centre de coordination nationale des urgences »⁷¹.

Ainsi, les équipements prévus à cette liste d’équipement du Centre de coordination nationale des urgences dont nous n’entendons pas exposer le détail pour les fins des présentes, devra se retrouver en salle d’urgence au sein de l’établissement. L’établissement devra également élaborer une liste d’équipements requis en fonction de son niveau d’urgence suivant les recommandations émises dans le Guide de gestion de l’urgence précité.

Bien que ces normes sont élaborées pour leur application en salle d’urgence et diffèrent selon le niveau d’urgence de l’établissement, nous sommes d’avis que tout établissement dont les cliniques privées devrait se doter de l’équipement requis pour répondre à toute situation d’urgence mettant la vie ou l’intégrité d’une personne en danger.

Nous devrions à notre avis retrouver en salle d’urgence à portée de main pour usage immédiat dans les cas où la vie est menacée les médicaments d’urgence appropriés, des médicaments à administration parentérale, des succédanés de plasma sanguin et des fournitures chirurgicales et, disponible et prêt à servir à tout moment du matériel

⁷¹ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D’ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
Guide de gestion de l’urgence, préc., note 50, p. 183-184.

d'aspiration, d'oxygénation et de réanimation cardio pulmonaire et ce peu importe le niveau d'urgence.

Dans l'affaire *Weiss c. Solomon*⁷², l'honorable juge DeBlois retient d'ailleurs la responsabilité de l'Hôpital général juif pour ne pas avoir mis à la disposition du personnel médical et infirmier un chariot à code complet ne permettant pas ainsi de déceler dès les premières minutes de l'arrêt cardiaque la fibrillation au moyen d'un électrocardiogramme et de procéder dans les premières minutes à la défibrillation par choc électrique, seul moyen qui aurait permis de sauver la vie de monsieur Weiss⁷³.

Par ailleurs, dans le cadre d'une enquête publique du coroner impliquant le décès d'un patient dans une salle d'attente d'une clinique privée s'annonçant comme étant une clinique d'urgence, la Coroner Rudel-Tessier recommandait au Collège des médecins du Québec de se pencher sur la question de l'organisation des cliniques sans rendez-vous afin qu'il propose à ses membres des guides de bonne pratique en la matière. Ces documents, précise la coroner Rudel-Tessier pourraient porter sur le triage des patients, la rédaction de protocoles et la formation du personnel (et détaillerait le contenu des chariots de réanimation). Elle mentionne avec raison dans son rapport « qu'une clinique d'urgence se doit d'être bien organisée et équipée afin de prendre charge rapidement des patients qui ont besoin de soins immédiats. Des vies pourraient être sauvées »⁷⁴. Le rapport de la coroner Rudel-Tessier a été rendu en mars 2009. À notre connaissance aucune ligne directrice n'a encore été élaborée par le Collège des médecins sur les équipements requis en clinique privée pour faire face à une situation d'urgence mettant la vie d'un patient en danger.

2.3.6 L'obligation d'avoir du personnel qualifié et suffisant

⁷² *Weiss c. Solomon*, EYB 1989-95790 (C.S.).

⁷³ *Id.*, par. 121 et 122.

⁷⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport d'enquête de Me Catherine Rudel-Tessier, coroner, sur le décès de Jean-Jacques Sauvageau*, préc., note 30.

L'hôpital doit également se doter de personnel suffisant et qualifié pour parer à toute situation d'urgence.

Le *Guide de gestion de l'urgence* prévoit les types de professionnels qui doivent se retrouver dans une salle d'urgence d'un établissement hospitalier, définit le rôle de chacun d'eux, ainsi que le ratio de professionnel attendu par patient. Nous croyons qu'en salle d'urgence, les normes élaborées par ce Guide à l'égard du personnel qui doit se retrouver dans une salle d'urgence dont notamment des spécialistes en médecine d'urgence et/ou omnipraticiens possédant une pratique médicale polyvalente, un coordonnateur médical de l'urgence, du personnel infirmier, pharmacien, travailleur social, personnel infirmier de liaison, inhalothérapeute, ergothérapeute et physiothérapeute, technologiste médical, personnel de soutien, préposés aux bénéficiaires, personnel administratif et agents de sécurité⁷⁵, sont des normes qui doivent être appliquées et respectées par chacune des salles d'urgences des établissements hospitaliers.

Cela n'exige toutefois pas que le plan d'organisation de l'établissement prévoit la présence sur place en tout temps de médecins spécialistes au cas où cela s'avère nécessaire mais il doit toutefois établir un système de garde efficace et qui puisse donner un service de réponse dans un délai adéquat. Dans la décision *Dubois c. Gaul*, l'honorable juge Bisailon précise à cet égard :

« Si notre système de santé est tel qu'il oblige nos hôpitaux à avoir, dans leurs salles d'urgence, un seul omnipraticien de garde au lieu d'une équipe de spécialistes à prodiguer aux malades une qualité de soins supérieurs, ce qui est d'ailleurs utopique, l'omnipraticien ne doit pas être pénalisé s'il ne donne pas à son malade les soins auxquels il devrait s'attendre de tel ou tel spécialiste. L'omnipraticien n'est pas un omni savant »⁷⁶.

⁷⁵ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
Guide de gestion de l'urgence, préc., note 50, p. 130 et ss.

⁷⁶ *Dubois c. Gaul*, EYB 1989-95794 (C.S.), paragraphe 66.

Ceci étant dit, le médecin doit pouvoir recourir aux spécialistes en temps appropriés lorsque cela s'avère nécessaire via un système de garde. Il appartient au conseil des médecins dentistes et pharmaciens de chaque établissement d'instaurer un système de garde dans l'établissement⁷⁷ auquel tous les membres dudit Conseil sont tenus de participer⁷⁸.

Nous sommes en accord avec le fait qu'on ne puisse exiger de l'établissement la présence de spécialistes sur place en toutes circonstances. Cependant nous croyons qu'un établissement de santé doit pouvoir répondre à toute situation d'urgence et prévoir notamment la présence d'un urgentologue et/ou d'un omnipraticien sur place pour pallier à ce genre de situation. Pour notre part, nous ne pouvons en conséquence partager l'opinion émise par l'honorable juge L'Heureux-Dubé, juge à la Cour d'appel, dans l'affaire *Bernard c. Cloutier*⁷⁹ suivant laquelle elle refuse de tenir un hôpital responsable du fait que seul une infirmière était présente à la clinique externe de l'Hôpital St-Joseph de Beauce pour recevoir les patients, le médecin de l'urgence étant disponible sur appel uniquement. La juge L'Heureux-Dubé rejetant l'action intentée contre l'hôpital pour avoir fait défaut d'avoir la présence d'un médecin sur place précise :

« Reste le fait pour l'hôpital de n'avoir pas assuré un médecin en résidence à la clinique externe ou clinique d'urgence. La preuve me convainc que dans les circonstances de cet hôpital, qui dessert plusieurs villes et paroisses éloignées et dont le nombre de médecins exerçant n'est pas considérable, même si cette pratique eût été préférable, elle n'était pas essentielle. En fait, le médecin aurait facilement pu se rendre à l'hôpital, et le fait qu'il n'y ait pas de médecin en résidence n'a pas de lien direct avec le décès.

J'en conclus qu'aucune faute délictuelle ou quasi-délictuelle ayant un lien de causalité avec le décès de la victime n'a été établie de la part de l'Hôpital,

⁷⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 214 (8).

⁷⁸ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 214 (7).

⁷⁹ *Bernard c. Cloutier*, EYB 1982-141111 (C.A.).

appelante, celle-ci n'étant responsable envers la victime que par suite du contrat de soins hospitaliers formé entre elle et la victime »⁸⁰.

Les tribunaux ont appliqué cette décision avec une certaine flexibilité pour tenir compte du volume d'achalandage de chaque établissement.

Nous croyons pour notre part que depuis l'introduction de l'article 7 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1991, cette décision rendue en 1982 mérite d'être remise en question. Nous croyons qu'un médecin généraliste devrait au minimum être présent en salle d'urgence pour répondre à toute situation mettant la vie ou l'intégrité physique d'un patient en danger c'est ce que prévoit d'ailleurs le *Guide de gestion de l'urgence*.⁸¹

Il est impératif que l'établissement prévoit un nombre suffisant d'effectif pour répondre à une situation d'urgence et doit éviter de surcharger son personnel.

Dans un litige impliquant le congédiement d'une infirmière pour négligence, on reprochait à cette infirmière de ne pas avoir remarqué la présence de cyanose chez un patient ayant reçu une anesthésie. Le tribunal conclut que cet événement était prévisible⁸². En effet, il avait été mis en preuve que l'infirmière était surchargée de travail et devait dispenser, avec une autre infirmière, les soins de vingt-deux (22) patients répartis sur deux étages. Elle devait leur dispenser non seulement les soins infirmiers courants, mais devait également faire les lits, donner les bains, les repas etc.

Ainsi, l'établissement doit prévoir un nombre suffisant d'effectif notamment en soins infirmiers pour leur permettre de répondre aux urgences et il ne doit pas surcharger son personnel de travail que ce soit en leur imposant trop de tâches ou d'heures consécutives de travail.

⁸⁰ *Id.*, paragraphe 27 et 28.

⁸¹ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX *Guide de gestion de l'urgence*, préc., note 50, p.130.

⁸² *Dionne v. Baie-Comeau et Thurber*, 17 septembre 1970, district de Hauterive, no 3554.

Dans la décision *Caron c. CHUQ*⁸³ le tribunal retient que l'établissement a manqué à la norme de qualité en imposant à une infirmière un trop grand nombre d'heures de travail. À cet égard le tribunal mentionne : « Le dossier hospitalier révèle que madame Belleau est entrée au travail le 6 mai 2000, qu'elle a complété deux quarts de travail de suite, celui du jour et celui du soir. Elle est revenue le 7 mai pour le quart de jour. Elle a donc travaillé 24 heures sur une période continue de 32 heures. À mon avis, il y a eu excès de travail et manque de repos pour une personne qui est tenue à une grande minutie dans l'exercice de ses fonctions. J'en retiens une indication que le défendeur a manqué à la norme de la qualité requise dans l'organisation des soins infirmiers. En effet, la fatigue et l'épuisement d'un travailleur favorisent les omissions fautives dans l'exécution du travail »⁸⁴.

L'établissement doit donc non seulement assurer une quantité suffisante d'effectifs pour répondre aux urgences mais doit également donner des conditions de travail qui permettent d'assurer un travail de qualité.

2.4 LA RESPONSABILITÉ DÉCOULANT DE L'OBLIGATION D'AGIR

L'obligation d'agir que la loi impose aux médecins et aux établissements engendre des conséquences juridiques de diverses natures. Pour le médecin, le défaut d'agir peut être générateur d'une poursuite civile, d'un recours disciplinaire ou d'accusation criminelle.

Bien qu'il puisse être extrêmement rare que des accusations criminelles soient portées contre un médecin pour son défaut d'agir, on retrouve une cause importante en matière criminelle dans l'affaire *St-Germain c. R*⁸⁵. Rappelons que dans cette affaire, le docteur St-Germain, alors qu'il était seul en charge de l'urgence d'un hôpital, avait refusé de soigner un patient reconnu comme étant cirrhotique alcoolique, qui lui était amené par ambulance. Ce dernier a dû être conduit vers un autre établissement suite au refus du

⁸³ *Caron c. CHUQ*, EYB 2006-106721 (C.S.).

⁸⁴ *Id.*, paragraphe 55.

⁸⁵ *St-Germain c. R.* [1976] C.A. 185.

docteur St-Germain de le soigner et est mort d'une hémorragie pendant le transfert. Le docteur St-Germain fut accusé de négligence criminelle causant la mort en vertu de l'article 202 (2) du *Code criminel*⁸⁶ et s'exposait à une peine d'emprisonnement à perpétuité⁸⁷. En première instance, il fut reconnu coupable de négligence criminelle et porta cette décision en appel.

La Cour d'appel formula ainsi la question à laquelle elle devait répondre : «la loi obligeait-elle le docteur St-Germain à fournir des soins médicaux à Demers?»⁸⁸. Plus précisément, « ce qu'il y a lieu de voir c'est si les mots « loi », « law » à l'art. 202 C.Cr. signifient seulement loi criminelle fédérale ou toute disposition législative applicable à une personne dans des circonstances déterminées »⁸⁹.

Selon la Cour d'appel, lorsque le législateur fédéral emploie le mot « loi », à l'article 202 (2) du *Code criminel*, il lui donne un sens large : la loi, c'est l'ensemble des dispositions législatives adoptées par une autorité compétente et qui régissent la vie en société. Le docteur St-Germain était assujéti aux dispositions des lois et règlements professionnels ainsi qu'à la réglementation hospitalière et avait donc un devoir légal de prodiguer des soins au patient décédé. La Cour d'appel est d'avis que la conduite du docteur St-Germain démontrait une insouciance telle qu'aucun médecin consciencieux n'aurait agi ni ne se serait abstenu d'agir comme il l'a fait; il s'agissait d'un cas de négligence criminelle.

Toutefois, la Cour d'appel se demanda ensuite si l'omission du docteur St-Germain de fournir des soins à son patient lui avait causé la mort. Cette omission, précise la Cour, a certes pu abrégé la vie du patient, mais il ne fut pas établi hors de tout doute raisonnable

⁸⁶ L'article 202 du *Code criminel* (actuel article 219 *Code criminel* L.R.QC (1985), c. C-46), se lisait comme suit : « Négligence criminelle – Est coupable de négligence criminelle quiconque : a) soit en faisant une chose b) soit en omettant de faire quelque chose qu'il est de son devoir d'accomplir; démontre une insouciance déréglée et téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui; (2) définition de devoir : pour l'application du présent article « devoir » désigne une obligation imposée par la loi

⁸⁷ L'article 203 *Code criminel* (actuel article 220) prévoyait une peine allant jusqu'à l'emprisonnement à perpétuité pour quiconque cause la mort de quelqu'un par négligence criminelle.

⁸⁸ *St-Germain c. R*, préc., note 85, p. 191.

⁸⁹ *Id.*, p. 190.

qu'elle en fut la cause compte tenu notamment du fait que les omnipraticiens, dont le docteur St-Germain, n'avait pas les qualifications pour pratiquer les méthodes diagnostiques permettant de déceler l'hémorragie ; qu'il n'a pas été établi que l'Hôpital Fleury était équipé en personnel ou en instruments pour les utiliser. Également bien qu'il avait été démontré qu'une fois l'hémorragie déclenchée, des traitements auraient pu être administrés par des spécialistes, mais sans plus de certitude de réussite. Au surplus, rien n'indiquait qu'une transfusion sanguine aurait eu pour effet de sauver la vie du patient. Compte tenu de ce qui précède la Cour d'appel est d'avis que ce n'est pas le comportement de l'appelant qui a causé la mort du patient, mais une maladie, un désordre de son organisme.

La Cour d'appel a conclu que la Couronne n'avait prouvé que trois des quatre éléments essentiels de l'infraction de négligence criminelle causant la mort (art. 202, 203 du *Code Criminel.*), soit : le devoir légal de l'accusé de prodiguer des soins médicaux à la victime, l'omission par l'accusé de prodiguer de tels soins et la négligence criminelle de l'accusé en agissant ainsi. La Couronne n'avait cependant pas apporté une preuve hors de tout doute raisonnable du quatrième élément essentiel de l'infraction, soit le lien de causalité entre la négligence criminelle et la mort, tel que l'extrait suivant en témoigne : « dans les circonstances de l'espèce, l'attitude désinvolte du Dr Jacques St-Germain ne peut nous inspirer que des sentiments de réprobation. Mais cela ne suffit pas pour conclure que la couronne a établi, hors de tout doute raisonnable, les éléments essentiels à l'accusation qu'elle a portée contre le Dr St-Germain, à savoir qu'il a illégalement causé la mort de Paul-Émile Demers par négligence criminelle »⁹⁰. Même en présence d'une faute grave de la part du médecin, l'incapacité d'établir hors de tout doute raisonnable le lien de causalité entre la faute du médecin et le décès entraîne le rejet de la poursuite⁹¹.

Le médecin s'expose également à une plainte déontologique s'il fait défaut de porter secours. C'est dans ce contexte que le Collège des médecins a été appelé à se prononcer

⁹⁰ *Id.*, p.197.

⁹¹ Le critère de causalité appliqué dans la décision *St-Germain c. R.*, a été atténué dans la décision *Smithers c. R.*, [1978] 1 R.C.S. 506, la Cour suprême a plutôt proposé un critère plus faible de causalité, soit « la contribution plus que mineure à la mort ». Dans l'arrêt *R. c. Nette*, [2001] 3 R.C.S. 488. La Cour suprême a reformulé le principe comme « la cause ayant contribué de façon appréciable à la mort ».

suite à une plainte déontologique reçue contre la docteure Cloutier dans la décision *Médecins (Ordre professionnel des) c. Cloutier*⁹², laquelle plainte était libellée comme suit :

« Que je suis raisonnablement informé, ai raison de croire et crois véritablement que la docteure Linda Cloutier, une professionnelle membre du Collège des médecins du Québec, exerçant sa profession à Shawinigan Sud, a commis des actes dérogatoires à l'honneur et à la dignité de la profession médicale, dans le cas de monsieur Claude Dufresne, domicilié au [...] à ville A :

En négligeant de lui porter secours et de lui fournir des soins le 20 juin 2002, malgré qu'elle était informée qu'il était en arrêt cardiorespiratoire, refusant que les ambulanciers le dirigent à la salle d'urgence du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie où elle se trouvait, sans le voir ni autrement s'informer à son sujet, malgré qu'ils étaient à proximité, les forçant ainsi à la transporter au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et occasionnant des délais supplémentaires avant qu'il puisse recevoir l'attention médicale qu'exigeait son état, contrevenant ainsi aux articles 2.02.01, 2.03.47, 2.03.17 et 2.03.54 du Code de déontologie des médecins⁹³. »

En raison d'une pénurie de médecin un plan de contingence prévoyant la fermeture de l'urgence a été mise en place et un avis prévoyant qu'advenant le cas où une personne se présenterait tout de même au service d'urgence durant la période de fermeture, celle-ci serait dirigée vers les autres salles d'urgence de la région, à moins qu'elle soit en danger de mort immédiat, auquel cas un code « Bleu ou Rose » devrait être lancé et une prise en charge serait réalisée.

⁹² *Médecins (Ordre professionnel des) c. Cloutier*, 2005, CanLII, 68995 (QC CDCM).

⁹³ *Id.*, page 2, par. 2.

Le 19 juin 2002 à 23h55, alors que le plan de contingences était en vigueur à l'hôpital, docteure Linda Cloutier s'est présentée pour sa première présence de nuit afin d'assurer une présence médicale à l'hôpital auprès des patients admis ou sous observation.

Le 20 juin 2002, à 00h07, alors que la docteure Linda Cloutier se trouvait à la salle d'urgence de l'hôpital dans l'attente du transfert de garde d'un autre médecin, un appel a été logé à la salle d'urgence demandant si une ambulance avec un patient ayant subi un arrêt cardiaque pouvait être amené à l'hôpital.

Compte tenu du plan de contingence en place, docteure Cloutier a indiqué que l'urgence était fermée.

Suite à ce refus, le patient, monsieur Dufresne, a été dirigé à l'urgence du Centre hospitalier de Trois-Rivières, occasionnant des délais supplémentaires dans la prise en charge médicale de celui-ci.

