

**UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE**

**FACULTÉ DE DROIT**

**Essai soumis à la Faculté de droit en vue de  
l'obtention du grade de «Maître en droit»**

**ASPECTS JURIDIQUES DE  
LA LISTE D'ATTENTE  
EN CHIRURGIE CARDIAQUE**

**Christine Boileau**

Maîtrise en droit  
Le 31 décembre 2001

© Christine Boileau 2001

## REMERCIEMENTS

*Je tiens à remercier Me Jean-Pierre Ménard pour son support et ses encouragements tout au long de la rédaction de cet essai.  
J'adresse également mes remerciements à tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à cet ouvrage.*

## RÉSUMÉ

Le présent essai porte sur l'analyse de la gestion de la liste d'attente en chirurgie cardiaque et de tous les aspects juridiques qui s'y rapportent. Il traite d'abord de la problématique de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque en terme de coûts de santé et de problèmes d'accès aux soins ultra-spécialisés.

Le chapitre quatre de la première partie se consacre à la notion de responsabilité civile engendrée par chacun des intervenants professionnels qui gravitent autour du patient en attente d'une chirurgie cardiaque.

La deuxième partie de l'ouvrage expose le processus employé par les chirurgiens pour prioriser les patients inscrits sur la liste d'attente dans le but d'une gestion le plus équitable possible de cette liste.

En dernier lieu, nous analyserons les obligations des professionnels de la santé, de l'établissement hospitalier ainsi que du patient lui-même en rapport avec la demande de chirurgie.

The purpose of the present essay is to conduct a study of the problems related to managing a waiting list in cardiac surgery as well as the legal implication. Health costs and access to ultraspecialized care in cardiology and cardiac surgery are described.

The notion of civil responsibility of all professionals jointly involved in the care of patients awaiting cardiac surgery is debated in chapter four.

The process by which surgery establish a priority list for patients in an equitable way is described in the second part of the essay.

Finally we discuss the obligations of health care professionals, the health care centre as well as the patient himself as they relate to available resources in surgery.

Depuis qu'on a quitté le paradis terrestre,  
les files d'attentes existent dans les services de santé.

Fernand Turcotte, prof. faculté méd., Laval  
13 octobre 1998

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
 <b>PARTIE I – L’ACCÈS AUX SOINS EN CHIRURGIE CARDIAQUE .....</b>	<b>4</b>
 <i>Chapitre I- La problématique de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque .....</i>	<i>4</i>
A. Situation générale .....	4
B. Coûts des maladies cardio-vasculaires .....	6
C. L’accès aux soins dans le domaine de la cardiologie .....	8
1. Quelques repères historiques .....	8
2. Les principales lois .....	9
3. L’accessibilité aux soins .....	10
D. Une terminologie à préciser .....	11
1. L’accès aux services de santé .....	11
2. Le délai d’accès .....	14
3. La liste d’attente .....	16
 <i>Chapitre II – Liste d’attente : aspect administratif et comparatif .....</i>	<i>18</i>
A. L’existence de la liste d’attente .....	18
1. Pourquoi y a-t-il des listes d’attente ? .....	18
2. Qu’en est-il aux États-Unis ? .....	19
3. Et en Grande-Bretagne ? .....	22
B. L’impact de la liste d’attente .....	23
1. Aspect positif .....	23
2. Aspect négatif .....	26
3. Théorie de l’autruche .....	29
 <i>Chapitre III – La responsabilité civile .....</i>	<i>33</i>
A. Le contrat de soins .....	34
1. La définition du contrat .....	34
2. La naissance du contrat .....	35
3. La nature du contrat .....	36
4. Le contrat : générateur de droits et d’obligations .....	36
5. La responsabilité extra-contractuelle .....	37