Au moment de l'appel des ambulanciers à l'urgence de l'hôpital, ceux-ci se trouvaient à la résidence de monsieur Dufresne située à environ 300 mètres de là.

Les ambulanciers arriveront au Centre hospitalier de Trois-Rivières vers 00h41, et le décès de monsieur Dufresne sera constaté par le docteur Martin Cadorette à 00h55.

Le Comité de discipline a déclaré la docteure Cloutier coupable, du reproche formulé au chef de la plainte lui reprochant de ne pas avoir porté secours à monsieur Dufresne. Dans sa décision le Comité de discipline rappelle :

« Relativement à la nature ainsi qu'à la gravité de l'infraction, il est clair que les gestes posés vont au cœur même de la profession du médecin, qui vise avant tout à préserver la vie et à administrer les soins requis par l'état des patients qui se présentent à eux. Il est en fait de l'essence même de la profession médicale de porter assistance à une personne dont l'état de santé met sa vie en péril, tel que

c'était le cas dans la présente affaire. Le *Code civil du Québec* prévoit d'ailleurs un tel devoir de secours et d'assistance pour tous les citoyens. Il y a donc lieu de rappeler que peu importent les circonstances, un médecin demeure toujours un médecin, soumis à ses obligations déontologiques »⁹⁴.

Et plus loin :

« La situation en l'espèce amène le comité de discipline à rappeler que le *Code de déontologie des médecins* doit primer sur les règles administratives (...) »⁹⁵.

Également, dans la décision *Médecins (Ordre professionnel des) c. Albert*⁹⁶, on reprochait à l'intimé d'avoir fait preuve d'indifférence et d'une passivité surprenante qui ont fait courir des risques injustifiés à un patient. La preuve a révélé que l'intimé a été interpellé plusieurs fois au sujet de la condition d'un patient et son inaction demeure inexplicée. Selon la preuve présentée, le patient se présente à l'urgence à 23h05 le 27 novembre 2007 avec de l'arythmie, des palpitations et de la tachycardie. Un tracé d'électrocardiogramme est effectué et suite aux résultats le patient est conduit en salle de choc. Les fréquences cardiaques du patient atteignaient 218 battements. Il est 23h40. Bien que dûment avisé de l'état du patient à plus d'une reprise et même après l'avoir été à 23h48, le docteur Albert ne se rend pas au chevet du patient toujours en salle de choc. C'est le docteur Bisailon qui doit s'occuper du patient à son arrivée pour son quart de travail. Le Comité de discipline déclare coupable le docteur Albert pour avoir fait défaut de prêter assistance à son patient en contravention de l'article 38 du *Code de déontologie des médecins* et lui impose une période de radiation temporaire de deux semaines.

La responsabilité civile peut également être retenue pour avoir fait défaut d'agir. En effet, dans la décision *Zuk c. Milahy*⁹⁷, l'honorable juge Martineau retient la responsabilité du docteur Mihaly en raison de son défaut de prêter assistance à monsieur

⁹⁴ *Id.*, p. 19, par. 83.

⁹⁵ *Id.*, p. 21, par. 91.

⁹⁶ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Albert*, 2012 Can LII 43920 (QC CDCM).

⁹⁷ *Zuk c. Milahy*, préc., note 41.

Zuk terrassé d'une crise cardiaque au milieu de la rue. Il avait été mis en preuve que monsieur Stephen Zuk revenant d'une tournée en voiture, se sent mal en rentrant chez lui. Il en informe les demanderesses, qui de concert avec monsieur Zuk, décident de se rendre immédiatement chez le médecin, le docteur Maurice Mihaly, dont le bureau est situé à quelques pas de leur demeure, sur l'autre côté de la rue. Ils sont reçus par l'épouse du défendeur, qui les informe que le docteur, maintenant âgé de près de 80 ans, ne pratique pas à plein temps et ne fait jamais de bureau les avant-midis. Sur ce, monsieur et madame Zuk et leur fille Olga, rebroussent chemin pour rentrer chez eux. Monsieur Zuk n'avait que quelques pas de fait au moment où il fut terrassé par un arrêt cardiaque et s'affaissa dans l'entrée de cour de la propriété du docteur Mihaly, le défendeur. La femme qui les avait reçus apercevant la chute de monsieur Zuk en avisa immédiatement le docteur défendeur, qui se rendit directement à l'endroit où gisait monsieur Zuk. Arrivé devant monsieur Zuk, il s'y tint pour quelques instants, sans cependant porter quelques secours que ce soit à monsieur Zuk, qui demeurait sans bouger et, dans un état apparent d'inconscience. Malgré les demandes répétées et angoissées de la conjointe et de la fille de monsieur Zuk, le docteur Mihaly continua à se tenir immobile près de monsieur Zuk n'accomplissant aucun geste médical pour parer à l'état d'urgence dans lequel se trouvait monsieur Zuk. La demanderesse dû rentrer chez elle pour appeler la police et demander les services d'une ambulance et ce n'est qu'à l'arrivée des ambulanciers que monsieur Zuk reçut finalement l'oxygène mais en vain.

En matière civile, la personne tenue d'agir afin de porter secours bénéficie d'une immunité prévue au *Code civil du Québec*. En effet, l'article 1471 du *Code civil du Québec* prévoit :

« La personne qui porte secours à autrui ou qui, dans un but désintéressé, dispose gratuitement de biens au profit d'autrui est exonérée de toute responsabilité pour le préjudice qui peut en résulter, à moins que ce préjudice ne soit dû à sa faute intentionnelle ou à sa faute lourde »⁹⁸.

⁹⁸ *Code civil du Québec*, art. 1471.

Ce faisant, lorsque la personne prête secours et agit en bon samaritain, elle sera exonérée de toute responsabilité pour des erreurs de bonne foi ou des fautes qualifiées de légères commises dans l'accomplissement d'actes socialement bénéfiques précise le Ministre de la justice⁹⁹. Qu'en est-il pour le médecin ?

Nous croyons que l'article 1471 C.c.Q. ne s'applique pas au médecin qui ne pourrait invoquer une défense de bon samaritain pour se soustraire de toute responsabilité d'abord puisqu'il n'intervient pas dans un but désintéressé compte tenu qu'il reçoit une rémunération. Également mais surtout en raison de l'article 16 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui prévoit :

« Rien dans la présente loi ne limite le droit d'une personne ou de ses ayants cause d'exercer un recours contre un établissement, ses administrateurs, employés ou préposés ou un professionnel en raison d'une faute professionnelle ou autre. Un tel recours ne peut faire l'objet d'une renonciation »¹⁰⁰.

En pratique, nous ne croyons pas que l'article 1471 du *Code civil du Québec* s'applique aux « bons samaritains professionnels » c'est-à-dire dont le métier ou le travail consiste à porter secours. Un médecin oeuvrant dans une salle d'urgence ne pourrait, à moins d'écarter les principes de l'article 16 de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* invoquer le statut du bon samaritain pour limiter sa responsabilité.

Il ne saurait donc y avoir exonération de responsabilité pour le médecin qui ne respecte pas les règles de l'art de sa profession. Même en situation d'urgence, le médecin est toujours tenu de respecter les règles de l'art¹⁰¹.

Non seulement la personne qui prête secours peut se voir accorder une immunité en certaines circonstances, mais la *Loi visant à favoriser le civisme*¹⁰² prévoit que le

⁹⁹ MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, *Commentaires du Ministre de la justice, Le Code civil du Québec. Un mouvement de société*, 3 tomes, Québec, Publications du Québec, 1993, art. 1471,p.492.

¹⁰⁰ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 16.

¹⁰¹ *Code de déontologie des médecins*, art.6 : « Le médecin doit exercer sa profession selon les principes scientifiques ».

sauveteur ou une personne à sa charge peut se voir accorder une indemnité pour avoir accompli un acte de civisme soit parce qu'il résulte pour le sauveteur une blessure ou son décès¹⁰³ ou simplement parce que le Ministre de la justice désire lui offrir une récompense pour cet acte¹⁰⁴. Un sauveteur ne saurait toutefois bénéficier d'une prestation s'il a subi un préjudice ou est décédé dans des circonstances qui donnent ouverture à l'application de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*¹⁰⁵, de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*¹⁰⁶ ou d'une loi autre qu'une loi du Parlement du Québec¹⁰⁷.

¹⁰² *Loi visant à favoriser le civisme, L.R.Q., c. C-20.*

¹⁰³ *Loi visant à favoriser le civisme, art. 2.*

¹⁰⁴ *Loi visant à favoriser le civisme, art. 15.*

¹⁰⁵ *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, L.R.Q., chapitre A-3.001.*

¹⁰⁶ *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, L.R.Q. c. I-6.*

¹⁰⁷ *Loi visant à favoriser le civisme, art.21.*

CHAPITRE 3 : L'IMPACT DE L'URGENCE SUR LES DROITS ET OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS

3.1 L'ATTÉNUATION DE L'OBLIGATION DU MÉDECIN D'OBTENIR UN CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Le droit à l'inviolabilité de la personne et à son autonomie confère à la personne le droit de décider des atteintes auxquelles elle veut soumettre son corps et de décider d'accepter ou de refuser des soins requis ou non par son état de santé.

Le droit fondamental à l'inviolabilité de la personne garanti par l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*¹⁰⁸ et par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*¹⁰⁹ protège chaque personne contre toute atteinte qui pourrait lui être portée. En matière médicale, le *Code civil du Québec* consacre ce droit aux articles 10 et 11 du *Code civil du Québec*. D'abord l'article 10 du *Code civil du Québec* prévoit que :

« Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé ».

L'article 11 du *Code civil du Québec* prévoit pour sa part que :

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer ».

Bien que le droit à l'autonomie est le fondement même des droits du patient dans le système de santé, ce droit n'est toutefois pas absolu.

¹⁰⁸ *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 1.

¹⁰⁹ *Charte canadienne des droits et libertés, Loi constitutionnelle de 1982 (R-U)*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada (R-U)*, 1982, c 11.

D'abord une personne apte peut renoncer à ce droit et permettre à ce qu'il lui soit porté atteinte notamment dans un contexte médical afin que lui soit prodigué les soins que requiert son état si tel est son désir. Certaines balises doivent toutefois être respectées afin que son consentement soit donné en pleine connaissance de cause après avoir été informée de toutes les informations pertinentes à sa prise de décision. L'article 29 du *Code de déontologie des médecins* prévoit d'ailleurs :

« Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter ».

Ceci étant dit, « la mise en œuvre de l'obligation de renseigner et d'obtenir un consentement dépendra des circonstances : selon que le patient est conscient ou non, qu'il y ait présence ou non d'un proche habilité à consentir, ainsi que du degré d'urgence pour agir »¹¹⁰.

Ainsi, la loi permet parfois que soit porté atteinte au droit à l'inviolabilité et à l'intégrité de la personne, en l'absence de consentement. Ces atteintes constituent toutefois des exceptions et doivent non seulement se justifier dans le cadre d'une société libre et démocratique mais doivent également recevoir une interprétation restrictive, tel est le cas de l'urgence.

Hors situation d'urgence, les règles générales applicables à l'obtention d'un consentement libre et éclairé doivent recevoir application.

¹¹⁰ Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Pauline LESAGE-JARJOURA, Robert P. KOURI, *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 3e édition, Les éditions Yvon Blais, 2007, p. 24, no. 47.

3.1.1 Les conditions d'exercice

L'urgence est une première exception suivant laquelle on peut passer outre le consentement de la personne et porter atteinte à son intégrité en lui prodiguant des soins sans son consentement. À cet égard, l'article 13 du *Code civil du Québec* prévoit :

« En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne »¹¹¹.

Les auteurs Kouri et Philips-Nootens précisent à l'égard de ce droit d'exception :

« En situation d'urgence immédiate (« stat »), c'est-à-dire celle où l'on ne dispose pas du temps voulu pour obtenir l'autorisation nécessaire, l'article 13 al.1 C.c.Q. permet que des soins soient administrés sans aucune autre formalité. La loi semble présumer que toute personne en danger, si elle était en mesure de le faire, y consentirait, reconnaissant ainsi un état de nécessité déjà admis par la doctrine et la jurisprudence. Pour des raisons évidentes, l'appréciation de l'urgence demeure la responsabilité du médecin.

(...)

L'autorisation légale d'agir sans consentement en cas d'urgence tombe lorsque les soins sont considérés comme « inusités », « inutiles », ou « intolérables pour la personne », selon l'alinéa 2 de l'article 13 C.c.Q. Nous avons vu que le but de ces cas d'exception est d'éviter l'audace scientifique, l'acharnement thérapeutique et

¹¹¹ *Code civil du Québec*, art. 13 al.1.

l'outrage aux sentiments et aux croyances de la personne concernée. L'urgence ne peut donc servir de prétexte pour poser des actes que le patient n'autoriserait vraisemblablement pas s'il était en mesure d'exprimer son avis »¹¹².

Au Québec il doit y avoir urgence immédiate alors qu'en droit français les situations permettant de passer outre l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé sont plus larges. La doctrine et la jurisprudence française définissent comme suit la notion d'urgence permettant de passer outre l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé, soit : « l'existence d'un péril imminent, d'un danger immédiat, d'une détresse patente ou potentielle et de la nécessité d'une intervention » (nos soulignements). Dans ces circonstances, le médecin serait exceptionnellement dispensé d'obtenir le consentement du patient ou de son représentant¹¹³.

Ceci étant dit, au Québec, le médecin n'est pas justifié de dispenser tout traitement invoquant l'urgence et l'inaptitude momentanée du patient et son impossibilité d'obtenir un consentement substitué en temps utile. En vertu du deuxième alinéa de l'article 13 du *Code civil du Québec* les soins ne doivent pas être inusités ; les soins ne doivent pas être inutiles ; les soins ne doivent pas créer une situation intolérable pour la personne.

Par ailleurs le Code de déontologie atténue également l'obligation du médecin d'obtenir un consentement libre et éclairé en présence d'urgence en ce qu'il prévoit : « le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé »¹¹⁴.

¹¹² Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 3^e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2012, p. 423-424.

¹¹³ Geneviève REBECQ, *Le consentement le point de vue d'un juriste*, L'urgence sanitaire, Faculté de droit et de science politique D'Aix-Marseille, Collection de droit de santé (CDSA), 1^{er} colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 29 septembre 2000, p. 120-121.

¹¹⁴ *Code de déontologie des médecins*, art. 28.

Nonobstant ce qui précède, la situation d'urgence en elle-même n'est pas suffisante pour justifier de passer outre l'obligation du médecin d'obtenir un consentement libre et éclairé avant de porter atteinte à l'intégrité physique d'une personne. En effet, les conditions suivantes doivent être respectées pour passer outre l'obligation d'obtenir un consentement, dont plus particulièrement :

- 1) L'existence d'une situation d'urgence ;
- 2) L'inaptitude de la personne à consentir à des soins ;
- 3) L'impossibilité d'obtenir un consentement en temps opportun de la personne autorisée à consentir à des soins pour autrui ;

Ces trois conditions sont essentielles pour relever le médecin de son obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé.

Dans un premier temps, il doit y avoir effectivement une situation d'urgence mettant la vie ou l'intégrité physique d'une personne en danger si elle ne reçoit pas les soins appropriés sans délais. Du texte du *Code civil du Québec*, cette dispense vise essentiellement deux types de situations :

1. une situation est urgente lorsque la vie d'une personne est en danger ou son intégrité menacée ;
2. l'urgence d'une situation peut aussi consister dans le fait que la personne se trouve dans une situation telle qu'elle risque vraisemblablement de subir un préjudice grave et permanent à sa santé si des soins et traitements ne lui sont pas prodigués dans un court délai.

Ensuite, le médecin ne doit pouvoir obtenir le consentement de la personne dont l'état nécessite des soins en temps opportun. Dans le cas d'un majeur, la personne doit être inapte à consentir ou être dans une situation où il lui est impossible de donner un consentement.

L'urgence énoncée à l'article 13 du *Code civil du Québec* reprend essentiellement la définition que nous en avons donnée au début de ce texte.

Les critères permettant de déterminer l'inaptitude ne sont pas définis dans la Loi, la Cour d'appel dans la décision *Pinel c. A.G*¹¹⁵ développe un test en 5 volets pour déterminer l'aptitude d'une personne à consentir ou non à des soins. Ce test consiste à se demander ce qui suit :

- 1) La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ;
- 2) La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ;
- 3) La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement, si elle le subit ;
- 4) La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ;
- 5) La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie.

Ainsi si la personne comprend la nature de sa maladie, la nature et le but du traitement proposé, les risques et avantages de subir le traitement, les risques liés au refus du traitement proposé et que sa capacité de comprendre n'est pas affectée par sa maladie, elle sera jugée apte à prendre toute décision qui concerne les traitements proposés. Autrement elle sera jugée inapte à consentir à des soins. Cette inaptitude n'a pas à être permanente et peut être momentanée et causée par différentes circonstances telles que l'inconscience, la confusion, l'intoxication, le choc etc.

Une fois l'inaptitude de la personne établie, le médecin doit prendre les moyens raisonnables pour obtenir un consentement substitué. Ce n'est que si le patient est inapte et que le médecin est dans l'impossibilité d'obtenir un consentement substitué en temps opportun de la personne habilitée par la loi à consentir pour elle¹¹⁶ qu'il sera autorisé à intervenir sans consentement.

¹¹⁵ *Pinel c. A.G.*, REJB 1994-28948 (C.A.).

¹¹⁶ *Code civil du Québec*, art. 14 et 15.

Dans le cas du majeur inapte qui refuse catégoriquement les soins ou en cas de refus injustifié de la personne apte à consentir pour le majeur inapte ou le mineur, l'autorisation du tribunal n'est pas nécessaire, le médecin peut passer outre ce refus en cas d'urgence¹¹⁷.

Si le mineur de quatorze ans et plus refuse des soins d'urgence, le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit pour passer outre son refus.¹¹⁸ Les parents ont ainsi, en cas d'urgence le pouvoir de corriger ce qui pourrait être considéré comme une erreur de jugement du mineur de 14 ans et plus¹¹⁹. Il n'est par ailleurs pas nécessaire d'obtenir le consentement des deux parents, un seul est suffisant¹²⁰.

En conséquence, lorsque la personne est inapte à consentir aux soins offerts soit en raison de son inaptitude ou de sa minorité, le médecin doit prendre les moyens raisonnables pour tenter d'obtenir un consentement substitué d'une personne habilitée par le *Code civil du Québec*¹²¹ et ce, même en cas d'urgence, s'il peut obtenir ce consentement substitué en temps utile. Lorsqu'un consentement substitué est nécessaire la personne habilitée à consentir aux soins pour autrui doit considérer les volontés exprimées de la personne lorsqu'elle était encore apte et à défaut prendre toute décision dans le seul intérêt de cette personne inapte. De ce fait l'article 12 du *Code civil du Québec* énonce :

« 12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester ».

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère ».

¹¹⁷ *Code civil du Québec*, art. 16, al.1.

¹¹⁸ *Code civil du Québec*, art. 16 al. 2.

¹¹⁹ Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, préc., note 112, p. 428-429.

¹²⁰ *Code civil du Québec*, art. 603.

¹²¹ *Code civil du Québec*, art. 14 dans le cas de l'enfant mineur et art. 15 dans le cas du majeur inapte.

Retenons que lors de situations d'urgence qu'une fois ces trois critères rencontrés (l'urgence, l'inaptitude et l'impossibilité d'obtenir un consentement substitué en temps utile), la situation d'urgence modifie l'obligation du médecin d'obtenir un consentement libre et éclairé et il se voit dispenser de son obligation d'obtenir tel consentement avant de porter atteinte à l'intégrité de la personne en lui dispensant les soins requis par sa condition dans le but de préserver sa vie ou son intégrité. Le médecin ainsi autorisé à dispenser certains soins sans consentement en matière d'urgence doit cependant respecter certaines balises et ne dispose pas d'une carte blanche l'autorisant à dispenser n'importe quel soin sans consentement.

3.1.2 L'étendue du traitement administré en urgence en l'absence de consentement

Tel que mentionné précédemment, l'exception à l'obligation du médecin d'obtenir un consentement libre et éclairé en situation d'urgence doit recevoir une interprétation restrictive.

Le médecin n'est donc pas autorisé dans le cadre de cette exception à dispenser n'importe quel soin. D'abord, l'article 13 du *Code civil du Québec* prévoit spécifiquement que lorsque les soins sont inusités ou devenu inutiles un consentement est alors requis pour éviter toute situation d'acharnement thérapeutique. Il en est de même lorsque leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne suivant le même article, tel pourrait être le cas par exemple d'une intervention rendant à coup sûr une personne dans un état neurovégétatif ou le fait de recevoir une transfusion sanguine par un témoin de Jéhovah rendant cette personne impure aux yeux des autres.

Les soins que le médecin est autorisé à dispenser doivent se limiter à ce qui est nécessaire pour répondre à la situation d'urgence. Selon la jurisprudence, le médecin sera autorisé à dispenser des soins sans consentement en cours d'intervention lorsque le médecin découvre une condition telle que la vie du patient est en danger si une intervention n'est

pas effectuée¹²². Ainsi, les soins dispensés sans consentement dans un contexte d'urgence doivent se limiter à ce qui est nécessaire pour pallier à l'urgence, tel que le rappelle la décision *Boyer c. Grignon*¹²³ alors que le demandeur reprochait à son médecin d'avoir effectué une deuxième intervention chirurgicale à laquelle il n'avait pas consenti et d'avoir par le fait même fait défaut de l'informer du risque inhérent lié à cette deuxième intervention, soit le dommage possible aux cordes vocales, risque qui s'est effectivement matérialisé au terme de cette deuxième chirurgie. Le demandeur avait été admis à l'hôpital pour y subir une intervention chirurgicale afin de déterminer la nature d'une tumeur. Le docteur Grignon procède donc à cette première intervention et constate en per opératoire la présence d'un anévrisme. Il procède alors à une deuxième intervention chirurgicale consistant en une cure d'anévrisme, constituant une urgence médicale immédiate puisque l'éclatement de l'anévrisme pouvait survenir à tout moment et entraîner le décès du demandeur. Bien que conduit en salle de réveil entre les deux interventions, le demandeur n'avait pas eu le temps de récupérer et son état ne lui permettait pas de donner un consentement éclairé à cette deuxième intervention car il se trouvait toujours sous l'effet de la médication. Le demandeur soutenait que s'il avait été prévenu du dommage possible à sa voix il n'aurait pas consenti à cette dite chirurgie. En cours d'instruction, la preuve a également démontré que cette deuxième intervention devait être pratiquée de façon urgente puisque la vie du demandeur était en danger en raison de la possibilité de rupture de l'anévrisme découverte en per opératoire. L'honorable juge Rouleau a rejeté l'action du demandeur au motif que l'urgence, la gravité et l'importance de procéder à cette deuxième intervention pour sauver la vie du demandeur dispensait le défendeur de ne pas respecter son obligation d'information sur ce risque possible¹²⁴. Au paragraphe 60 de la décision l'honorable juge Rouleau mentionne :

¹²² *Caron c Gagnon (1930) c.c. 155; Parnell c. Springle (1899) 5 R. de J. 74, E.c.M. (1939) CS 298*. En contrepartie l'absence d'urgence ne justifie pas une deuxième intervention et le consentement doit être obtenu : *Murray c. McMurchy (1949) 2 DLR 442*.

¹²³ *Boyer c. Grignon*, EYB 1988-86759 (C.S.).

¹²⁴ *Id.*, par. 58.

« 60. Ainsi, un patient en danger de mort et sous l'effet de l'anesthésie, de calmants ou drogues ne peut être informé adéquatement en cas d'extrême urgence puisqu'il ne peut donner un consentement éclairé. D'autre part le médecin qui en donne une explication valable par la suite et qui n'a pas commis de faute répréhensible ne sera pas tenu responsable de l'accident survenu, uniquement parce qu'il n'aurait pas réveillé son patient jusqu'au moment où il puisse donner ce consentement compétent.

(...)

78. Il s'agit donc d'un cas extraordinaire et exceptionnel où on procède à la hâte pour éviter un plus grand péril ».

Dans cette affaire, la preuve a également révélé que le médecin défendeur avait tenté de joindre la sœur du demandeur entre la première et la deuxième intervention pour l'informer de l'urgence et la nécessité de la deuxième opération et obtenir son consentement en lieu et place du patient, mais il n'a pas été en mesure de la joindre et a décidé de l'opérer compte tenu de l'urgence et de la nécessité de procéder sans délai, ce qu'il était d'ailleurs justifié de faire dans les circonstances de cette affaire.

Ainsi, il n'est permis de faire que les traitements nécessaires pour faire face à la condition d'urgence. Les traitements qui ne sont pas rattachés à cette condition urgente ne doivent pas être entrepris sans consentement. Il faudra attendre que la personne soit en mesure d'y consentir ou qu'un consentement substitué soit obtenu, si l'incapacité à consentir du patient est établie pour pouvoir dispenser ces soins dits non urgents. Les règles générales relatives à l'obtention d'un consentement libre et éclairé reçoivent alors pleinement application. Tel fut le cas de l'affaire *Murray c. McMurchy* alors que le juge condamne le médecin défendeur à verser une compensation financière à la demanderesse pour avoir effectué une intervention chirurgicale à laquelle elle n'avait pas consentie même s'il avait été mis en preuve qu'elle aurait dû subir une hystérectomie en raison des découvertes per-

opératoire lors d'une césarienne. L'honorable juge Mcfarlane de la Cour suprême de la Colombie Britannique précise à cet égard :

« There is, however, no evidence that these tumors were presently at the time of the operation dangerous to her life or health. The evidence is only that they might constitute a hazard in the event of a further pregnancy. That may go to a hazard of damages, but it does not, in my opinion, justify a « trespass » to her person without her consent »¹²⁵.

La jurisprudence ne fait selon nous aucun doute, en l'absence d'urgence, le médecin ne doit pas procéder à une intervention chirurgicale autre que celle à laquelle le patient avait consentie¹²⁶ et doit, lorsqu'il y a urgence que procéder aux interventions chirurgicales nécessaires pour pallier à la condition urgente.

Compte tenu de ce qui précède, le libellé utilisé dans le formulaire de consentement AH 110¹²⁷, à la section 2 intitulée « consentement à une intervention chirurgicale » n'est pas conforme à l'état du droit actuel. Sur le formulaire de consentement chirurgical il est inscrit : « J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avèrerait nécessaire lors de cette intervention chirurgicale et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement ». Ce libellé est selon nous beaucoup trop large et devrait être circonscrit pour prévoir une autorisation en cas d'urgence uniquement quant à l'intervention qui s'avère essentielle pour préserver la vie ou l'intégrité physique et que lorsqu'il est impossible d'obtenir un consentement en temps utile de la personne elle-même ou de la personne apte à consentir pour elle.

Au surplus le médecin doit en situation d'urgence, tout comme la personne habilité à consentir à des soins pour autrui, dispenser un soin dans l'unique intérêt de la personne et

¹²⁵ *Murray c. McMurchy*, préc., note 122., p. 445.

¹²⁶ *Caron c Gagnon*, préc., note 83; *Parnell c. Springle* (1899) 5 R. de J. 74, *E. c. M.* (1939) C.S. 298 ; *Murray c. McMurchy* préc., note 122.

¹²⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Formulaire de consentement opératoire AH 110* :

[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/9d7020958f686e8a85256e4500715a8f/6464f628e2f7dd5c85256ec200432177/\\$FILE/AH-110_DT9059\(2013-03\)D.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/9d7020958f686e8a85256e4500715a8f/6464f628e2f7dd5c85256ec200432177/$FILE/AH-110_DT9059(2013-03)D.pdf)

doit respecter le critère de la proportionnalité en ce que les bénéfices liés au traitement dispensé doivent être supérieurs aux risques et inconvénients de ce traitement. Le médecin devra prendre soin de se conformer à la règle de la proportionnalité. Ainsi, nous ne pouvons pour notre part partager le commentaire de l'honorable juge Rouleau à l'effet que le droit relatif à l'intégrité corporelle doit toujours céder le pas au devoir absolu pour chacun de conserver sa vie, quand la médecine en a la possibilité¹²⁸. Les propos émis par le juge Rouleau ne représentent plus l'état du droit actuel puisque la jurisprudence subséquente a reconnu le droit du patient de refuser les traitements requis par sa condition tant dans l'affaire *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*¹²⁹, que dans l'affaire du *Manoir de la pointe bleue (1978) inc. c. Corbeil*¹³⁰ et ce, même si la mort devait s'ensuivre¹³¹. À notre avis les critères qui doivent guider l'exercice du consentement substitué doivent recevoir application et la vie ne doit pas automatiquement être préservée à n'importe quel prix comme le prétend l'honorable juge Rouleau.

Ainsi le médecin n'est pas justifié de dispenser tout traitement invoquant l'urgence et l'inaptitude momentanée du patient. Les critères susmentionnés qui se résument ainsi doivent être respectés :

- Les soins ne doivent pas être inusités ;
- Les soins ne doivent pas être inutiles ;
- Les soins ne doivent pas créer une situation intolérable pour la personne ;
- Les soins doivent être proportionnels, en ce que les avantages attendus du traitement doivent être supérieurs aux conséquences ;

¹²⁸ *Boyer c. Grignon*, préc., note 123, par. 110.

¹²⁹ *Nancy B c. Hôtel-Dieu de Québec*, EYB 1992-84012 (C.S.).

¹³⁰ *Manoir de la pointe bleue (1978) inc. c. Corbeil*, EYB 1992-74873 (C.S.).

¹³¹ *Loi concernant les soins de fin de vie, projet de loi no 52*, sanctionné le 10 juin 2014, 1^{ère} session, 40^e législature, Qc, art. 5 al. 1 et 2 : « Sauf disposition contraire de la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin. Dans la mesure prévue par le Code civil, le mineur de 14 ans et plus et, pour le mineur ou le majeur inapte, la personne qui peut consentir aux soins pour lui peuvent également prendre une telle décision».

- Les soins doivent se limiter à la condition d'urgence ;
- Les soins doivent être dans l'intérêt de l'inapte ;
- La volonté exprimée antérieurement doit être respectée.

Or, même en situation d'urgence, le médecin doit également respecter la volonté exprimée préalablement par la personne rendue inapte à consentir aux soins requis par son état. Si le patient lui avait exprimé un refus verbal de traitement avant qu'il ne devienne dans l'incapacité de consentir, le médecin se doit de respecter son refus et ce, même si son refus est injustifié¹³². L'article 12 du *Code civil du Québec* reconnaît le respect qui doit être donné aux directives médicales anticipées en prévoyant le respect des volontés exprimées antérieurement dans l'exercice du consentement substitué « dans la mesure du possible ». Cette formulation présente certaines difficultés et laisse entrevoir la possibilité, pour la personne appelée à donner un consentement substitué, de modifier l'expression de la volonté antérieure en cas de simple désaccord, ce qui ne devrait pas être le cas. Le projet de loi 52 : *Loi concernant les soins de fin de vie* va plus loin et reconnaît pour sa part non seulement la validité des directives médicales anticipées, mais reconnaît également la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées¹³³. Conjuguée à l'article 58 du projet de loi 52¹³⁴ qui prévoit que la volonté exprimée dans une directive médicale anticipée a la même valeur que la volonté exprimée par une personne apte, la primauté de la volonté antérieure exprimée doit avoir préséance selon le projet de loi 52 et doit être respectée. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'elle pourra être écartée.

Le patient qui refuse un traitement devra en ces circonstances supporter l'entière responsabilité des conséquences de son état en l'absence de traitement.

¹³² *Id.*

¹³³ *Loi concernant les soins de fin de vie*, projet de loi no 52, préc, note 131, art.1 al. 2.

¹³⁴ *Id.*, art. 58 : « Lorsqu'une personne est inapte à consentir aux soins, les volontés relatives aux soins clairement exprimées dans des directives médicales anticipées qui ont été versées au registre des directives médicales anticipées ou au dossier de la personne ont, à l'égard des professionnels de la santé ayant accès à ce registre ou à ce dossier, la même valeur que des volontés exprimées par une personne apte à consentir aux soins ».

Ceci étant dit, le médecin doit s'assurer que la volonté ainsi exprimée représente les volontés de la personne, qui exprime son consentement ou l'absence de consentement aux soins proposés, et que cette décision est éclairée. Cela peut s'avérer simple dans un contexte où la volonté a été exprimée verbalement juste avant de devenir inapte. Ceci est le cas par exemple lorsqu'avant de sombrer dans un coma profond la personne refuse de subir une intervention chirurgicale alors qu'elle était apte à exprimer son refus. Le médecin ne pourrait alors passer outre ce refus même si l'intervention pouvait sauver la vie de ce patient puisque sa volonté a été exprimée en toute connaissance de cause alors qu'elle était encore apte.

Qu'en est-il toutefois de la volonté exprimée préalablement dans un écrit que ce soit dans le cadre d'un mandat ordinaire, d'un testament en fin de vie, d'un testament biologique, ou encore d'une volonté exprimée sur une formule de niveau d'intervention médicale, ou d'une simple carte. Certains ont émis certaines réserves à l'égard de la validité de ces écrits compte tenu du danger qu'ils représentent puisqu'il est impossible de vérifier l'authenticité de la volonté réelle exprimée du patient alors que la situation dans laquelle il consigne l'écrit n'est encore qu'hypothétique et que le médecin est dans un contexte où il ne peut vérifier la validité du consentement exprimé antérieurement. Dans le cas d'un écrit, s'il n'existe aucun motif raisonnable de remettre en doute l'écrit, le médecin doit respecter la volonté ainsi exprimée, tel en fut décidé dans les décisions *Corbeil c. Manoir de la pointe bleue*¹³⁵ et *Malette c. Shulman*¹³⁶. Dans cette dernière décision, l'honorable juge Robins précise à l'égard de l'écrit contenant une volonté antérieurement exprimée :

« The plaintiff had a right to control her own body. The tort of battery protects the interest in bodily security from unwanted physical interference. Any non-consensual touching which is harmful or offensive to a person's reasonable sense of dignity is actionable. A competent adult is generally entitled to reject a specific treatment or all treatment or to select an alternate form of treatment even if the decision may entail risks as serious as death and may appear mistaken in the eyes

¹³⁵ *Manoir de la pointe bleue c. Corbeil*, préc., note 130.

¹³⁶ *Malette c. Shulman*, (1990) 72 O.R. (2d) 417.

of the medical profession or of the community. Regardless of the doctor's opinion it is the patient who has the final say on whether to undergo the treatment. While in an emergency the doctrine of necessity may protect the physician who acts without consent, the doctor is not free to disregard a patient's advance instructions. The plaintiff had conveyed her wishes in the only way possible. While the interest of the state in protecting and preserving the lives and health of its citizens may override the individual's right to self-determination in order to eliminate a health threat to the community, it does not prevent a competent adult from refusing life-preserving medical treatment. The fact that the physician had no opportunity to offer medical advice could not nullify instructions intended to cover any circumstances where advice was not possible. Any doubts about the validity of the card were not rationally founded on the evidence»¹³⁷.

Dans l'affaire *Manoir de la pointe bleue c. Corbeil* précitée, le Manoir désirait obtenir un jugement déclaratoire sur la validité du mandat en prévision de l'inaptitude de monsieur Corbeil par lequel il instruisait sa conjointe comme mandataire de refuser toute alimentation lorsqu'il deviendrait inconscient sachant pertinemment que le mort allait s'ensuire. La Cour supérieure avait reconnu comme valide cet écrit même, en l'absence d'homologation et reconnaissait que les volontés ainsi exprimées par monsieur Corbeil, devenu quadraplégique, devaient être respectées.

Dans *Malette c. Shulman*, également précitée, la demanderesse a été conduite inconsciente à l'hôpital suite à un accident de voiture et elle devait recevoir une transfusion sanguine pour préserver sa vie. Or, il avait été porté à la connaissance du médecin une carte en la possession de la demanderesse qui indiquait qu'elle était témoin de Jéhovah et qu'elle refusait toute transfusion sanguine. Le médecin décida de lui administrer tout de même des transfusions sanguines et a continué de lui administrer telles transfusions malgré l'opposition et les instructions contraires de la fille de la demanderesse. Une fois rétablie, la demanderesse intenta une action en dommages contre le médecin et l'établissement. Le Tribunal lui donna gain de cause tant en première

¹³⁷ *Id.*, p. 20.

instance qu'en appel. Bien que la Cour d'appel précise que sa décision ne s'applique qu'au cas étudié en l'espèce, elle confirme que le médecin aurait dû respecter en l'occurrence la volonté de la personne et s'abstenir de lui dispenser des traitements d'urgence dans ces circonstances.

Le médecin devra donc respecter la volonté exprimée antérieurement par le patient, tel est le cas de la volonté exprimée via les formulaires de non réanimation ou suivant le niveau d'intervention médicale convenu¹³⁸, ou encore lorsque le projet de loi 52 sera en vigueur, dans une directive médicale anticipée¹³⁹. Cependant, en l'absence de volonté exprimée, il devra dispenser les soins requis pour le maintien de la vie sans consentement lorsque l'urgence le commande.

3.2. LA DISPENSE DE L'ÉTABLISSEMENT D'OBTENIR UN CONSENTEMENT EN VUE D'UNE HOSPITALISATION

Nonobstant la situation où l'établissement est autorisé à dispenser des soins d'hygiène sans obtenir un consentement préalable ou l'autorisation du tribunal, une situation d'urgence justifie l'établissement de passer parfois outre le consentement du patient pour l'hospitaliser. C'est notamment ce que permet la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*¹⁴⁰ (la garde préventive) et la *Loi sur la santé publique*¹⁴¹ (l'isolement), de même que l'article 16 du *Code civil du Québec*.

3.2.1 La garde préventive

L'article 16 al. 1 du *Code civil du Québec* prévoit :

¹³⁸ Barreau du Québec, *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes*, 3e trimestre 2010 : <https://www.barreau.qc.ca/pdf/medias/positions/2010/20100930-soins-fin-vie.pdf>, p. 109-112.

¹³⁹ *Loi concernant les soins de fin de vie*, projet de loi no 52, préc., note 131, art. 58.

¹⁴⁰ *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, préc., note 6.

¹⁴¹ *Loi sur la santé publique*, préc., note 14.

« Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise ».

Or, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* permet d'hospitaliser un patient contre son gré lorsque la situation le justifie selon des règles bien circonscrites.

Se souciant des personnes atteintes de maladie psychiatrique, le législateur a retenu le critère de la dangerosité pour passer outre les droits fondamentaux d'une personne ¹⁴², dont le droit à la liberté garanti par l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*¹⁴³.