B. Conditions de la responsabilité civile .....	38
1. La faute .....	38
a) définition .....	38
b) Distinction entre faute et erreur .....	40
c) Les critères d'appréciation de la faute .....	42
• L'appréciation <i>in concreto</i> .....	42
• L'appréciation <i>in abstracto</i> .....	43
d) L'intensité de l'obligation .....	46
• L'obligation du médecin : une obligation de moyens .....	46
• L'obligation du médecin : parfois une obligation de résultats .....	47
e) Le dommage (ou préjudice) .....	49
f) Le lien de causalité .....	49
g) Le fardeau de la preuve .....	51
• Des moyens de défense pour le médecin .....	52
- L'absence de faute .....	52
- L'absence de lien causal .....	52
 <i>Chapitre IV – Les acteurs</i> .....	 54
A.. Distinction entre la notion de médecin traitant, la consultation et le transfert .....	54
1. Médecin traitant .....	54
• La consultation .....	55
• Le transfert .....	56
B. Le médecin de famille .....	58
C. Le médecin de la salle d'urgence .....	59
D. Le cardiologue .....	59
1. Le contexte du bureau privé .....	59
2. Le contexte du patient hospitalisé .....	61
E. L'hémodynamicien .....	61
F. Le chirurgien cardiaque .....	62
1. Le contexte du bureau privé .....	62
2. Le contexte du patient hospitalisé .....	63
G. L'hôpital .....	65
H. L'infirmière coordonnatrice en cardiologie tertiaire .....	68

PARTIE II – LA LISTE D’ATTENTE : ASPECTS JURIDIQUES .....	72
<i>Chapitre I – Processus existants pour avoir accès aux soins en chirurgie cardiaque</i> .....	72
A. Processus d’évaluation des patients .....	74
1. Normes du Collège des médecins .....	74
2. Processus d’évaluation des patients en chirurgie cardiaque .....	76
a) La méthode .....	76
• facteur temporel .....	78
b) Les exceptions .....	79
• les cas d’urgence .....	79
c) L’application quotidienne de la méthode .....	82
d) Les V.I.P .....	83
<i>Chapitre II – Le contrat de soins médicaux</i> .....	87
A. La formation du contrat de soins médicaux .....	87
1. L’obligation de renseigner .....	87
a) L’étendue du devoir d’information .....	89
• Le diagnostic .....	90
• Nature et but du traitement .....	92
• Les risques .....	94
b) Les conséquences d’un refus .....	99
c) Les dispenses du devoir d’information .....	101
d) Les alternatives thérapeutiques .....	103
e) le délai d’attente et la conduite à tenir entre-temps .....	105
f) Le médecin-résident .....	107
2. L’obligation au secret professionnel .....	108
3. L’obligation de soigner .....	110
a) Soigner : une obligation de moyens .....	110
• Caractéristiques des soins .....	111
- Des soins consciencieux et attentifs .....	111
- Des soins conformes aux données actuelles de la science .....	111
- Des soins dans le champs de compétence du médecin .....	112
4. L’obligation de suivre .....	113
a) Contenu de l’obligation .....	113
b) Le patient inscrit sur la liste d’attente : assis entre deux chaises ? .....	116
c) le patient inscrit sur la liste d’attente : au cardiologue ou au chirurgien cardiaque ? ...	117

B. L'obligation de l'hôpital à l'ensemble des patients .....	120
1. Quelques notes historiques .....	120
2. Le contenu de l'obligation .....	120
3. L'hôpital : sa responsabilité vis-à-vis des listes d'attente .....	126
C. L'obligation du patient .....	129
1. Devoir de collaboration .....	129
2. Devoir de divulgation .....	133
3. Devoir de respect des ressources de santé .....	134
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>136</b>
<b>ANNEXES</b>	
Liste des documents reproduits en annexes .....	138
I. Chirurgie coronarienne, une échelle d'évaluation des priorités d'intervention, document de travail, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal .....	139
II. Liste d'attente des patients avec priorités initiales et actuelles .....	141
III. Échelle de Parsonel .....	143
IV. Motifs d'annulation des chirurgies cardiaques, 1999-2000, HSC .....	145
V. Lexique de termes médicaux .....	147
<b>TABLE DE LA LÉGISLATION</b> .....	<b>150</b>
<b>JURISPRUDENCE</b> .....	<b>150</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>152</b>