Conséquemment, il est permis d'admettre ou de maintenir une personne sous garde dans un établissement, sans son consentement si, en raison de son état mental cette personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui. En effet, trois (3) critères permettent de porter atteinte au droit à la liberté garanti par la Charte, soit 1) l'existence d'un danger causé par 2) l'état mental d'une personne 3) à l'égard d'elle-même ou à l'égard d'autrui. C'est en ce sens que s'articulent les dispositions de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* et du *Code civil du Québec*.

Bien qu'il existe trois (3) situations permettant une hospitalisation forcée, soit en situation d'urgence (garde préventive)¹⁴⁴, pour fins d'examen psychiatrique (garde provisoire)¹⁴⁵ ou suite à l'obtention de deux (2) rapports concluant à la nécessité d'une garde (garde en

¹⁴² M. JARRY, *La dangerosité: un état de la jurisprudence*, dans *Être protégé malgré soi*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, 2002. p. 31.

¹⁴³ *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 96.

¹⁴⁴ Code civil du Québec, art. 27 al. 2 ; la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, art. 7 al.1.

¹⁴⁵ *Code civil du Québec*, art. 27 al. 1.

établissement)¹⁴⁶, le critère de dangerosité demeure. Le degré de dangerosité exigé, pour la mise en œuvre de ces dispositions, varie toutefois selon l'une ou l'autre de ces situations. En effet, en matière de garde préventive le danger doit être grave et immédiat, ce qui fait appel à une certaine urgence. Si tel est le cas, une personne peut donc être gardée en établissement, sans son consentement et sans l'autorisation du tribunal, lorsqu'un médecin conclut à la nécessité d'une telle garde¹⁴⁷. Une garde provisoire en vue de faire subir une évaluation psychiatrique peut également être ordonnée par un tribunal, s'il existe des motifs sérieux de croire que cette personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui¹⁴⁸. Finalement, une personne peut être maintenue sous garde si deux (2) rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde en raison de la dangerosité du patient et si le tribunal lui-même a des motifs sérieux de croire en la nécessité d'une telle garde¹⁴⁹.

Bien que la loi ne définisse pas la dangerosité, elle établit toutefois, deux (2) niveaux de dangerosité.

Le premier niveau est :

« (...) un danger pour la personne elle-même ou pour autrui qui peut conduire à une garde provisoire [que nous appellerons « danger grave et non-immédiat»]. La garde provisoire est la garde autorisée par le tribunal afin de soumettre une personne à une évaluation psychiatrique pour déterminer si elle est ou non dangereuse en raison de son état mental ». ¹⁵⁰ [Nos ajouts]

Le deuxième niveau est :

¹⁴⁶ *Code civil du Québec*, art. 30.

¹⁴⁷ *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, art. 7.

¹⁴⁸ *Code civil du Québec*, art. 27.

¹⁴⁹ *Code civil du Québec*, art. 30.

¹⁵⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, *Guide pratique sur les droits en santé mentale : Répondre aux questions des familles et des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale*, Québec, 1999, p. 23.

« [U]n danger grave et immédiat qui peut conduire à une garde préventive. La garde préventive est une mesure exceptionnelle qui permet à un établissement de garder une personne contre son gré, c'est-à-dire sans son consentement, et sans autorisation du tribunal, pour une période d'au plus 72 heures si l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat. »¹⁵¹ [Nos ajouts]

Pour les fins des présentes, nous concentrerons notre analyse sur la garde préventive qui comme nous le mentionnions précédemment fait appel à une certaine urgence pour autoriser un établissement à hospitaliser une personne contre son gré et déroger de l'obligation habituelle de l'établissement d'obtenir un consentement avant d'hospitaliser un patient.

La garde préventive est prévue aux articles 27 alinéa 2 du *Code civil du Québec*, ainsi qu'au premier alinéa de l'article 7 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, dont plus particulièrement :

Art. 27, al. 2 Code civil du Québec

« Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ».

Article 7 alinéa 1 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*

Art. 7. « Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus soixante-douze heures, s'il est d'avis

¹⁵¹ *Id.*

que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. »

Ainsi il est permis d'hospitaliser une personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui et de maintenir cette personne sous garde préventive pendant une période d'au plus 72 heures sans autorisation préalable de quiconque et portant ainsi atteinte au droit à la liberté garanti par les Chartes. Il s'agit de la garde préventive.

Passer ce délai de soixante-douze heures, l'autorisation du tribunal sera requise à défaut de quoi, la personne sera considérée être détenue illégalement par l'établissement.

Afin d'hospitaliser une personne contre son gré, l'état mental de cette personne doit d'abord constituer un danger pour elle-même ou pour autrui. Ce danger doit être grave et immédiat pour passer outre son consentement et placer cette personne sous garde préventive dans un centre hospitalier.

Donc, la garde préventive est une garde d'urgence médicale qui donne au médecin l'autorité de décider de garder légalement une personne contre son gré. De l'autre côté, la garde provisoire exige une autorisation du tribunal de maintenir la garde afin d'obtenir une évaluation psychiatrique qui pourra devenir une garde autorisée si l'expertise de deux (2) médecins spécialistes (psychiatres) confirment la dangerosité chez la personne atteinte de troubles mentaux.

Les tribunaux ont tant bien que mal et non sans certaines contradictions tenter de préciser les critères qui doivent être pris en compte pour conclure en la dangerosité d'une personne. Retenons les principes qui suivent avec les adaptations qui s'imposent considérant que ces décisions ne s'appliquent pas spécifiquement en matière de garde préventive, l'autorisation du tribunal n'étant pas nécessaire dans ce contexte tel que mentionné précédemment :

- À l'égard du danger, il doit y avoir suffisamment d'éléments pour dépasser le seuil de la possibilité et atteindre celui de la probabilité. « Le test n'est pas de savoir s'il serait prudent, opportun, convenable, bienfaisant ou sécuritaire d'hospitaliser l'intimée mais si c'est nécessaire en raison d'une preuve prépondérante que son état mental représente un danger pour elle-même... »¹⁵².
- Le danger doit être réel et susceptible d'exister à court terme¹⁵³. Il doit être prévisible et s'apprécier dans l'immédiat¹⁵⁴ et ne peut reposer sur la question de savoir si la personne va devenir dangereuse après la levée de la garde, mais bien de savoir si elle est dangereuse au point d'ordonner ou de maintenir la garde au moment de l'audition¹⁵⁵.
- En cas de doute, il ne faut pas priver un individu de sa liberté contre son gré. La preuve doit être convaincante de l'existence d'un réel danger »¹⁵⁶

Ainsi, le danger appréhendé doit être sérieux. Il doit par ailleurs être immédiat en matière de garde préventive et du moins présent à moyen ou à court terme en matière de garde provisoire et de garde en établissement, le tout tel qu'il appert d'une jurisprudence constante. Les professeurs E. Deleury et P. Goubau résument bien les critères dégagés par la Commission des affaires sociales et qui doivent guider l'appréciation de la dangerosité d'une personne, soit :

« Le danger appréhendé doit à la fois être sérieux et immédiat, c'est-à-dire prévisible à court terme, et non pas simplement potentiel ou éventuel. Il n'existe cependant pas de critères absolus ou exhaustifs, tout au plus certains jalons susceptibles de guider ceux qui ont à prendre une décision en matière de garde. À

¹⁵² *Centre hospitalier Chandler c. S...D...*, C.Q. Gaspé, no 110-40-000084-023, 25 janvier 2002, J. Robert Lévesque, par. 38 et 80.

¹⁵³ *Protection du malade mental 21*, [1978] C.A.S. 576.

¹⁵⁴ *Protection du malade mental-14* [1979] C.A.S. 953.

¹⁵⁵ *L. Q. c. Le Pavillon l'Enfant-Jésus du CHUQ*, T.A.Q., no PM-11646, 10 février 1999.

¹⁵⁶ *Centre hospitalier Chandler c. S...D...*, C.Q. Gaspé, no 110-40-000084-023, 25 janvier 2002, J. Robert Lévesque, par. 81.

ce titre, au nombre des éléments qui sont généralement retenus par la Commission des affaires sociales, le tribunal administratif chargé de réviser la situation des personnes qui ont été admises en cure fermée, on mentionnera l'absence d'autocritique, combiné avec la présence d'éléments psychotiques et à un comportement agressif, d'idées suicidaires, d'un comportement régressif, ou de l'incapacité de contrôler ses pulsions. ¹⁵⁷»

En résumé, afin d'hospitaliser une personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui contre son gré durant une période d'au plus soixante-douze (72) heures, le danger ne doit pas être la preuve de n'importe quel danger potentiel ou éventuel ou reposer sur un simple doute. En effet, la nature du danger que l'on redoute doit être important voire présenter des risques élevés. Le danger ainsi appréhendé doit être imminent, sinon probable du moins clairement envisageable dans le présent ou dans un avenir relativement rapproché.

Pour passer outre le consentement d'une personne et l'hospitalier, l'on doit avoir des motifs sérieux de croire que cette personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui et que sa garde est nécessaire pour prévenir un danger grave et immédiat.

Si tous les critères sont rencontrés, l'établissement peut, suivant la décision du médecin, sans la nécessité de consentement de la personne ou de l'obtention préalable de l'autorisation du tribunal ou d'un psychiatre, pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures hospitaliser la personne contre son gré. L'hospitalisation peut dans certaines circonstances, se poursuivre jusqu'au premier jour juridique qui suit, si ce délai expire une fin de semaine ou un jour non juridique¹⁵⁸.

Sous réserve de ce qui précède, et une fois le délai de 72 heures expiré, l'autorisation du tribunal sera requise pour maintenir cette personne en établissement et deux évaluations

¹⁵⁷ Édith DELEURY, Dominique GOUBAU, *Le droit des personnes physiques*, 3e édition, Éditions Yvon Blais inc., Cowansville, 2002, p. 201.

¹⁵⁸ *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.*, art. 7, 8.

psychiatriques devront conclure que la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui pour maintenir la garde.

Il va sans dire qu'il s'agit d'une mesure d'exception qui ne permet d'imposer que des soins de garde à la personne, à moins bien entendu qu'il n'y ait par ailleurs urgence et inaptitude, auquel cas des soins d'urgence pourraient être donnés comme nous l'avons vu précédemment au chapitre 3.1.

La notion d'urgence et de dangerosité justifiant une garde préventive ne peut servir de prétexte pour autoriser le traitement de la personne qui s'y refuse. L'affaire *R. O. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (Hôpital L'Enfant-Jésus)*¹⁵⁹ illustre bien ce principe. Dans cette affaire, malgré le non-respect par le patient de son plan de traitements et malgré le fait qu'il ne montre aucune autocritique par rapport à ses problèmes d'ordre psychiatrique, le tribunal « (...) ne croit pas que la preuve au dossier et celle recueillie à l'audience démontre un état de dangerosité justifiant le maintien de la garde en établissement du requérant. Il ressort d'avantage de la preuve que ce dernier est gardé contre son gré dans le but premier de pouvoir traiter pour ses troubles mentaux. (...). [11] (...) le Tribunal est d'avis que les deux recours sont nettement distincts et impliquent des critères spécifiques. Ceux pertinents à la garde en établissement exigent un état de dangerosité » lesquels n'étaient pas présents en l'occurrence. Le tribunal met donc fin à la garde en établissement. Le Tribunal administratif du Québec a toutefois émis des décisions contradictoires sur cet aspect. En effet, dans l'affaire *M. L. c. Hôpital Général de Montréal du Lakeshore*¹⁶⁰, le T.A.Q. a décidé de maintenir la garde en établissement de M.L. au motif que : « étant donné le risque élevé d'une rechute, l'agressivité florissante lors de la cessation de la médication, les progrès importants mais très récents, il apparaît dangereux d'accéder trop rapidement au désir d'être libre du requérant ». Selon cette décision il a été mis en preuve que lorsque M.L. cesse sa médication, ce qu'il a tendance à faire à une fréquence d'à peu près tous les deux (2) mois, M.L. est agressif, irritable et désorganisé. Il devient alors

¹⁵⁹ *R. O. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (Hôpital L'Enfant-Jésus)*, T.A.Q., no SAS-Q-103011-0311, 19 janvier 2004, paragraphes 10 et 11.

¹⁶⁰ *M. L. c. Hôpital Général de Montréal du Lakeshore*, T.A.Q., no SAS-M-061246-0009, 13 octobre 2000.

dangereux pour lui et pour son entourage; se bat facilement et provoque des affrontements. Une ordonnance de traitement a été envisagée par la psychiatre traitant de M.L. mais n'avait pas encore été présentée. Or, nous croyons que les importants progrès notés par la Cour étaient suffisants pour lever la garde en établissement et le risque de rechute n'est pas un élément à considérer dans l'évaluation de la dangerosité puisqu'une ordonnance de traitement peut pallier audit risque de rechute.

La garde préventive ne permet pas d'imposer à une personne un traitement psychiatrique contre son gré, sauf si le patient est en état d'urgence et inapte à consentir ou à refuser des soins. Dans un tel cas, l'article 16 du *Code civil du Québec* trouve application et permet de prodiguer des soins d'urgence à la personne, dans la seule mesure nécessaire pour faire face à la situation d'urgence¹⁶¹.

3.2.2 L'isolement

La *Loi sur la santé publique* prévoit également que lorsque le directeur de la santé publique a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être, il peut entreprendre une enquête épidémiologique¹⁶².

L'article 97 de la même loi impose également à l'établissement des obligations en certaines circonstances et prévoit que : « Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régionale de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. »

¹⁶¹ MÉNARD, J.-P., *L'impact de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui sur le consentement aux soins*, Développements récents en santé mentale, Les Éditions Yvon Blais Inc., Cowansville, 1998, page 259.

¹⁶² *Loi sur la santé publique*, art. 96.

Dans le cadre de cette enquête s'il existe des motifs sérieux de croire qu'une personne est infectée d'un agent biologique transmissible, le directeur de la santé publique peut imposer à cette personne de subir un examen médical, de fournir un échantillon de sang ou d'une autre substance corporelle¹⁶³. Un ordre de la cour est toutefois nécessaire¹⁶⁴.

En cas de refus de la personne de se soumettre au traitement requis afin de prévenir toute contamination de la population, le directeur peut ordonner l'isolement de la personne pour une période de soixante-douze (72) heures si l'agent biologique est susceptible de poser une grave menace à la santé de la population¹⁶⁵.

Passé ce délai de soixante-douze (72) heures, l'ordonnance du tribunal est nécessaire pour maintenir la personne en isolement en l'absence de consentement de cette dernière et ce, pour une période d'au plus trente jours¹⁶⁶. L'isolement devra être levé si médicalement la personne ne présente plus de risque de contagion.

L'établissement qui reçoit une personne dans ces circonstances, soit sur ordre du directeur de la santé publique ou suivant l'ordonnance du Tribunal, doit l'admettre d'urgence et ne peut invoquer la limitation des ressources pour refuser son admission compte tenu de l'urgence de la situation¹⁶⁷.

Encore ici, la loi à titre de mesure d'exception permet de porter atteinte au droit à la liberté de la personne et de l'hospitaliser contre son gré.

¹⁶³ *Loi sur la santé publique*, art. 100 (9).

¹⁶⁴ *Loi sur la santé publique*, art. 102

¹⁶⁵ *Loi sur la santé publique*, articles 103 et 106(7).

¹⁶⁶ *Loi sur la santé publique*, art. 109

¹⁶⁷ *Loi sur la santé publique*, art. 108, al.4.

CHAPITRE 4 : L'IMPACT DE L'URGENCE SUR L'OBLIGATION DE SOIGNER DU MÉDECIN

L'obligation de soigner comprend deux étapes : la démarche diagnostique et la prestation de traitement. Règle générale, le médecin n'a pas envers le patient une obligation de résultat mais de moyens, c'est-à-dire une obligation de prudence et de diligence dont la violation doit être appréciée d'après un critère objectif, abstrait, qui consiste à se demander ce qu'aurait fait en pareille circonstance un autre médecin ou spécialiste, de science, de compétence et d'habileté ordinaires et raisonnables, placé dans des circonstances semblables à celles où se trouvait celui ou celle dont on veut juger la conduite¹⁶⁸. L'appréciation de l'obligation du médecin qui prête secours variera toutefois selon ses compétences et selon qu'il se trouve en établissement ou hors établissement. L'élaboration du diagnostic est la première étape que doit accomplir le médecin dans l'exécution de son obligation de soigner. Le diagnostic déterminera ensuite le traitement approprié.

En salle d'urgence, la conduite du médecin doit être appréciée selon la conduite et les connaissances d'un médecin à l'urgence raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. Le rôle du médecin de l'urgence diffère toutefois des autres médecins puisqu'il est confronté plus souvent qu'autrement à des situations d'urgence pouvant mettre la vie ou l'intégrité physique d'une personne en danger et sa conduite devra être adaptée à cette situation.

L'urgence va venir affecter l'obligation de soigner du médecin de plusieurs façons différentes. Notamment on exigera parfois du médecin une évaluation plus détaillée pour écarter les diagnostics pouvant mettre la vie d'une personne en danger ou son intégrité menacée. De façon générale toutefois, l'effet de l'urgence sur l'obligation de traiter va

¹⁶⁸ *Hôpital général de la région de l'amiante inc. c. Perron*, [1979] C.A. 567, p. 574; *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, REJB 1992-67846 (C.S.C.), par. 25.

permettre des écarts aux règles d'exécution qui peuvent autrement, hors contexte d'urgence, entraîner la responsabilité du médecin.

Le médecin dans son cabinet comme en salle d'urgence est tenu à une obligation de moyen dans le cadre de sa démarche diagnostique. Le médecin doit s'efforcer de parvenir au bon diagnostic en prenant tous les moyens raisonnables à sa disposition¹⁶⁹. Il est de même à l'égard du traitement¹⁷⁰

Le droit civil au Québec n'exige généralement pas qu'un médecin soit tenu à une «obligation de résultat», mais bien à une «obligation de moyens». Par conséquent, le médecin n'est pas tenu de garantir l'exactitude de son diagnostic, mais il doit prendre tous les moyens raisonnables disponibles pour poser un bon diagnostic et prévenir la survenance d'un dommage¹⁷¹.

Dans le cadre de sa démarche diagnostique, on n'exigera pas du médecin de poser en toutes circonstances un diagnostic adéquat ; une erreur de diagnostic peut être commise sans engager la responsabilité du médecin à condition que celui-ci ait pris toutes les mesures raisonnables à sa disposition dans le cadre de sa démarche diagnostique, tel que le précise les auteurs Pauline Lesage Jarjoura, Suzanne Philips-Nootens et Robert P. Kouri :

« (...) Ici, le débiteur est seulement tenu de faire tout ce qui est en son pouvoir pour tenter d'obtenir le résultat souhaité : l'absence de celui-ci ne peut lui être reprochée s'il s'est conduit avec prudence, diligence, habileté, a utilisé les méthodes reconnues dans les circonstances, a démontré qu'il avait les connaissances attendues de lui »¹⁷².

¹⁶⁹ Code de déontologie des médecins, art. 38.

¹⁷⁰ Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Pauline LESAGE-JARJOURA, Robert P. KOURI, *Éléments de responsabilité médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, préc., note 110, p.393. no 335.

¹⁷¹ Patrice DESLAURIERS, Jean-Louis BAUDOUIN et Benoît MOORE, *La Responsabilité civile*, vol.2, préc., note 32, p. 44-45, no 2-34.

¹⁷² Pauline LESAGE-JARJOURA, Suzanne PHILIPS-NOOTENS et Robert P. KOURI, *Les éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, préc., note 110, p. 4, 5, no. 54.

Compte tenu de ce qui précède, on ne peut inférer d'un diagnostic erroné que le médecin a nécessairement commis une faute. Me Jean-Pierre Ménard précise à cet égard dans un texte intitulé : *L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive*¹⁷³ :

« L'obligation du médecin à l'égard du diagnostic est une obligation de moyens et non de résultat. C'est-à-dire que la seule preuve d'une erreur de diagnostic ne peut jamais en elle-même constituer une présomption de faute contre le médecin »¹⁷⁴.

Cependant, dans le cadre de son obligation de soigner, le médecin doit procéder à une démarche diagnostique conforme aux règles de l'art, laquelle inclut de prendre tous les moyens raisonnables disponibles pour poser un bon diagnostic et dispenser les soins en conformité avec ce diagnostic. Cette démarche diagnostique est essentielle et implique notamment l'obligation pour le médecin de procéder à une anamnèse complète, d'effectuer un examen conforme aux règles de l'art, de prescrire les examens et tests requis et d'interpréter correctement les données recueillies¹⁷⁵.

Suivant la décision *Farrese c. Fichman*¹⁷⁶, « (...) l'erreur de diagnostic est toujours possible, mais elle n'entraîne pas nécessairement la responsabilité civile du médecin à moins qu'il soit démontré que ce dernier a omis, par incompetence, négligence ou imprudence, d'utiliser les moyens appropriés pour parvenir à un diagnostic exact. Par contre, le médecin peut être tenu responsable si son erreur de diagnostic découle d'un examen hâtif, de son défaut de faire les tests adéquats ou d'assurer un suivi approprié¹⁷⁷».

Ainsi, le non-respect des règles de l'art dans l'accomplissement de l'une des étapes de la démarche diagnostique conduisant au mauvais diagnostic permettra au Tribunal de conclure à une faute comme le mentionne le professeur Tôth, maintenant juge à la Cour

¹⁷³ Jean-Pierre MÉNARD., *L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive*, Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière, Service de la formation permanente du Barreau du Québec 2005.

¹⁷⁴ *Id.*, p. 4

¹⁷⁵ *Id.*, p. 4-5

¹⁷⁶ *Farrese c. Fichman*, EYB 2005-87205 (C.S.).

¹⁷⁷ *Id.*, par. 165.

supérieure :

« **11.** Pour réussir dans une action en responsabilité contre un médecin où il est question de diagnostic erroné, il n'est pas suffisant de démontrer que le diagnostic n'est pas exact. Il faut aller plus loin et démontrer que l'erreur de diagnostic est le résultat d'une faute, soit d'un processus diagnostique non rigoureux, bâclé ou contraire aux données de la médecine moderne. À ce moment, l'erreur qui découle d'un processus fautif n'est plus à l'abri de la critique : il n'est que le résultat prévisible de la faute ¹⁷⁸. »

Pour évaluer la responsabilité du médecin à l'égard de son diagnostic, il faut plutôt évaluer si chaque étape de la démarche diagnostique du médecin respecte les règles de l'art. Selon Me Jean-Pierre Ménard, l'évaluation de la responsabilité du médecin doit se faire comme suit eut égard à l'élaboration du diagnostic :

« L'analyse de la responsabilité professionnelle en matière de diagnostic médical nous amène à identifier trois étapes dans la démarche diagnostique du médecin. C'est l'analyse du comportement du médecin à chacune des étapes qui nous amène à identifier les situations où le médecin s'est conformé ou non aux règles de l'art.

(...)

Pour faire une démarche diagnostique conforme aux règles de l'art le médecin doit :

1. Faire une histoire, un examen et prescrire les tests et consultations appropriés ;
2. Interpréter correctement les données recueillies ;
3. Contrôler son diagnostic.

¹⁷⁸ François TÔTH, *Responsabilité du médecin pour un diagnostic erroné : Commentaire de l'affaire Massinon c. Ghys*, 1996-1997, 27 R.D.U.S. 309, p. 3, par. 11.

Ces trois étapes doivent également être réalisées dans un délai suffisamment rapproché pour ne pas causer préjudice au patient. Ainsi, il existe des situations où un médecin a tout le temps pour faire une démarche diagnostique complète. Son patient doit s'attendre à ce que son médecin réalise ainsi sa démarche diagnostique. En d'autres situations, la condition du patient exige une démarche rapide. Le médecin doit la faire dans le délai requis par la condition de son patient. (...) ¹⁷⁹».

Ceci étant dit, en situation d'urgence, les exigences liées à la démarche diagnostique du médecin peuvent être modifiées, tantôt l'exonérant de certaines démarches ou au contraire en renforçant certaines autres, tantôt permettant l'initiation d'un traitement sans que le diagnostic ne soit confirmé.

Comme nous le verrons, l'urgence peut parfois permettre des écarts aux règles de l'art qui, hors situation d'urgence constitueraient une faute alors que dans le contexte de l'urgence, elles deviennent des pratiques acceptables. L'urgence est également génératrice de ces propres règles de l'art qui dictent la conduite des médecins et des professionnels de la santé dans cette situation particulière.

4.1 LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

4.1.1 L'histoire, les examens, tests et consultations

L'histoire

La première étape de la démarche diagnostique consiste essentiellement en la collecte des données pertinentes au patient.

L'histoire de la maladie actuelle et/ou les motifs de la consultation sont généralement d'une grande importance. Comme le soulignent les auteurs Lesage-Jarjoura, Phillips-

¹⁷⁹ Jean-Pierre MÉNARD, *L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive*, préc., note 173, p. 8-9. Pour une analyse complète des étapes requises à la démarche diagnostique, nous vous référons à ce texte à compter de la page 9.

Nootens et Kouri commentant le devoir du médecin à cette étape de la démarche diagnostique :

« Il ne doit à aucun prix négliger cette étape qui, d'une part, dirigera son examen physique et son investigation et qui, d'autre part, permettra au patient de se sentir écouté et compris »¹⁸⁰.

Eu égard au contenu de l'histoire, Me Jean-Pierre Ménard précise : « L'histoire d'un patient traitera, en règle générale, des aspects suivants, lesquels pourront évidemment varier d'un cas à l'autre. Ainsi, on s'attend à retrouver les informations suivantes :- raison de consultation ;- histoire de la maladie actuelle ;- antécédents personnels du patient ;- antécédents familiaux ;- les habitudes de vie ;- les allergies ;- la médication ;- la revue des systèmes ;- toute autre information pertinente¹⁸¹ ».

Bien que les médecins véhiculent généralement que l'histoire constitue 80 % de la démarche diagnostique, il existe certaines circonstances où l'histoire joue un rôle de moindre importance dans la démarche diagnostique, notamment en situation d'urgence, lorsque le patient est inconscient ou incapable de divulguer les informations pertinentes. Dans cette situation le médecin devra se rabattre sur des sources tierces pour obtenir l'information, se gardant une réserve quant à l'exactitude ou fiabilité absolue des informations ainsi obtenues.

Dans le contexte d'une situation d'urgence ou le patient ne peut renseigner le médecin sur l'histoire ou les motifs de sa consultation compte tenu de sa condition, l'examen et les tests jouent un rôle plus important dans la démarche diagnostique, tel en fut décidé dans la décision *Ostiguy c. Hôtel-Dieu de Montréal*. Dans cette décision, le demandeur chute de son lit lors de son hospitalisation. Lorsqu'il est retrouvé au sol par les infirmières il est dans un état abasourdi. Comme il se plaint de douleurs à la jambe, on lui remet une crème analgésique. Un rapport d'incident est fait où l'on rapporte l'absence de conséquences

¹⁸⁰ Pauline LESAGE-JARJOURA et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien*, préc., note 110, p. 259, par. 304.

¹⁸¹ Jean-Pierre MÉNARD, *L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive*, préc., note 173, p. 9-10.

secondaires à la chute alors qu'aucune radiographie n'est prise. Quelques jours plus tard, suite à son transfert dans un autre établissement, une radiographie est finalement effectuée et révèle une fracture à la hanche droite. Selon l'honorable juge Côté :

« Comme il s'agissait d'une chute importante et que le patient, vu sa douleur préexistante, n'était pas en mesure d'identifier ou de localiser de façon précise sa provenance, les radiographies devenaient, de ce fait, d'autant plus nécessaires. (...) »¹⁸².

L'urgence peut parfois justifier, lorsque le temps est un facteur critique, une histoire incomplète ou absente. Cela peut être le cas lorsque le délai ne permet pas d'en obtenir une ou lorsque la situation ou la condition du patient rend impossible l'obtention de ces informations, tel est le cas par exemple du patient inconscient. Cependant, une situation d'urgence ne dispense pas complètement le médecin de recueillir le plus possible de renseignements sur les circonstances de l'événement qui a généré la condition du patient et d'obtenir toute autre information qui pourrait lui être utile pour gérer de façon appropriée la situation en faisant appel par exemple à un tiers témoin de l'incident lorsque cela est possible.

L'examen et les tests

Une fois le questionnaire réalisé, le médecin procède ensuite à l'examen de son patient. Cet examen sera fait évidemment en fonction des motifs de la consultation et de l'ensemble des informations obtenues à l'histoire mais le médecin pourra quand même procéder à un examen général pour s'assurer de l'absence d'autres conditions. Il pourra s'agir, selon le cas, d'un examen physique ou mental, selon la raison de consultation et la condition du patient. L'examen devra toutefois se limiter à ce qui est essentiel pour faire face à l'urgence. Il existe d'ailleurs des algorithmes pour éviter que les médecins perdent du temps comme par exemple l'ABC de la réanimation cardiorespiratoire qui limite l'examen à ce qui est essentiel et prévoit les actes à accomplir pour effectuer la réanimation.

¹⁸² *Ostiguy c. Hôtel-Dieu de Montréal*, REJB 1998-09472 (C.S.).

À la lumière de l'histoire et de l'examen physique du patient, le médecin procède par la suite à la prescription de tests qui seront nécessaires et utiles pour les fins de sa démarche diagnostique. Il devra prescrire que les tests pertinents à l'égard des informations obtenues par l'histoire et l'examen physique.

En pratique, les tests prescrits par le médecin sont guidés déjà à cette étape par un certain nombre d'hypothèses diagnostiques, soit pour confirmer ces hypothèses ou pour les écarter.

Les tests qu'un médecin peut demander sont très variés. Il peut s'agir d'abord d'imagerie médicale, d'analyses de laboratoire, de tests plus spécialisés pour identifier des conditions neurologiques (électromyogramme) ou vasculaires (doppler) pour ne nommer que ceux-là, ou en procédant à des techniques chirurgicales à des fins de diagnostic (laparoscopie, biopsie), etc.

L'omission du médecin d'effectuer les tests requis par les règles de l'art peut engager sa responsabilité¹⁸³. Plusieurs décisions confirment le principe suivant lequel tous les tests nécessaires compte tenu des signes et symptômes doivent être prescrits¹⁸⁴ qui plus est lorsque le patient n'est pas en mesure de s'exprimer adéquatement comme le rappelle la décision *Ostiguy c. Hôtel-Dieu de Montréal* précitée¹⁸⁵.

Dans un contexte d'urgence alors qu'on fait face à des pathologies graves, voire mortelles, et d'évolution rapide il est primordial que la demande et l'accessibilité à l'investigation soit rapide pour permettre l'évaluation du patient dans le cadre d'une démarche diagnostique adéquate. Par ailleurs au niveau du choix, la sensibilité des tests prescrits en première ligne doit être suffisamment élevée afin d'obtenir un degré de fiabilité suffisant pour tenter de confirmer ou d'infirmer le plus rapidement et

¹⁸³ *Garcia c. Soucy*, REJB 1990-76550 (C.S.); *Tremblay c. Maalouf*, REJB 2000-20435 (C.S.).

¹⁸⁴ *Bouchard c. D'Amours*, EYB 1998-09908 (C.S.) ; *D'Amours c. Bouchard*, [2001] EYB 2001-23794 (C.A), p.2, par. 9 ; *Nencioni c. Mailloux* C.S. 500-05-001858-792; *Roy c. Julien* [1992] RRA 552; *Stéfanik c. Hôtel-Dieu de Lévis*, REJB 1997-03096 (C.S.); *Ostiguy c. Hôtel-Dieu de Montréal*, préc., note 182.

¹⁸⁵ *Ostiguy c. Hôtel-Dieu de Montréal*, préc., note 182.

efficacement possible les pathologies dangereuses pour la condition du patient.

L'urgence peut avoir pour effet de limiter les tests qui doivent être demandés. Par exemple, le médecin sera dispensé de demander les tests dont les résultats ne peuvent être obtenus en temps utile, ce qui serait le cas par exemple d'une culture bactérienne dont les résultats ne peuvent être obtenus qu'après quelques jours. Le choix des modalités diagnostiques est également sujet à la disponibilité selon le milieu dans lequel on se trouve, ainsi qu'à la rapidité d'accès des résultats selon le degré d'urgence des diagnostics à exclure. Si un test est requis pour éliminer une pathologie qui met la vie du patient en danger ou son intégrité menacée, il appartient à l'établissement de répondre à la demande du médecin dans le délai requis. Cependant, si un test est requis et que les diagnostics graves probables mettant la vie du patient ont été écartés et/ou traités, un examen en externe¹⁸⁶ ou un transfert peut être acceptable pour l'obtention de ces tests.

Le choix des modalités diagnostiques est également soumis aux caractéristiques propres du patient, telle une allergie à un produit de contraste par exemple qui dispensera le médecin de prescrire un scan avec contraste bien que ce test est plus spécifique et sensible selon les circonstances qu'une radiographie simple. Ainsi, dans un contexte d'urgence, à défaut de connaître les caractéristiques propres du patient, un médecin ne pourrait se voir reprocher d'avoir prescrit un test qui aurait provoqué une réaction allergique imprévisible au patient.

Le coût lié à un examen ne doit jamais servir de guide pour dispenser ou non un test diagnostique et ce d'autant plus dans un contexte d'urgence. L'indication médicale doit toujours servir d'unique guide dans le choix du médecin de prescrire un examen diagnostique plutôt qu'un autre.

Eu égard aux tests, le critère demeure celui de l'indication urgence ou non.

¹⁸⁶ *Labonté c. Tanguay*, EYB 2003-42896 (C.A.).

Par ailleurs, le médecin doit non seulement prescrire les tests nécessaires compte tenu de la condition du patient, mais il doit également prendre connaissance des résultats des tests qu'il prescrit. En effet, dans la décision *Ostiguy c. Hôtel-Dieu de Montréal*¹⁸⁷, la Cour d'appel retient comme fautif la conduite du médecin qui prescrit le congé hospitalier à une patiente dont l'état physique est grave sans attendre préalablement les résultats des analyses de laboratoire qu'il avait prescrit préférant quitter l'établissement pour la fin de semaine¹⁸⁸.

Le recours aux consultations

La démarche diagnostique prudente et diligente exige du médecin, selon les circonstances de recourir à la consultation en demandant l'opinion d'un collègue spécialiste. Le *Code de déontologie des médecins* prévoit d'ailleurs que « Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, tenir compte de ses capacités, de ses limites, ainsi que des moyens dont il dispose. Il doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter un confrère, un autre professionnel ou toute personne compétente ou le diriger vers l'une de ces personnes »¹⁸⁹. Dans l'élaboration du diagnostic, le *Code de déontologie des médecins* prévoit également l'obligation pour le médecin d'élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, en utilisant les méthodes scientifiques les plus appropriées et, si nécessaire, en recourant aux conseils les plus éclairés¹⁹⁰ et donc notamment de recourir aux consultations.

Ainsi, le *Code de déontologie des médecins* codifie l'obligation du médecin de demander l'aide d'un collègue en spécialité lorsque le cas est complexe ou encore lorsque le médecin ne parvient pas à établir un diagnostic avec un certain degré de certitude raisonnable. Le médecin doit dès lors prescrire une demande de consultation en temps opportun et sans contretemps, référer son patient pour consultation et prise en charge par ce collègue plus spécialisé. Si le médecin omet de référer alors que la situation l'exige,

¹⁸⁷ *Ostiguy c. Hôtel-Dieu de Montréal*, préc, note 182.

¹⁸⁸ *Chouinard c. Robbins* [2002] R.J.Q. 60 (C.A.).

¹⁸⁹ *Code de déontologie des médecins*, art. 42.

¹⁹⁰ *Code de déontologie des médecins*, art. 46.

sa conduite sera appréciée selon la conduite d'un spécialiste prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances selon le domaine de spécialité auquel il aurait dû référer ¹⁹¹.

Même en situation d'urgence, l'obligation de consulter demeure. Le médecin de l'urgence devra prioriser la demande de consultation selon le degré d'urgence et il appartient au consultant de répondre à la demande urgente en temps utile.

Le défaut de référer le patient en spécialité a entraîné la responsabilité du médecin dans l'affaire *Montpetit c. Léger*¹⁹². Lorsque le demandeur s'est présenté à l'urgence de l'hôpital pour la première fois il présentait des céphalées importantes. Les défendeurs ont vérifié si les céphalées du demandeur ne relevaient pas d'une pathologie bénigne, soit d'une migraine et ont prescrit les analyses de base. Le défendeur Aboussouan a suggéré une radiographie des sinus, puis, la médication administrée ayant presque soulagé les céphalées, il a prescrit congé au demandeur. Il a toutefois indiqué au dossier que, si les douleurs persistaient, le demandeur devrait être référé en neurologie. Lorsque le demandeur s'est présenté à l'urgence pour la deuxième fois, les céphalées étaient à nouveau intenses et, cette fois, accompagnées de vomissements. Le défendeur Désaulniers, omnipraticien de garde à l'urgence de l'hôpital, l'a retourné à la maison avec une prescription de Fiorinal, une médication pour soulager les migraines. Le demandeur est retourné à l'urgence de l'hôpital une troisième fois et ce n'est qu'à ce moment que le docteur Désaulniers le réfère en neurologie. Après avoir passé un tomodensitogramme et une artériographie cérébrale, le demandeur a dû être opéré d'urgence à deux reprises à la suite d'un diagnostic d'hémorragie cérébrale grave. Malgré ces interventions chirurgicales, le demandeur est demeuré dans un état quasi végétatif irréversible. Selon le juge Arsenault :

« Compte tenu des connaissances médicales d'alors, des lignes de conduite indiquées en urgence par la littérature médicale de l'époque dont le Tribunal a déjà fait état au présent jugement, le docteur Désaulniers se devait de savoir qu'un

¹⁹¹ MENARD J.-P., *L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive*, préc. note 173, p.20-21.

¹⁹² *Montpetit c. Léger*, REJB 2000-20238 (C.S.).

tel mal de tête perdurant avec vomissements pouvait être annonciateur d'une pathologie plus grave qu'une migraine (anévrisme, tumeur, etc.) et alors considérer monsieur Montpetit comme patient à « haut risque ». Dans les circonstances et suivant la preuve retenue, le Tribunal trouve inacceptable que la dernière indication inscrite au dossier le 30 décembre 1988 (soit lors de la première consultation) par le docteur Aboussouan, à l'effet de référer le patient en neurologie en cas de récurrence, n'ait pas été suivie par le docteur Désaulniers »¹⁹³.

Ceci étant dit, la situation d'urgence peut permettre d'omettre de demander une consultation si le facteur temps est critique et ne permet pas de le faire et ce, même si en temps normal, en l'absence d'urgence, elle aurait dû être obtenue.