## INTRODUCTION

« La victime est retrouvée [...] en rigidité cadavérique. Conclusion : *mort naturelle* par infarctus\* du myocarde sur une thrombose\* coronarienne récente dans un tableau de maladie cardiaque artériosclérotique\* sévère avec maladie tritronculaire en attente de pontage<sup>1</sup>. »

Ce patient de 54 ans, en attente d'une chirurgie cardiaque est décédé de «mort naturelle» dit le coroner Dandavino. «Mort naturelle», est-ce le bon terme pour parler d'un jeune patient décédé d'une maladie pour laquelle il existe un traitement? Cette mort est-elle si naturelle, s'agit-il d'un malheureux hasard ou pourrions-nous penser que l'hôpital n'a pas rempli correctement son contrat de soins puisque trois mois après la décision d'opérer, cet homme était toujours en attente d'une chirurgie? Sommes-nous historiquement à ce point «résignés» qu'il nous semble normal en attendant notre tour de trépasser de «mort naturelle» ?

La maladie cardiaque demeure la principale cause de mortalité et de morbidité au Canada et aux Etats-Unis. Même si cette mortalité diminue régulièrement depuis 1960, le nombre de victimes demeure élevé<sup>2</sup>. La manifestation de cette pathologie se présente sous différentes formes mais la plus fréquente est sans doute la maladie coronarienne ischémique\* qui est responsable de 89% des décès par maladie cardiaque<sup>3</sup>. En lien avec le vieillissement de la population, une augmentation

---

<sup>1</sup> Rapport d'investigation du coroner, 23 juillet 1998, no. A-115792.

<sup>2</sup> FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA, *La maladie cardiovasculaire et les accidents cérébro-vasculaire au Canada*, Fondation des maladies du cœur du Canada, Ottawa, 1997.

<sup>3</sup> COMITÉ DE TRAVAIL DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE, *cardiologie tertiaire, situation actuelle, perspectives et propositions*, Québec, MSSS, Octobre 2000, p. 9.

graduée de celle-ci souffrant de maladie cardiovasculaire est prévue jusqu'en 2015. La demande des services en cardiologie tertiaire va continuer de s'accroître et il est essentiel d'augmenter la capacité du réseau à offrir ces services. Par contre, il faut s'équiper d'outils qui favoriseront une accessibilité rapide et équitable à l'ensemble de la population. Une introspection critique de notre façon de faire est de rigueur.

Le système de santé actuel mérite certainement un questionnement sur la façon de gérer la liste d'attente en chirurgie cardiaque. Au Québec, cette gestion n'est nullement uniforme, tantôt gérée par une infirmière, tantôt par une secrétaire ou parfois, par le chirurgien lui-même. Une chose reste certaine: le patient que nous retournons chez lui pour attendre sa chirurgie ne bénéficie plus de la pression que sa présence en milieu hospitalier exerce sur le système et sur le personnel médical. Et c'est parfois là que se trouve la mince ligne entre la vie et la mort .

Les listes d'attente font l'objet de débats abondants particulièrement en cardiologie et nous ne pouvons y rester indifférents. Les médias d'information s'emparent rapidement des faiblesses du système de santé pour y étaler largement les problèmes<sup>4</sup>. La population s'y intéresse également et porte un regard critique sur la gestion des services de santé d'autant plus que récemment une première poursuite a été intentée relativement aux listes d'attente<sup>5</sup>. La situation précaire du système de

---

<sup>4</sup> Jean-François BÉGIN, «La liste d'attente s'allonge en chirurgie cardiaque», *La Presse*, vendredi 8 décembre 2000, p.E 1; Richard BAUSET, «La liste d'attente en chirurgie cardiaque», *Le Devoir*, mardi 13 mars 2001, p.A 6; Jean MARTEL, «Cancer : blitz pour diminuer la liste d'attente», *Le Soleil*, samedi 17 mars 2001, p A 28.

<sup>5</sup> District de Montréal. 500-05-058962-000 , *De Chantigny et als c. C.H. Angrignon et als*.

santé oblige à une gestion plus serrée et plus rationnelle de cette liste. L'intérêt de regarder de plus près les aspects juridiques qui la régissent est certes justifié.