Une fois cette première étape franchie, le médecin de l'urgence doit élaborer le diagnostic et entreprendre le cas échéant le traitement approprié.

4.1.2 L'interprétation des données

Une fois la première étape complétée, soit celle de la collecte des données, de l'examen et des tests et consultations, le médecin dispose des éléments nécessaires à l'interprétation des données pour obtenir un diagnostic.

Bien que le médecin de la salle d'urgence soit tenu à la même obligation de moyens que tout médecin à l'égard du diagnostic, quelques commentaires s'imposent sur l'obligation du médecin dans l'élaboration de son diagnostic dans un contexte d'urgence.

En effet, il a été maintes fois reconnu par la jurisprudence que le rôle du médecin à l'urgence, dans le cadre de sa démarche diagnostique, est d'éliminer les maladies les plus graves, les plus dangereuses et urgentes. Le médecin dans un contexte d'urgence devra donc procéder à une démarche diagnostique avec minutie, envisager et éliminer tous les diagnostics graves afin de s'assurer que son patient ne souffre pas d'une condition

¹⁹³ *Id.*, par. 70.

mettant sa vie ou son intégrité en danger.

*L'arrêt Savard (Succession de) c. Houle*¹⁹⁴, définit comme suit le rôle de l'urgentologue dans l'établissement de son diagnostic :

« 164. Le docteur Houle a vu Guy Savard en une seule occasion, le 11 juin 1997, à l'urgence du Centre hospitalier Centre-de-la-Mauricie. C'est donc en tant qu'urgentologue qu'il examine ce dernier.

165. Ceci est très important car le rôle premier de l'urgentologue n'est pas d'établir un diagnostic final, mais de s'assurer que la vie du patient n'est pas menacée. Dans cette optique, il doit toujours envisager le pire et éliminer les pathologies les plus graves avant de libérer un patient. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle environ 50% des patients qui ressortent de l'urgence ne savent pas exactement de quels maux ils souffrent. Leur vie toutefois, en théorie, ne serait pas en danger.

166. C'est donc avec ces considérations à l'esprit que le Tribunal aborde l'examen de la conduite du docteur Houle aux fins de vérifier si celle-ci est comparable à celle qu'un urgentologue prudent et diligent aurait eu dans les mêmes circonstances »¹⁹⁵.

Le médecin de l'urgence doit donc éliminer les conditions urgentes souvent et rapidement mortelle si non décelées, graves et de présentation clinique variable. Le contexte d'urgence doit déclencher une investigation impliquant ou non une technologie parfois plus poussée et une prise de décision thérapeutique rapide fondée sur les éléments mise en évidence suivant la démarche diagnostique appropriée au contexte. Ainsi le rôle premier du médecin de l'urgence est d'identifier d'abord la présence de conditions graves et d'en initier l'investigation et/ou le traitement selon le cas même si le diagnostic n'est

¹⁹⁴ *Savard (Succession de) c. Houle*, EYB 2009-155304 (C.S.).

¹⁹⁵ *Id.*, par. 164-166.

parfois pas encore confirmé, nous y reviendrons.

L'affaire *Thivierge c. Gouriou*¹⁹⁶ consacre ces principes, dont plus particulièrement :

« 100. (...) Le Tribunal doit donc comparer la conduite de l'urgentologue avec celle d'un médecin prudent et diligent pratiquant dans la même spécialité.

101. En l'espèce, il ressort de la preuve que, dans leur pratique auprès des patients qu'ils traitent à l'urgence, les urgentologues s'imposent une norme ou convention distinctive. Docteur Gouriou l'explique succinctement en disant : «en urgence, il y a un principe, c'est toujours éliminer le pire».

102. Dans son rapport, docteur Afilalo écrit que, «devant un cas potentiellement à haut risque», le rôle de l'urgentologue «est de toujours errer dans la prudence». L'urgentologue, dit-il, satisfait à son rôle lorsqu'il adopte la conduite suivante :

- a) Avoir une approche basée sur les «lumières rouges», c'est-à-dire, les éléments pertinents aussi bien positifs que négatifs avec comme but surtout d'éliminer les diagnostics qui sont potentiellement dangereux.
 - b) Pousser l'investigation au maximum.
 - c) Ne pas hésiter à consulter un collègue.
 - d) Garder le patient à l'urgence si la pathologie potentiellement sérieuse n'a pas été complètement éliminée.
 - e) Même sans diagnostic final, initier le traitement quand les bénéfices sont supérieurs aux risques de ne pas traiter.
- (...)

144. En fait, les éléments pouvant suggérer la présence d'une embolie pulmonaire, aussi peu spécifiques soient-ils en eux-mêmes, étaient trop nombreux

¹⁹⁶ *Thivierge c. Gouriou*, EYB 2011-185564 (C.Q.), p. 15, par. 100-102.

pour que l'embolie pulmonaire soit écartée sommairement, sans que d'autres tests reconnus soient exécutés et l'évaluation poursuivie¹⁹⁷.

(...)

168. En présence d'un diagnostic possible ne comportant aucun ou même peu de risques pour la vie du patient (le bronchospasme) et un autre diagnostic possible dont la conséquence est clairement définie comme pouvant compromettre la vie ou de façon significative la santé du patient, le Tribunal estime que la norme juridique applicable impose au médecin urgentologue qu'il entreprenne les démarches médicales pertinentes et reconnues pour que la pathologie la plus risquée soit éliminée ou correctement diagnostiquée.¹⁹⁸»

Dans cette affaire, le tribunal retient la responsabilité du docteur Gouriou pour avoir écarté le diagnostic le plus grave, celui d'une embolie pulmonaire sans prescrire préalablement les tests requis pour lui permettre d'écarter ce diagnostic et pour avoir conclu en un diagnostic de bronchospasme, affection ne mettant pas la vie du patient en danger.

Nul doute que le médecin ne peut abandonner une piste diagnostique autrement plus grave au profit d'un diagnostic moins grave s'il n'a pas éliminé le diagnostic le plus grave d'abord. Il importe que le médecin tienne compte de l'ensemble des informations disponibles, d'éliminer les diagnostics les plus graves et de procéder à l'investigation requise dans les délais opportuns en fonction de la gravité de l'état du patient. Le médecin peut entraîner sa responsabilité s'il n'élimine pas d'abord et avant tout les diagnostics les plus graves et s'il n'utilise pas les moyens requis, soit une investigation urgente appropriée et en temps opportun.

Ce même principe est également mis de l'avant dans l'affaire *Garcia c. Soucy*¹⁹⁹. En matière d'urgence il ne fait aucun doute que les diagnostics les plus graves, voire fatals,

¹⁹⁷ *Id.*, par. 143-144.

¹⁹⁸ *Id.*, p. 27 par. 168.

¹⁹⁹ *Garcia c. Soucy*, préc., note 183.

doivent être d'abord éliminés avant de conclure en un diagnostic moins grave. De façon plus particulière, le juge mentionne :

« 32. S'il y avait eu un diagnostic d'épiglottite au moment de l'examen par le docteur Soucy, ou si l'enfant avait été gardé sous observation suite à cet examen, et ce, jusqu'à ce que la maladie devienne évidente, l'enfant aurait presque certainement survécu selon le docteur Steinmetz. Il aurait été intubé pour assurer la respiration et traité avec un antibiotique approprié «et il devrait pas y avoir aucun problème». Une fois le diagnostic fait, toute une autre série d'activités doit se déclencher : on fait l'investigation, on fait la radiographie, la prise de sang, l'intubation, l'enfant est surveillé par des gens qui sont spécialisés pour traiter des maladies aiguës comme celle-ci et l'intubation peut continuer pour quelques jours, au fur et à mesure que les antibiotiques sont administrés jusqu'à ce qu'on puisse enlever le tube et qu'il n'y ait plus le danger que l'épiglotte tombe encore une fois.

33. Selon le docteur Steinmetz, dans un cas tel que celui de l'enfant Garcia où il y a des éléments contradictoires, il faut absolument exclure la possibilité d'épiglottite, maladie dangereuse et fatale si non traitée, avant de diagnostiquer une laryngo-trachéobronchite. Le docteur Steinmetz disait que «toute la littérature le démontre, qu'au moment où il y a un doute, il faut être certain que c'est pas épiglottite, et on fait en conséquence observation et radiographie.

(...)

38. De tout ce qui précède, le Tribunal en vient à la conclusion que l'erreur de diagnostic faite par le défendeur à la suite d'un examen très hâtif, ainsi que son défaut de faire une radiographie de l'enfant ou de le garder à l'hôpital sous observation afin d'exclure, d'une façon certaine, la possibilité évidente d'une épiglottite, et ce, face à tous les symptômes exigeant de telles précautions,

constituaient une faute de sa part et il doit être tenu responsable pour tous les dommages subis par les demandeurs à cause du décès de l'enfant »²⁰⁰.

L'interprétation adéquate des données obtenues est l'étape ultime et cruciale de la démarche diagnostique. Il importe aussi de souligner l'importance d'évaluer également l'élaboration des diagnostics différentiels du médecin dans le cadre de sa démarche diagnostique :

« En raison du caractère incertain du diagnostic dans beaucoup de cas, la médecine enseigne au médecin de considérer, tant que le diagnostic principal n'est pas formellement établi, un ou plusieurs « diagnostics différentiels » que l'on définit ainsi :

Élimination par le raisonnement des affections voisines de celles que cherche à identifier le médecin.

Tant que le diagnostic n'est pas établi avec une certitude suffisante, le médecin doit garder en tête d'autres diagnostics dont la présentation, les signes et les symptômes ressemblent de près à ceux du diagnostic principal. (...) »²⁰¹.

Il faut toutefois accepter qu'en situation d'urgence le diagnostic posé n'a pas la même précision que celui posé habituellement en dehors d'un contexte d'urgence.

Par ailleurs, l'urgence peut parfois en certaines circonstances modifier la démarche diagnostique du médecin justifiant certains écarts à la norme de pratique généralement acceptée notamment lorsque le temps requis pour compléter la démarche diagnostique que ce soit pour dispenser un test, un examen ou une procédure n'est pas suffisant compte tenu de l'urgence de la situation et aurait pour effet de retarder inutilement le traitement de façon à compromettre le pronostic du patient²⁰². Dans ces circonstances, le traitement

²⁰⁰ *Id.*, par. 32-33 et 38.

²⁰¹ Jean-Pierre MÉNARD, *L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive*, préc., note 173, p. 5, 29-30.

²⁰² Jean-Pierre MÉNARD, Julie-Kim GODIN, *L'erreur de diagnostic à la salle d'urgence*, EYB-2013REP1469, décembre 2013, p. 12.

peut parfois ainsi être devancé lorsque le diagnostic demeure probable dans les circonstances.

Ainsi dans un contexte d'urgence, le rôle premier du médecin de l'urgence est d'identifier d'abord la présence de conditions graves et d'en initier l'investigation et/ou le traitement selon le cas.

4.1.3 Le contrôle du diagnostic

Une fois le diagnostic posé, le médecin doit contrôler son diagnostic. Dans une salle d'urgence, il peut être difficile pour le médecin lui-même de contrôler son diagnostic compte tenu que le patient ne peut être gardé sous observation plus de quarante-huit (48) heures à l'urgence²⁰³. Le médecin devra toutefois s'assurer d'avoir écarté tout diagnostic mettant la vie ou l'intégrité du patient en danger et contrôler son diagnostic par l'organisation d'une prise en charge adéquate, que ce soit en hospitalisant le patient si sa condition nécessite un encadrement hospitalier ou en prévoyant un suivi médical en externe.

La question du contrôle du diagnostic a surtout été mise en cause dans le contexte de congé hâtif.

4.2 LE TRAITEMENT

Dans l'éventualité où le doute est suffisant ou aussitôt que le diagnostic se confirme, un traitement doit être initié sous réserve des commentaires qui suivent. Si l'établissement dans lequel se trouve le patient n'offre pas spécifiquement ce service, le médecin doit prendre les moyens qui s'imposent pour stabiliser le patient et le transférer sous escorte médicale dans un centre de référence approprié.

²⁰³ *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, art. 27.

Une fois les diagnostics les plus graves considérés selon les signes et symptômes présentés et les résultats des tests et examens disponibles et même en l'absence d'un diagnostic certain, tant que le diagnostic demeure probable, un traitement doit être initié²⁰⁴ s'il offre plus d'avantages que d'inconvénients dans les circonstances.

Ce n'est qu'une fois ces diagnostics graves éliminés ou traités, qu'il pourra ensuite éliminer les diagnostics les moins susceptibles de mettre la vie de son patient en danger s'il subsiste un doute sur le diagnostic retenu.

Également, si l'hypothèse diagnostique s'avère inexact, le diagnostic devra être repensé et refait²⁰⁵.

En somme, une fois les pathologies les plus risquées envisagées en fonction des signes et symptômes du patient, les modalités diagnostiques les plus sensibles doivent être utilisées afin d'éliminer ou de confirmer le diagnostic. Si les tests requis ne sont pas disponibles dans le milieu et que la condition du patient le permet, le médecin doit envisager un transfert. Préalablement, si l'existence d'un doute réel lié à l'existence de la pathologie est présent, les modalités thérapeutiques peuvent dès lors être initiées avant même que le diagnostic ne soit confirmé si les avantages attendus du traitement sont supérieurs aux inconvénients. Une fois le diagnostic confirmé, les traitements appropriés doivent être administrés et le patient doit être orienté le cas échéant vers les spécialités appropriées.

Tant à l'égard de la démarche diagnostique que du traitement, l'urgence a un impact sur les règles habituelles. En effet, l'urgence permet également des écarts aux règles d'exécution à l'égard du traitement. Compte tenu de l'obligation d'agir, le médecin devra procurer le traitement avec les moyens et le temps dont il dispose. Même si le traitement n'est pas toujours optimal, il peut parfois se justifier compte tenu de l'urgence de la situation et des moyens disponibles. L'urgence peut rendre acceptable de ne pas suivre les procédures habituelles. Par exemple, l'urgence peut permettre de ne pas suivre les

²⁰⁴ *Thivierge c. Gouriou*, préc., note 196, par. 143-144.

²⁰⁵ *Harewood c. Spanier*, EYB 1995-94496 (C.S.), par. 169.

procédures d'asepsie complète avant de prodiguer un traitement si le temps ne permet pas de le faire ou peut aussi permettre de débiter une intervention même si certains membres de l'équipe chirurgicale ne sont pas tous présents afin de débiter l'intervention dans les délais requis par la situation. En temps normal, le non-respect de ces règles peut entraîner la responsabilité du professionnel alors que dans un contexte d'urgence cette conduite pourrait être acceptée.

En urgence, les règles de l'art généralement applicables peuvent ainsi être écartées lorsque le temps est un facteur critique. Il appartient au médecin de juger des procédures qui peuvent être écartées pour sauver du temps et pallier à l'urgence sans compromettre par ailleurs la vie ou l'intégrité du patient.

4.3 LE CONGÉ

Dès que le médecin entreprend de prodiguer des soins à un malade, il devient tributaire de l'obligation de le suivre, du moins tant qu'il sera considéré comme le médecin traitant, ce qui est aussi bien le cas du médecin de garde à l'urgence d'un centre hospitalier, que celui du médecin consulté en urgence hors établissement et ce, même s'il rencontre ce patient pour la première fois. « Une fois que son interlocuteur lui signale un problème particulier, à moins qu'il ne réfère à un confrère, il est tenu de l'assumer avec compétence. (...) »²⁰⁶.

Comme l'obligation de suivre prend fin, généralement, au congé, il importe que le médecin s'assure que toutes les conditions sont réunies et que la vie et l'intégrité du patient ne soit pas en danger avant de prescrire un congé.

Tel que le précise les auteurs Pauline Lesage Jarjoura, Suzanne Philips-Nootens et Robert P. Kouri :

²⁰⁶ Pauline LESAGE-JARJOURA, Suzanne PHILIPS-NOOTENS et Robert P. KOURI, *Les éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, préc., note 110, p. 2-3, nos. 351-352.

« 389. Le médecin oeuvrant à l'urgence d'un centre hospitalier doit être sensibilisé à la problématique que représente le suivi des patients qui le consultent. Médecin de première ligne, c'est à lui de décider de leur orientation, qu'il les prenne lui-même en charge ou qu'il les adresse à un collègue. Il est souvent dans la même situation que le médecin qui travaille à la clinique sans rendez-vous et les mêmes commentaires s'appliqueront à lui. Avant de congédier un patient, il doit s'assurer d'avoir identifié ou éliminé les pathologies qui auraient exigé une observation ou une hospitalisation. En effet, il fait souvent face à des situations qui mettent en danger la vie des patients.²⁰⁷ »

La responsabilité du médecin pourra être retenue s'il donne un congé hâtif sans s'être assuré d'avoir éliminé toutes les pathologies mettant en danger la vie de son patient tel fut le cas du docteur Gouriou alors que l'honorable juge Breault souligne :

« 104. Enfin, dans sa pratique médicale, le médecin spécialiste, tout comme l'omnipraticien, doit aussi respecter les obligations qui s'imposent à lui après la fin du traitement ou à l'occasion du congé médical. En termes simples, le médecin est tenu à une obligation de suivi envers son patient.

(...)

106. Lors du congé médical, le médecin urgentologue doit fournir au patient des conseils clairs et des recommandations intelligibles. En outre, le patient doit être renseigné au sujet des signes cliniques ou des symptômes annonçant une complication ou un danger comportant un risque important. Dit autrement, devant un tableau présentant des signaux d'alarme, le patient doit savoir ce qu'il convient de faire ou être incité à consulter de nouveau.

(...)

²⁰⁷ *Id.*, p. 20-22, nos. 386, 389.

108. Aussi, de tout ce qui précède, le Tribunal doit décider en l'espèce si, eu égard aux circonstances révélées par la preuve, docteur Gouriou, tant en ce qui concerne sa conduite médicale menant au diagnostic qu'elle a posé que lors du congé médical donné à Michel Thivierge, s'est comportée comme l'aurait fait un urgentologue raisonnablement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances.

109. En d'autres termes, la question en litige consiste à déterminer si, suivant les règles de droit applicables, docteur Gouriou a commis une faute professionnelle en ne diagnostiquant pas les embolies pulmonaires dont souffrait Michel Thivierge le 8 mai 2004 ou, autrement, comme le plaide les demandeurs, en lui donnant un congé médical trop hâtif ou en ne lui prodiguant pas un suivi médical adéquat dans les circonstances.

(...)

166. En somme, de toute la preuve présentée, le Tribunal détermine qu'un médecin urgentologue raisonnablement prudent et diligent, placé devant les signes et symptômes que présentait Michel Thivierge le 8 mai 2004 et le résultat des tests ou examens paracliniques pratiqués cette journée, ne lui aurait pas donné le congé médical aussi rapidement, sans investiguer davantage sa condition médicale réelle.

167. De fait, trop d'éléments méritaient qu'une attention plus grande soit donnée à une problématique liée à l'embolie pulmonaire : l'essoufflement depuis deux jours, la dyspnée, la douleur thoracique diffuse, l'ECG significativement anormal, le test des D-dimères positif et l'antécédent de même nature.