Dans cet essai, nous concentrerons nos réflexions dans un premier temps sur l'aspect «technique» des listes d'attente et, dans un deuxième temps, sur l'encadrement juridique qui s'applique à la gestion de ces listes.

Pour nous aider dans cette réflexion, nous nous référerons au processus suivi dans un centre hospitalier de soins spécialisés et ultra spécialisés, affilié à l'Université de Montréal, l'Hôpital du Sacré-Cœur. En aucun cas nous ne voulons particulariser et porter préjudice à cet établissement : la problématique soulevée ici n'est pas unique à ce centre hospitalier mais il nous aidera néanmoins à illustrer certains aspects de notre pensée.

Pour favoriser la compréhension du texte, certains termes médicaux sont suivis d'un astérisque. Le lecteur pourra se référer au lexique des termes médicaux à l'annexe V.

## PARTIE I – L'ACCÈS AUX SOINS EN CHIRURGIE CARDIAQUE

### Chapitre I - La problématique de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque

#### A. Situation générale

Au Canada, depuis 1901, l'espérance de vie de hommes et des femmes a augmenté de façon spectaculaire. Les femmes nées au début du siècle pouvaient s'attendre à vivre 50,1 années, c'est à dire trois ans de plus que les hommes. En 1997, l'espérance de vie des femmes est passée à 81,4 années et celle des hommes à 75,8 années<sup>6</sup>. Si nous avons gagné en *quantité* de vie, nous n'avons pas pour autant gagné en *qualité* de vie, certaines maladies restant prédominantes.

La maladie cardiaque demeure de nos jours la principale cause de mortalité et de morbidité au Canada et aux Etats-Unis. La plus fréquente est sans doute la maladie coronarienne qui est responsable à elle seule de 89% des décès par maladie cardiaque<sup>7</sup>. Le Ministère de la Santé décrit l'importance des maladies cardiovasculaires de la façon suivante: «Ces maladies constituent la première cause de mortalité au Québec; elles comptent pour 40% de tous les décès et pour 20% de la somme des années potentielles de vie perdues<sup>8</sup> ». Directement relié au vieillissement, une augmentation graduelle de la population souffrant de maladie cardiovasculaire est prévue jusqu'en 2015, décennie où les «baby boomers» seront en très grand

---

<sup>6</sup> FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA, *op. cit.* note 2.

<sup>7</sup> COMITÉ DE TRAVAIL DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE., *op.cit.*, note 3, p. 9.

<sup>8</sup> MINISTÈRE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (ci-après cité : « MSSS »), 1992, *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, p. 72.

nombre et possiblement atteints d'une telle pathologie. Actuellement, en Amérique du Nord, une personne est victime de malaises cardiaques à toutes les 32 secondes<sup>9</sup>! En 1992, au Québec, le nombre de patients ayant eu recours à des services de cardiologie orienté vers la revascularisation coronarienne était de 19 000; en 1998, il était passé à plus de 24 000. Ceci représente une croissance annuelle de 4,3% qui se traduit par une augmentation d'environ 1 000 patients de plus à chaque année. En plus, au simple vieillissement de la population est imputable une augmentation de 2,5%<sup>10</sup>.

En 1995, la cardiopathie ischémique (maladie cardiaque caractérisée par l'arrêt ou l'insuffisance d'apport sanguin et d'oxygène au coeur par obstruction des artères coronariennes) était responsable de 6,6% des décès chez les hommes de 35-60 ans (3,9% chez les femmes) alors que chez les hommes de 60 à 64 ans, elle était responsable de 24,1% des décès : il s'agissait de la première cause de décès. Chez les femmes de ce dernier groupe d'âge, la maladie coronarienne occupait également la première place et comptait pour 14% des décès<sup>11</sup>.