168. En présence d'un diagnostic possible ne comportant aucun ou même peu de risques pour la vie du patient (le bronchospasme) et un autre diagnostic

possible dont la conséquence est clairement définie comme pouvant compromettre la vie ou de façon significative la santé du patient, le Tribunal estime que la norme juridique applicable impose au médecin urgentologue qu'il entreprenne les démarches médicales pertinentes et reconnues pour que la pathologie la plus risquée soit éliminée ou correctement diagnostiquée. ²⁰⁸»

L'affaire Moreau c. Fugère va dans le même sens à l'égard du congé alors que le juge mentionne :

« 21. Selon le docteur Audet-Lapointe, rien dans le dossier médical comme tel n'est percutant ou laisse présager que cette patiente est en train de mourir. Toutefois, le docteur Audet-Lapointe est d'opinion que le dossier médical indique que l'état de santé de madame Perreault se détériore. Selon lui, une mosaïque de symptômes, considérés dans l'ensemble, dénote la présence d'une anomalie qui aurait dû alerter le docteur Fugère. Ce dernier aurait manqué de prudence en laissant sa patiente quitter l'hôpital sans faire les tests qui s'imposaient et qui auraient pu révéler l'existence d'un problème majeur tel le début d'une péritonite.

22. Comme on peut le constater, le docteur Lord a insisté sur l'absence au dossier médical de signes annonciateurs d'une péritonite alors que le docteur Audet-Lapointe s'est attardé sur les aspects du dossier qui démontrent la présence d'un problème.

23. Selon le tribunal, le dossier médical démontre clairement une dégradation dans la condition médicale de madame Perreault à compter du 12 janvier 1997. Comme l'a noté le docteur Audet-Lapointe, il n'y a rien de percutant au dossier. Toutefois, un ensemble de facteurs indique que la patiente ne va pas très bien.

²⁰⁸ *Thivierge c. Gouriou*, préc., note 196, p. 16 et 26.

(...)

31. Les explications du docteur Fugère ne sont pas crédibles. Le tribunal ne le croit pas lorsqu'il affirme avoir examiné madame Perreault à tous les jours après l'opération à l'exception du week-end. Il s'est fié aux notes des infirmières, des résidents et des externes et il n'a pas examiné madame Perreault le 14 janvier 1997. S'il l'avait fait, cette dernière n'aurait pas quitté l'hôpital.

(...)

50. (...) Aucun membre du personnel hospitalier n'est venu témoigner pour indiquer au tribunal que le docteur Fugère avait examiné sa patiente. Un gynécologue prudent et diligent n'aurait pas autorisé un congé sans examiner sa patiente et sans étudier son dossier. Il ne s'agit pas ici d'une simple imprudence mais d'un manquement aux règles de la profession. Il a omis de faire ce que tout gynécologue compétent, attentif et adroit, possédant une science normale, aurait fait en pareilles circonstances. La faute commise dans le présent cas est inexcusable.²⁰⁹»

Le médecin de l'urgence doit donc prendre garde de prescrire trop rapidement le congé d'un patient sans avoir éliminé une pathologie grave qui pourrait affecter sa condition et qu'il mérite d'être gardé sous observation afin d'éliminer tout danger pour sa vie ou son intégrité, tel est le rôle du médecin de l'urgence avant de prescrire le congé hospitalier. Il doit par ailleurs s'assurer que le patient ne requière plus d'encadrement hospitalier²¹⁰ et il doit lui donner suffisamment d'information pour lui permettre d'identifier les signes annonciateurs d'un danger, « signaux d'alarme » pour reprendre les termes utilisés par le juge Rochon, pour lui permettre de consulter à nouveau en cas de besoin²¹¹.

L'obligation de renseignement du médecin avant de prescrire le congé du patient est ainsi renforcée dans un contexte d'urgence. « Lors du congé médical, le médecin urgentologue

²⁰⁹ *Moreau c. Fugère*, REJB 2002-27964 (C.S.), p. 4 par. 21-23, p. 5 par. 31 et p.8, par. 50.

²¹⁰ Jean-Pierre MÉNARD, *Les droits des usagers à la salle d'urgence*, texte à être publié par Lexis Nexis en septembre 2014, p.22.

²¹¹ *Brochu c. Camden-Bourgault*, REJB 2001-23498 (C.A.).

doit fournir au patient des conseils clairs et recommandations intelligibles. En outre, le patient doit être renseigné au sujet des signes cliniques ou des symptômes annonçant une complication ou un danger comportant un risque important. Dit autrement, devant un tableau présentant des signaux d'alarme, le patient doit savoir ce qu'il convient de faire ou être incité à consulter de nouveau »²¹².

À cet égard, Me Jean-Pierre Ménard, précise dans un texte intitulé *Les droits des usagers à la salle d'urgence* :

« Lors du congé, l'utilisateur doit être informé d'un certain nombre d'éléments. Ainsi, il doit recevoir l'information suivante :

- a) Modalités de suivi en externe, c'est-à-dire date, heure et endroit du prochain rendez-vous ;
- b) Instructions sur les activités personnelles et professionnelles, c'est-à-dire limitation de travail, d'activités ou d'exercices ;
- c) Instruction pour l'alimentation, le repos, l'hygiène ;
- d) Instructions sur les médicaments qui lui sont prescrits ;
- e) Symptômes à observer pour reconsulter à l'urgence, téléphoner ou faire toute autre démarche ;
- f) Coordonnées du CLSC ou de tout autre organisme qui doit assurer la continuité des soins »²¹³.

Lors d'une consultation ultérieure à l'urgence pour des symptômes similaires, il faudra garder à l'esprit le risque de récurrence de la pathologie antérieurement diagnostiquée et agir dès lors avec toute la prudence requise.

Nous n'aborderons pas pour les fins des présentes les obligations liées à l'organisation matérielle des salles d'urgence des établissements hospitaliers élaborées au chapitre 2

²¹² Thivierge c. Gouriou, préc., note 196, par. 106.

²¹³ Jean-Pierre MÉNARD J.-P., *Les droits des usagers à la salle d'urgence*, préc., note 210, p..22.

auxquels nous vous référons si ce n'est que pour souligner que la responsabilité des établissements hospitaliers peut être engagée en cas de non fonctionnement de la salle d'urgence dû à une lacune au niveau organisationnel ou de l'insuffisance des moyens.

CHAPITRE 5 : LES EFFETS DE L'URGENCE SUR LE DROIT DU PATIENT À LA CONFIDENTIALITÉ ET AU SECRET PROFESSIONNEL

La *Charte des droits et libertés de la personne* érige à titre de droit fondamental, le droit au respect du secret professionnel. L'article 9 de la *Charte* prévoit :

« Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel ».

Est considéré comme étant un renseignement personne tout renseignement qui concerne une personne physique et permet de l'identifier²¹⁴.

Cette obligation au secret professionnel, ne vise pas seulement les médecins mais également tout professionnel de la santé régi par le *Code des professions*²¹⁵, ainsi qu'en vertu de leur Code de déontologie.

Ceux-ci ne sont pas autorisés à divulguer de l'information concernant une personne à moins d'être relevé de leur secret professionnel par la personne ou dans les cas prévus par la loi²¹⁶.

²¹⁴ L. c. *Les centres Butters-Savoie et Horizon*, [2001] CAI 264 ; *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., art. 54.

²¹⁵ *Code des professions*, art. 60.4 al. 1.

²¹⁶ *Code des professions*, art. 60.4 al.2.

5.1 L'ATTÉNUATION DE L'OBLIGATION AU SECRET PROFESSIONNEL DU MÉDECIN

Le médecin est également tenu au secret professionnel en vertu de son *Code de déontologie des médecins* qui prévoit à l'article 20 :

« Le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel:

- 1° doit garder confidentiel ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession;
- 2° doit s'abstenir de tenir ou de participer à des conversations indiscrètes au sujet d'un patient ou des services qui lui sont rendus ou de révéler qu'une personne a fait appel à ses services;
- 3° doit prendre les moyens raisonnables à l'égard des personnes qui collaborent avec lui pour que soit préservé le secret professionnel;
- 4° ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice d'un patient;
- 5° ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient ou la loi l'y autorise, ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage;
- 6° ne peut révéler à l'entourage du patient un pronostic grave ou fatal si celui-ci le lui interdit ».

Suivant les conditions susmentionnées à l'article 20 du *Code de déontologie des médecins*, la Cour rejette une action intentée dans la décision *M.S. c. Lalla*²¹⁷ à l'égard d'un psychiatre qui avait dévoilé le dossier médical d'une de ses patiente à la police. Sa patiente souffrait de troubles mentaux et le psychiatre craignait pour la sécurité de sa patiente et celle de son enfant. La Cour a rappelé qu'en vertu de l'article 3.04 du *Code de déontologie* (actuellement l'article 20), qu'il est loisible à un médecin de passer outre son obligation de garder le secret professionnel lorsqu'il a une raison impérieuse et juste de divulguer les renseignements transmis par son patient. En l'espère, le tribunal conclut que le médecin avait raison de craindre pour la sécurité de sa patiente et de son enfant, eu égard à ses antécédents de violence familiale et la présence d'une situation dégradée depuis la naissance de l'enfant. Le médecin étant convaincu de l'urgence a eu raison de divulguer le contenu du dossier à la policière qui lui en faisait la demande.

Par ailleurs, la *Loi médicale* prévoit que nul ne peut non plus effectuer une forme de coercition à l'égard du médecin l'obligeant à divulguer de l'information relative à son patient. À cet égard, la *Loi médicale*²¹⁸ édicte que le médecin « ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé à raison de son caractère professionnel » à moins que la loi ne lui impose une telle obligation.

L'obligation auquel est tenu le médecin vise toute information qui lui est révélé, mais également toutes constatations effectuées dans l'exercice de sa profession.

Cette obligation au secret professionnel souffre toutefois d'une exception dans un contexte d'urgence. Cette exception est expressément prévue au paragraphe 5 de l'article 20 du *Code de déontologie des médecins* précité.

Cette disposition du *Code de déontologie des médecins* reprend essentiellement l'article 60.4 alinéa 3 du *Code des professions* qui se lit ainsi :

²¹⁷ *M.S. c. Lalla*, EYB 2010-175326 (C.S.).

²¹⁸ *Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9, art. 42.

« Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication ».

L'introduction de l'article 60.4 du *Code des professions* fait suite aux décisions rendues dans les affaires *Tarasoff c. Regents of the University of California*²¹⁹, ainsi que *Smith c. Jones*²²⁰.

Dans la décision *Tarasoff c. Regents of the University of California*²²¹ la Cour retient la responsabilité d'un psychologue poursuivi par les parents de la défunte victime pour avoir fait défaut d'aviser du danger qui menaçait la vie de leur fille. Un patient du psychologue lui avait confié son intention de tuer une jeune fille qui lui était facilement identifiable, ce qu'il a finalement fait deux mois plus tard. S'opposait le droit de la protection d'autrui et le droit au respect du secret professionnel et la Cour suprême de la Californie conclut que le psychologue avait un devoir d'aviser dans ces circonstances précises.

Dans l'affaire *Smith c. Jones*²²² les services d'un psychiatre ont été retenus par l'avocat de l'accusé dans le cadre de procédures judiciaires criminelles. L'accusé qui avait commis une agression sexuelle grave à l'endroit d'une prostituée, rencontre le psychiatre à la demande de son avocat. Après évaluation, le psychiatre informe l'avocat que son client est dangereux et qu'il commettrait probablement d'autres crimes s'il n'était pas traité. L'accusé enregistre un plaidoyer de culpabilité et le psychiatre apprend que son

²¹⁹ *Tarasoff c. Regents of the University of California*, 551 P. 2d 334 (Cal. Sup Ct, 1976).

²²⁰ *Smith c. Jones* [1999] 1 R.C.S.455.

²²¹ *Tarasoff c. Regents of the University of California*, préc., note 219.

²²² *Smith c. Jones*, préc., note 220.

rapport ne sera pas déposé au dossier de la cour et qu'il ne sera pas appelé à témoigner lors des représentations sur sentence. Le psychiatre présente donc un recours en jugement déclaratoire pour déterminer son droit de divulguer les renseignements obtenus lors de sa rencontre avec l'accusé dans l'intérêt du public. En première instance, le juge conclut que malgré le secret professionnel de l'avocat et du médecin, la sécurité publique oblige le psychiatre à divulguer tant les déclarations faites par l'accusé que l'opinion qu'il s'est fait. La Cour d'appel modifie le jugement rendu en première instance en déclarant que le psychiatre n'était pas obligé de divulguer les renseignements au ministère public et à la police, mais qu'il était autorisé à le faire. La Cour suprême du Canada à une majorité de 6 juges contre 3 conclut que bien que le rapport du psychiatre soit protégé par le secret professionnel de l'avocat, et que le secret professionnel de l'avocat est d'une importance fondamentale pour l'administration de la justice, ce privilège n'est pas absolu. Il demeure assujéti à l'exception de la sécurité publique. Pour la Cour suprême, seul un intérêt impérieux justifie la mise à l'écart du secret professionnel et la mise en péril peut justifier la levée du secret professionnel lorsque les trois facteurs ci-après sont présents :

1. Une personne ou un groupe de personnes identifiables sont clairement exposées à un danger ;
2. Ces personnes risquent d'être gravement blessées ou tuées;
3. Le danger est imminent : la menace est telle qu'elle inspire un sentiment d'urgence sans qu'un délai précis ne soit exigé.

La Cour suprême du Canada est d'avis qu'aux yeux d'un observateur raisonnable, que l'accusé représentait un danger potentiel clair, grave et imminent en ce qu'il était atteint de perversion sexuelle (sadisme), consommait des drogues, avait identifié le groupe de victime potentielle, soit des prostituées d'une région précise, et avait décrit dans les moindres détails son plan et la méthode qu'il entendait utiliser pour les tuer et avait au surplus effectué une agression semblable sur une prostituée antérieurement. La Cour suprême du Canada est d'avis que les faits en l'occurrence satisfont à la norme de clarté et le préjudice potentiel satisfait à la norme de gravité. Au niveau de l'imminence du danger la Cour retient les contraventions aux conditions de sa libération en se rendant aux

endroits où il savait qu'il y avait des prostitués et du fait qu'il était conscient des conséquences de ces actes comme éléments suffisant pour conclure à l'imminence du danger. Compte tenu de ce qui précède la Cour est d'avis que le secret professionnel de l'avocat ne doit être écarté qu'en ce qui a trait aux renseignements obtenus par le psychiatre à l'égard du danger imminent de mort ou de blessures graves pour le groupe de prostituées de la région en question.

Bien que l'affaire *Smith c. Jones* précitée ne vise pas spécifiquement un contexte d'urgence, il demeure que les critères élaborés par la Cour suprême du Canada pour permettre la divulgation d'informations autrement protégées par le secret professionnel reçoivent application en matière d'urgence soit l'imminence du danger, bien que relative dans cette décision, compte tenu que l'accusé était incarcéré, une personne ou un groupe de personnes identifiables et un risque pour des personnes d'être gravement blessées ou tuées.

L'exception au secret professionnel en cas d'urgence serait ainsi permise si les conditions suivantes sont réunies :

- 1) Il doit y avoir un danger imminent de mort ou de blessures graves ;
- 2) Il doit exister une réelle menace pour les proches par opposition à une simple possibilité ;
- 3) Étant une règle d'exception, il ne doit pas y avoir d'autres moyens d'éviter le dommage (la révélation doit exister comme une mesure de nécessité) ;
- 4) La menace doit viser une personne ou un groupe de personnes identifiable ;
- 5) La communication doit être faite à la personne ou aux personnes exposées au danger ou à une personne susceptible de leur porter secours ;
- 6) La divulgation doit se limiter aux informations nécessaires pour les fins poursuivies par la divulgation.

Bien que le *Code des professions* et le *Code de déontologie* autorisent une telle divulgation, ils n'imposent aucune obligation au médecin de divulguer une information

autrement protégée par le secret professionnel. Il est bien mentionné que le médecin « peut » et non qu'il « doit ». Ainsi au Québec, aucune disposition législative ou réglementaire n'oblige le médecin à faire une telle divulgation.

L'obligation générale de porter secours du médecin qui a fait l'objet de notre chapitre 2, n'a pas été interprétée comme obligeant le médecin à faire une telle divulgation. Certains auteurs croient qu'on ne saurait élargir l'étendue de l'obligation de porter secours en vertu de la Charte pour forcer un médecin à divulguer de l'information dans ce contexte puisque la Charte prévoit qu'il doit exister un péril immédiat nécessitant une assistance physique instantanée²²³.

Nonobstant ce qui précède, nous croyons que le médecin a l'obligation d'aviser une personne en danger ou les autorités policières de ce danger sans qu'il soit toutefois contraint de divulguer de l'information autrement confidentielle recueillie dans le cadre de ses fonctions. Nous croyons en effet que sa responsabilité pourrait être engagée s'il fait défaut d'aviser les personnes appropriées tout comme il en a été décidé dans l'affaire *Tarasoff c. Regents of the University of California précitée*²²⁴.

Ceci étant dit le médecin qui décide de divulguer de l'information protégée par le secret professionnel devra consigner une note à son dossier contenant les informations prévues à l'article 21 du *Code de déontologie des médecins* qui prévoit :

« Le médecin qui communique un renseignement protégé par le secret professionnel doit, pour chaque communication, indiquer dans le dossier du patient les éléments suivants:

1° la date et l'heure de la communication;

²²³ Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Pauline LESAGE-JARJOURA, Robert P. KOURI, *Éléments de la responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, préc, note 110, p.372, par. 423.

²²⁴ *Tarasoff c. Regents of the University of California*, préc., note 219.

- 2° l'identité de la personne exposée au danger ou du groupe de personnes exposées au danger;
- 3° l'identité de la personne à qui la communication a été faite en précisant, selon le cas, qu'il s'agissait de la ou des personnes exposées au danger, de leur représentant ou des personnes susceptibles de leur porter secours;
- 4° l'acte de violence qu'il visait à prévenir;
- 5° le danger qu'il avait identifié;
- 6° l'imminence du danger qu'il avait identifié;
- 7° les renseignements communiqués ».

La loi prévoit d'autres dispositions obligeant le médecin à divulguer de l'information protégée par le secret professionnel qui, sans spécifiquement s'appliquer à une situation d'urgence, peut recevoir une application particulière dans ce contexte. C'est le cas de la *Loi sur la protection de la jeunesse*²²⁵.

Ainsi, la *Loi sur la protection de la jeunesse* permet également une dérogation au secret professionnel et prévoit que tout professionnel a l'obligation de signaler à la direction de la protection de la jeunesse lorsqu'il a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis²²⁶ notamment dans les cas suivants : l'absence de soins appropriés constituant une menace pour la santé physique ou le développement mental ou affectif de l'enfant, les abus sexuels, les mauvais traitements physiques, ainsi que lorsque l'enfant est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique²²⁷.

²²⁵ *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., chapitre P-34.1.

²²⁶ *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., art. 39 al.1.

²²⁷ *Loi sur la protection de la jeunesse*, art. 39.

Le *Code déontologie des médecins* prévoit la même exception au secret professionnel et impose une obligation déontologique au médecin de « signaler au directeur de la protection de la jeunesse toute situation pour laquelle il a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis ; il doit alors fournir au directeur tout renseignement qu'il juge pertinent en vue de protéger l'enfant. Le médecin peut en outre signaler lui-même aux autorités policières la situation d'un enfant dont l'intégrité physique ou la vie lui apparaît susceptible d'être compromise »²²⁸.

À défaut par le médecin de procéder à un tel signalement en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* qui impose dans ces circonstances l'obligation de signaler, celui-ci s'expose à une amende pouvant aller de 200\$ à 500\$, plus les frais²²⁹.