Les causes de ces maladies sont le plus souvent reliées aux habitudes de vie et aux prédispositions liées à l'histoire familiale. Les principaux facteurs de risques s'identifient comme étant le tabagisme, l'hypertension et l'hypercholestérolémie ainsi que le sédentarisme. Une combinaison de ces habitudes avec l'hérédité

---

<sup>9</sup> TQS, « Voyage infini, Un goût de santé », documentaire sur l'alimentation, Montréal, jeudi 9 août 2001, 19h00.

<sup>10</sup> COMITÉ DE TRAVAIL DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE, *op. cit.*, note 3, p.9.

<sup>11</sup> STATISTIQUES CANADA, *Les causes principales de décès selon l'âge*, Ministère de l'industrie, Ottawa, 1997.

augmente les risques d'avoir une pathologie cardiaque. Dans sa Politique de la Santé et du Bien-être<sup>12</sup>, le Gouvernement du Québec identifie des voies d'actions prioritaires: «améliorer la qualité et l'accessibilité des services de chirurgie cardiaque et favoriser l'utilisation optimale des ressources» et en second lieu, «regrouper et consolider en priorité les activités dans certains centres en fixant un seuil minimal de chirurgies cardiaques par centre ».

#### B. Coûts des maladies cardiovasculaires

L'éternité sur terre a un prix; parmi toutes les grandes catégories de diagnostics, ce sont les maladies cardiovasculaires qui génèrent les coûts les plus élevés puisque la découverte de nouvelles techniques permettent de traiter plus de monde plus sécuritairement. Comme constaté ci-haut, nous traiterons dans les années à venir une clientèle de plus en plus vieillissante mais non moins malade. Les facteurs suivants<sup>13</sup> viennent modifier le profil de la clientèle :

Le vieillissement de la population et sa longévité accrue entraînent un élargissement de la clientèle

La population est mieux informée et recourt de façon plus précoce et plus fréquente aux services.

L'évolution de la maladie et le taux de survie plus élevé font en sorte que les gens peuvent recourir aux services à plus d'une reprise durant leur vie.

En élargissant les indications et les critères de sélection, cette clientèle devient éligible à des traitements de plus en plus sophistiqués avec de moins en moins de

---

<sup>12</sup> MSSS, *op. cit.*, note 8, p.72.

<sup>13</sup> COMITÉ DE TRAVAIL DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE, *op. cit.*, note 3, p. 13.

risques. Une investigation approfondie en cardiologie fait appel à plusieurs techniques: l'électrocardiographie au repos, l'épreuve d'effort, la scintigraphie cardiaque, l'écho-cardiographie, la coronarographie, etc. Pour 1994, les coûts directs des maladies cardiovasculaires sont estimés à 14.1 milliards de dollars pour l'ensemble du Canada (soins hospitaliers, médicaments, honoraires des médecins) et les coûts indirects, à 20.4 milliards (mortalité, invalidité de courte et de longue période)<sup>14</sup>.

Les maladies de l'appareil circulatoire entraînent plus d'hospitalisations que toutes autres maladies et sont une cause de la prévalence importante d'incapacité. En 1996-1997, la cardiopathie ischémique provoquait 57 420 hospitalisations chez les hommes de 35 à 64 ans et 19 453 chez les femmes. Dans cette même année, plus de la moitié (52%) des personnes cardiaques prenaient au moins trois médicaments pour soulager leurs malaises et contrôler leur maladie contre 9% pour les personnes non cardiaques. De plus, la possibilité d'avoir un emploi est deux fois moins élevée pour les personnes cardiaques que pour les non cardiaques<sup>15</sup>.

Au Québec, la maladie coronarienne se traduit ainsi : sur une population de 5 503 456 adultes (plus de 18 ans), il y a pour l'année 1998-1999, 24 362 cathétérismes diagnostiques (443/100 000 population adulte), 8 794 angioplasties\* coronariennes (160/100 000 population) et 5 729 chirurgies pour pontages\*, soit 104/100 000 de

---

<sup>14</sup> Ben CHAN, Peter COYTE et Caroline HEICK, « Economic impact of cardiovascular disease in Canada », *Canadian Journal of Cardiology*, 1996; 12 (10) : 1000-1006.

<sup>15</sup> STATISTIQUES CANADA, « Maladie du cœur et population en âge de travailler » préparé par Helen JOHANSEN, *Rapports sur la Santé*, Printemps 1999, vol. 10, no 4, p. 31 à 43.

population adulte<sup>16</sup>. Comme l'affirme le Président de l'Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques, la chirurgie cardiaque est victime de son propre succès: les patients jugés inopérables il y a quelques années subissent maintenant des pontages coronariens et des remplacements de valves grâce à une technologie améliorée<sup>17</sup>.

### C. L'accès aux soins dans le domaine de la cardiologie

#### 1. Quelques repères historiques

Le Conseil d'hygiène de la province de Québec (1887) a été le premier organisme central à intervenir publiquement en matière de santé et de bien-être. La première loi sur l'assistance publique est promulguée en 1921. Cette loi signifie la fin du système de subvention maintenue depuis le Régime français et confirme l'intervention de l'État dans le domaine de l'assistance en établissant pour la première fois, un mode statutaire de financement. En 1961, l'État prend en main la réforme du service de santé; ses objectifs :accessibilité, universalité et gratuité des soins seront désormais financés à même les fonds publics. Dans les années 80, le système de santé s'essouffle: les listes d'attente s'allongent, les urgences s'engorgent. Depuis 1990, le gouvernement a procédé à une restructuration substantielle<sup>18</sup> des soins de santé au Québec. Nous verrons ultérieurement jusqu'où cette évolution nous a entraînés.

---

<sup>16</sup> *id.*, p. 23.

<sup>17</sup> Alexandre SIROIS, « Victime de son succès », *La Presse*, 22 mai 2001, p. A 10. : « Je viens d'opérer quelqu'un de 85 ans. J'ai fait trois pontages et le remplacement de la valve aortique ».

<sup>18</sup> MSSS, *Santé et bien-être- La perspective québécoise*, Gouvernement du Québec, 1993, p 9 à 25.

## 2. Les principales lois

Doctrines, jurisprudence, codes des professions, codes de déontologie ainsi que plusieurs lois encadrent de façon appréciable les droits des personnes aux soins de santé mais une loi en particulier devait influencer le domaine de la santé en terme de droits aux soins. Cette loi adoptée initialement en 1970<sup>19</sup> a été modifiée substantiellement en 1991<sup>20</sup>. Cette dernière réforme marque l'aboutissement d'une période de réflexion amorcée en 1986 avec les travaux de la Commission Rochon : il s'agit de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant certaines dispositions législatives*<sup>21</sup> qui compte près de 700 articles et touche chaque citoyen.

Le droit aux services de santé se retrouve ainsi exprimé aux articles 5, 6 et 13 :

5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.

6. Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.

Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.

13. Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que de ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

---

<sup>19</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1971, c. 48.

<sup>20</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-5.

<sup>21</sup> L.Q.1991, c.42, refondue sous le titre et la référence : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. c. S-4.2.

C'est dans ce dernier article que nous retrouvons une certaine modulation de la dispensation des soins puisqu'il précise que nous devons tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières dont dispose l'établissement. Molinari<sup>22</sup> précise à cet effet que les limites de l'article 13 portent « sur les circonstances et conditions d'exercice du droit d'accès aux soins et non pas sur le droit lui-même dont l'intégralité est ainsi préservée ».

### 3. L'accessibilité aux soins

Les centres de cardiologie tertiaire font des efforts marqués depuis plusieurs années pour répondre au besoin croissant de la population. Dans la philosophie du système de santé actuel, partant du principe que le droit aux services de santé est accordé à chaque personne et qu'il constitue dès lors un droit individuel, il est primordial que chaque patient ait une accessibilité adéquate aux soins en cardiologie. Cette accessibilité devient un déterminant dans la lutte contre la maladie et contre la limitation des inconvénients physiques et psycho-sociaux. Piché et Côté<sup>23</sup> définissent l'accessibilité aux services de santé comme la « possibilité d'y avoir accès en cas de besoin ». Selon eux, trois conditions modulent l'accès aux soins : 1) la disponibilité des ressources, qui est dépendante de la quantité des ressources, de la taille de la population desservie et de l'organisation des services, 2) l'accessibilité financière,

---

<sup>22</sup> Patrick MOLINARI, *L'accès aux soins de santé : réflexion sur les fondements juridiques de l'exclusion* dans «Les droits de la personne et les enjeux de la médecine moderne», Les Presses de l'université Laval, Sainte-Foy, 1996, p.51.