En droit français, l'urgence à elle seule ne constitue pas une situation qui permet de relever le professionnel de la santé de son obligation au secret professionnel²³⁰. Le droit français réprime par ailleurs toute violation du secret professionnel dans les cas où la divulgation n'est pas permise par la loi et toute personne contrevenant à son obligation au secret professionnel s'expose à une peine d'un an d'emprisonnement, ainsi qu'à une amende de 15 000 euros²³¹.

5.2 L'ATTÉNUATION DE L'OBLIGATION AU SECRET PROFESSIONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT

L'établissement bénéficie de la même exception que le médecin à l'égard de son obligation à la confidentialité en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des*

²²⁸ *Code de déontologie des médecins*, art. 39.

²²⁹ *Loi sur la protection de la jeunesse*, art. 134.

²³⁰ Julie MOREAU, *L'urgence médicale*, Faculté de droit D'Aix-Marseille, Collection de droit de santé, Tome 2, Presses universitaires d'Aix-Marseille –PUAM 2005, p.315, Par. 475.

²³¹ *Id.*, p.314.

*organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*²³², ci-après « *la Loi sur l'accès* ».

En effet, l'article 59 (4) de cette loi prévoit :

« Un organisme public ne peut communiquer un renseignement personnel sans le consentement de la personne concernée.

Toutefois, il peut communiquer un tel renseignement sans le consentement de cette personne, dans les cas et aux strictes conditions qui suivent:

(...)

4° à une personne à qui cette communication doit être faite en raison d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée ».

L'article 59.1 de la *Loi sur l'accès à l'information* précise également que l'établissement est autorisé à divulguer de l'information autrement confidentielle dans les cas suivants :

« Outre les cas prévus à l'article 59, un organisme public peut également communiquer un renseignement personnel, sans le consentement des personnes concernées, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable.

Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours ».

²³² *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.*

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit également la même exception à l'article 19.0.1 et permet la communication d'information contenue au dossier d'un usager en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace l'usager, une autre personne ou un groupe de personne. Cet article trouve application malgré la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*²³³.

Pour bénéficier de cette exception au secret professionnel, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* précise qu'il doit exister un danger imminent de mort ou de blessures graves alors que la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* mentionne pour sa part qu'il doit exister un caractère urgent et dangereux à l'égard de la situation qu'il s'apprête à divulguer. L'article 60 de cette même loi précise à cet égard que « Dans le cas visé au paragraphe 4° de cet article, l'organisme doit pareillement s'assurer du caractère urgent et dangereux de la situation et à défaut de s'être assuré que le renseignement est nécessaire pour ces fins ou, le cas échéant, du caractère urgent et dangereux de la situation, l'organisme public doit refuser de communiquer le renseignement ».

Même si le choix des mots n'est pas le même, les deux dispositions ne sont pas incompatibles et vise la même situation : l'urgence d'un danger de mort ou de blessures graves dans un délai rapproché à l'égard d'une personne, d'un groupe de personnes identifiables ou de l'usager.

L'établissement doit par ailleurs, par directive, établir les conditions et modalités suivant lesquelles les renseignements peuvent être communiqués par son personnel qui est tenu de se conformer à ces directives²³⁴. Les renseignements qui peuvent être communiqués

²³³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 28.

²³⁴ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 19.0.1, al.4.

ne doivent contenir que ce qui est nécessaire aux fins poursuivis par la communication²³⁵ et ne peuvent être communiquées qu'aux personnes exposées au danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours²³⁶.

Il s'agit pour l'établissement, tout comme pour le médecin, d'un pouvoir discrétionnaire de divulgation et non pas d'une obligation leur imposant de divulguer des renseignements confidentiels lorsque toutes les conditions sont réunies²³⁷. À notre avis, sa responsabilité tout comme celle du médecin, pourrait toutefois être engagée s'il n'avise pas les autorités de la présence de ce danger porté à sa connaissance en vertu de la décision *Tarasoff*²³⁸ précitée.

Également la *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant les armes à feu*²³⁹ prévoit une autre exception à l'obligation de confidentialité de l'établissement. Suivant cette exception, le directeur d'un établissement de santé qui exploite un centre hospitalier ou la personne qu'il désigne est tenu de signaler aux autorités policières l'identité d'une personne blessée par un projectile d'arme à feu conduit d'urgence à ces installations, ainsi que la dénomination de l'établissement. Cette communication doit être effectuée dans les meilleurs délais sans toutefois nuire aux traitements de la personne ainsi blessée et sans non plus nuire aux activités normales de l'établissement²⁴⁰

Il s'agit là selon nous d'une obligation imposée au centre hospitalier afin de prévenir une situation qui mette la vie ou l'intégrité de d'autres personnes en danger.

²³⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 19.0.1, al.3.

²³⁶ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 19.0.1, al.2.

²³⁷ *X. c. Ville de Terrebonne*, [2007] CAI 482; *A c. Terrebonne (ville de)*, [2007] CAI 557; JE 2007-959 (C.Q.).

²³⁸ *Tarasoff c. Regents of the University of California*, préc., note 219.

²³⁹ *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant les armes à feu*, L.R.Q. chapitre P-38.0001.

²⁴⁰ *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant les armes à feu*, art. 9.

De même, la *Loi sur la santé publique* impose à l'établissement hospitalier la divulgation ou l'accès à des renseignements autrement confidentiels d'un patient lorsqu'il est déclaré un état d'urgence sanitaire dans tout ou partie du territoire et qu'une menace grave à la santé de la population exige l'application immédiate de ces mesures pour protéger la santé de la population. Cette menace doit, bien entendu, être réelle et imminente. Dans ces circonstances le gouvernement peut ordonner à toute personne, Ministère ou organisme, de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou à tout renseignement en sa possession, même si ces informations sont personnelles ou confidentielles²⁴¹.

La *Loi sur la santé publique* oblige également les établissements de santé et de services sociaux, dont le centre hospitalier, à signaler au directeur de santé publique du territoire les situations où ils ont des motifs sérieux de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent ses installations²⁴². La notion de menace à la santé de la population s'entend de cette loi comme étant la présence au sein de la population d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlé et ce, afin selon nous d'éviter toute situation d'urgence qui pourrait en résulter. Cette obligation s'étend aussi au médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population²⁴³.

Également, lorsqu'un patient est placé sous garde préventive, l'établissement doit informer le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur de la présence d'un mineur ou s'il s'agit d'un majeur représenté l'établissement doit en aviser son mandataire, tuteur ou curateur. L'information qui doit ainsi être divulguée concerne uniquement la décision de placer cette personne sous garde préventive, de la nécessité de la garder par la suite sous garde et de la fin de cette garde²⁴⁴. Aucune autre information ne peut être divulguée à l'égard du mineur ou du majeur représenté mis sous garde préventive sous réserve du régime générale applicable.

²⁴¹ *Loi sur la santé publique*, art. 123.

²⁴² *Loi sur la santé publique*, art. 92.

²⁴³ *Loi sur la santé publique*, art. 93.

²⁴⁴ *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, art. 19.

Ainsi, l'urgence peut avoir un impact considérable sur le droit à la confidentialité d'un individu. Bien qu'il s'agit plus souvent qu'autrement que d'un pouvoir discrétionnaire de divulgation, nous croyons que lorsqu'il est porté à la connaissance d'une personne une situation qui menace la vie ou l'intégrité physique d'une personne identifiable comme dans l'affaire *Tarasoff*²⁴⁵, le médecin et l'établissement hospitalier ont l'obligation d'aviser les autorités de l'existence d'une telle menace tout en préservant le plus possible la confidentialité à laquelle ils sont tenus.

²⁴⁵ *Tarasoff c. Regents of the University of California*, préc., note 219.

CONCLUSION

L'urgence a de puissants effets juridiques en responsabilité médicale et hospitalière au point d'en faire un régime *sui generis* qui modifie complètement la façon d'analyser les droits et obligations du médecin, ainsi que de l'établissement à l'égard de l'utilisateur.

Il est donc essentiel de bien analyser la situation de faits et d'évaluer si la situation constitue une urgence qui permet ou non d'invoquer ce régime dérogatoire. L'urgence peut constituer un important moyen d'exonération en certaines situations ou en d'autres circonstances peut renforcer les obligations qui en découlent. Ainsi, comme nous l'avons vu, l'urgence justifie parfois des actes qui, en temps ordinaire, auraient été contraires aux règles de l'art, tel est le cas en partie à l'égard de l'élaboration du diagnostic, en matière de consentement, ainsi qu'en matière de secret professionnel. En d'autres circonstances la situation d'urgence renforce les obligations généralement imposées, tel est le cas de l'obligation d'agir.

Compte tenu de l'impact considérable d'une situation d'urgence en responsabilité médicale et hospitalière, le législateur aurait intérêt à la définir clairement comme étant une situation qui met la vie ou l'intégrité physique d'une personne en péril si une intervention n'est pas dispensée dans un court délai à moins de dispositions spécifiques à l'effet contraire.

Chacun a sa propre définition de l'urgence et dans un monde de consommation où tout va de plus en plus vite, dans lequel les citoyens exigent tout, tout de suite, cette notion appelle différentes interprétations et a pour effet d'augmenter la pression envers le système de la santé qui ne suffit déjà plus à la tâche à répondre aux véritables « urgences » dans un délai acceptable et met en péril non seulement la vie et l'intégrité des personnes, mais également la survie du système de santé public !

TABLE DE LA LÉGISLATION, DE LA JURISPRUDENCE ET DE LA DOCTRINE

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTATION

Textes constitutionnels

Charte canadienne des droits et libertés, Loi constitutionnelle de 1982 (R-U), constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U), 1982, c 11.

Textes fédéraux

Code criminel, L.R.C. (1985), c. C-46

Textes provinciaux

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12

Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64

Code de déontologie des médecins, R.R.Q., c. M-9, r.17

Code des professions, L.R.Q., c. C-26

Loi concernant les soins de fin de vie, projet de loi no 52, sanctionné le 10 juin 2014, 1ere session, 40^e législature, Q.c., art.1 al.2.

Loi médicale, L.R.Q., c. M-9

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., c. A-2.1

Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1

Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2.

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, L.R.Q., c. A-3.001

Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres, L.R.Q., c. L-0.2

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q., c. P-38.001

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, R.R.Q., c. S-5, r.3.01

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, R.R.Q., c. S-5, r.5

Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, L.R.Q., c. I-6.

Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant les armes à feu, L.R.Q. c. P-38.0001

Loi visant à favoriser le civisme, L.R.Q., c. C-20

JURISPRUDENCE

Québécoise

A c. Terrebonne (ville de), [2007] CAI 557; JE 2007-959 (C.Q.)

Bernard c. Cloutier, EYB 1982-141111 (C.A.)

Bouchard c. D'Amours, EYB 1998-09908 (C.S.) ; D'Amours c. Bouchard, [2001] EYB 2001-23794 (C.A.)

Boyer c. Grignon, EYB 1988-86759 (C.S.)

Brochu c. Camden-Bourgault, REJB 2001-23498 (C.A.)

Carignan c. Boudreau, (1987) D.L.Q. 378 (C.A.)

Caron c. CHUQ EYB 2006-106721 (C.S.).

Caron c Gagnon (1930) c.c. 155

Centre hospitalier Chandler c. S...D..., C.Q. Gaspé, no 110-40-000084-023, 25 janvier 2002, J. Robert Lévesque

Chouinard c. Robbins [2002] R.J.Q. 60 (C.A.)

Dionne v. Baie-Comeau et Thurber, 17 septembre 1970, District de Haute-riive, no 3554

Dubois c. Gaul, EYB 1989-95794 (C.S.)

E. c. M. (1939) C.S. 298

Farrese c. Fichman, EYB 2005-87205 (C.S.)

Garcia c. Soucy, REJB 1990-76550 (C.S.)

Green c. Surchin (1993) RRA 821 (C.S.) et REJB 1997-00239 (C.A.)

Harewood c. Spanier, EYB 1995-94496 (C.S.)

Hôpital général de la région de l'amiante inc. c. Perron, [1979] C.A. 567

L. c. Les centres Butters-Savoie et Horizon, [2001] CAI 264

Labonté c. Tanguay, EYB 2003-42896 (C.A.)

Lacroix c. Léonard, 1992, RRA 7796 (C.S.)

Lapointe c. Hôpital Le Gardeur, REJB 1992-67846 (C.S.C.)

L. Q, c. Le Pavillon l'Enfant-Jésus du CHUQ, T.A.Q., no PM-11646, 10 février 1999

Manoir de la pointe bleue (1978) inc. c. Corbeil, EYB 1992-74873 (C.S.).

Médecins (Ordre professionnel des) c. Cloutier, 2005 CanLII 68995 (QC CDCM)

Médecins (Ordre professionnel des) c. Albert, 2012 CanLII 43920 (QC CDCM)

M. L. c. Hôpital Général de Montréal du Lakeshore, T.A.Q., no SAS-M-061246-0009, 13 octobre 2000

Montpetit c. Léger, REJB 2000-20238 (C.S.)

Moreau c. Fugère, REJB 2002-27964 (C.S.)

M.S. c. Lalla, EYB 2010-175326 (C.S.)

Nancy B c. Hôtel-Dieu de Québec, EYB 1992-84012 (C.S)

Nencioni c. Mailloux C.S. 500-05-001858-792

Ostiguy c. Hôtel-Dieu de Montréal, REJB 1998-09472 (C.S.)

Parnell c. Springle (1899) 5 R. de J. 74

Perreault c. Québec (Centre de santé et de services sociaux de St-Jérôme), EYB 2014-234958 (C.Q.)

P.G. c. Centre hospitalier Douglas, T.A.Q., no SAS-M-065228-012, 26 avril 2001

Pinel c. A.G., REJB 1994-28948 (C.A.)

Poirier c. Hôpital du Haut Richelieu, EYB 1982-140879 (C.S.)

Protection du malade mental-14 [1979] C.A.S. 953

Protection du malade mental 21, [1978] C.A.S. 576

R. c. Nette, [2001] 3 R.C.S. 488

R. O. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (Hôpital L'Enfant-Jésus), T.A.Q., no SAS-Q-103011-0311, 19 janvier 2004

Roy c. Julien [1992] RRA 552 (C.S.)

Roy c. Toxi-Co Gîtes inc. REJB 2004-80766 (C.S.)

Savard (Succession de) c. Houle, EYB 2009-155304(C.S.)

Smith c. Jones [1999] 1 R.C.S.455

Smithers c. R., [1978] 1 R.C.S. 506

Stéfanik c. Hôtel-Dieu de Lévis, REJB 1997-03096 (C.S.)

St-Germain c. R. [1976] C.A. 185

Thivierge c. Gouriou, EYB 2011-185564 (C.Q.)

Tremblay c. Maalouf, REJB 2000-20435 (C.S.)

Weiss c. Solomon, EYB 1989-95790 (C.S.).

X. c. Ville de Terrebonne, [2007] CAI 482

Zuk c. Mihaly, REJB 1989-77204(C.S.)

Canadienne

Malette c. Shulman, (1990) 72 O.R. (2d) 417.

Murray c. McMurchy (1949) 2 DLR 442

Autres

Tarasoff c. Regents of the University of California, 551 P. 2d 334 (Cal. Sup Ct, 1976).

DOCTRINE

Monographie et ouvrage collectif

BAUDOIN, J.L., DESLAURIERS, P. et MOORE, B., *La responsabilité civile*, Tome 2, 8^e édition, Éditions Yvon Blais, 2014

DELEURY, E et GOUBAU, D., *Le droit des personnes physiques*, 3e édition, Éditions Yvon Blais inc., Cowansville, 2002

PHILIPS-NOOTENS, S., LESAGE-JARJOURA, P. et P. KOURI, R., *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 3e édition, Éditions Yvon Blais, 2007

P. KOURI, R. et PHILIPS-NOOTENS, S., *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 3^e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2012

Articles de revue et études d'ouvrage collectif

JARRY, M., *La dangerosité: un état de la jurisprudence*, dans *Être protégé malgré soi*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, 2002

MÉNARD, J.-P., *Les droits des usagers à la salle d'urgence*, texte à être publié par Lexis Nexis en septembre 2014

MÉNARD, J.-P., *L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive*, Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière, Service de la formation permanente du Barreau du Québec 2005

Ménard, J.-P. et GODIN, J.-K., *L'erreur de diagnostic à la salle d'urgence*, EYB-2013REP1469, décembre 2013

MÉNARD, J.-P., *L'impact de la Loi sur la protection des personnes dont l'état présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui sur le consentement aux soins*, Développements récents en santé mentale, Les Éditions Yvon Blais Inc., Cowansville, 1998

MOREAU, J., *L'urgence médicale*, Faculté de droit D'Aix-Marseille, Collection de droit de santé, Tome 2, Presses universitaires d'Aix-Marseille –PUAM 2005

NERSON R., *Urgence de droit médical*, in. J.L. BAUDOUIN et WILLIAM FOSTER, *La médecine et le droit : nouveaux aspects de la responsabilité civile médicale*, (1975) R.J.T., 13-14

REBECQ, G. *Le consentement le point de vue d'un juriste*, L'urgence sanitaire, Faculté de droit et de science politique D'Aix-Marseille, Collection de droit de santé (CDSA), 1^{er} colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 29 septembre 2000

RODGERS MAGNET, S., *The Right to Emergency Medical Assistance in the Province of Quebec*, (1980) 40 R.du B. 373

TÔTH, F., *Responsabilité du médecin pour un diagnostic erroné : Commentaire de l'affaire Massinon c. Ghys*, 1996-1997, 27 R.D.U.S. 309

VELARDOCCHIO, D., *L'obligation d'agir le point de vue d'un juriste*, L'urgence sanitaire, Faculté de droit et de science politique D'Aix-Marseille, Collection de droit de santé (CDSA), 1^{er} colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 29 septembre 2000

Documents gouvernementaux

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Guide de gestion de l'urgence*, 1^{er} novembre 2006 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-905-01.pdf>.

COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Le traitement médical et le droit criminel*. Document de travail. Approvisionnement et Services Canada, 1980

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport d'enquête de Me Catherine Rudel-Tessier, coroner, sur le décès de Jean-Jacques Sauvageau*, dossier 139331, mars 2009

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, *Commentaires du Ministre de la justice, Le Code civil du Québec. Un mouvement de société*, 3 tomes, Québec, Publications du Québec, 1993

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, *Guide pratique sur les droits en santé mentale : Répondre aux questions des familles et des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale*, Québec, 1999

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX Formulaire de consentement opératoire AH 110 :

[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/9d7020958f686e8a85256e4500715a8f/6464f628e2f7dd5c85256ec200432177/\\$FILE/AH-110_DT9059\(2013-03\)D.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/9d7020958f686e8a85256e4500715a8f/6464f628e2f7dd5c85256ec200432177/$FILE/AH-110_DT9059(2013-03)D.pdf)

Autres

BARREAU DU QUÉBEC, *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes*, 3e trimestre 2010 : <https://www.barreau.qc.ca/pdf/medias/positions/2010/20100930-soins-fin-vie.pdf>.

MÉNARD, J.-P., GIROUX, M., HÉBERT, J.-C., Rapport du comité de juristes experts, *Mettre en œuvre les recommandations de la commission spéciale de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité*, janvier 2013

WARREN, D.J.A., L. LEBLANC (2001) « ÉTG pédiatrique : Échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité. Guide d'implantation pour les départements d'urgence », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, (suppl.), vol. 3