<sup>23</sup> Jacques PICHÉ et Harold CÔTÉ, « Développement et validation d'un indicateur d'accessibilité géographique aux ressources hospitalières ». MSSS, 1997, p. 3.

collective ou individuelle et 3) l'accessibilité géographique. Pour sa part, le Collège des médecins<sup>24</sup> suggère un délai maximal de trois mois d'attente pour une chirurgie cardiaque électorale, ce qui est concrètement inapplicable compte tenu des longues listes d'attente occasionnées par le manque de ressources humaines et matérielles.

Comment gérer une liste d'attente grandissante avec peu de ressources sans mettre à risques la vie du patient? Nous aborderons le sujet ultérieurement de façon plus détaillée.

Au fil des années et des lois, une terminologie s'est développée, propre au contexte de la santé surtout en ce qui concerne l'accès aux soins. Dans la prochaine section, nous analyserons certains mots-clefs plus fréquemment utilisés que d'autres.

#### D. Une terminologie à préciser

##### 1. L'accès aux services de santé

Le petit Larousse définit le mot «accès» comme étant ce qui « permet d'accéder à un lieu, à une situation etc., c'est un moyen d'y parvenir, d'en approcher<sup>25</sup> ». À moins de se trouver en situation d'urgence, nous constatons que la définition du mot n'implique pas une réponse immédiate à un besoin: il y a une série d'étapes plus ou moins longues à franchir pour «mettre la main» sur le dit soin. Dans cette définition, nous retrouvons une notion de difficulté et d'embûche avant d'amorcer le début d'un traitement quelconque, ce qui reflète bien la définition que la population se fait de

<sup>24</sup> COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Classification des patients en attente de chirurgie cardiaque, énoncé de position », Juin 1998.

<sup>25</sup> Le Petit Larousse illustré, Paris, 1998-1999, p. 32.

l'accès aux services de santé.

Au Québec, même si l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population préoccupe le Ministère de la santé et des services sociaux quotidiennement, les notions d'accessibilité et de continuité des services viennent en tête de liste des types de plaintes fondées pour la région de Montréal-Centre : 34% en 1996-1997<sup>26</sup>. Monsieur Daniel Fecteau, de la Régie régionale de Montréal, affirme que « pour l'instant, pour juger d'un système de soins, l'information la plus parlante et la plus sophistiquée demeure celle recourant à une information négative de santé<sup>27</sup> ». Ainsi le nombre de personnes en attente d'un service donne un ordre de grandeur du volume de la demande (non satisfaite)<sup>28</sup>. Par contre, rien n'indique le niveau de priorité ou d'urgence médicale de ces personnes.

En fait, toute demande de consultation auprès d'un professionnel de la santé implique une certaine démarche avant d'y avoir véritablement accès. Cette démarche peut être constituée d'événements cliniques ou administratifs qui s'enclenchent les uns après les autres pour satisfaire une première étape qui mènera à l'intervention ou aux services requis par l'état de santé. Monsieur Fecteau affirme qu'à ce niveau, la vigilance du professionnel consulté à dépister le problème de santé et à en poser le diagnostic peut ralentir ou accélérer l'accès aux services de santé<sup>29</sup>. À notre avis, la

---

<sup>26</sup> RRSSSM-C (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre), Direction des relations avec la communauté, Service d'aide à la clientèle, *Rapport sur les plaintes des usagers*, 1996-1997, 1997.

<sup>27</sup> Daniel FECTEAU, « Un indicateur de gestion par résultats dans le réseau de la santé : le délai d'accès aux services », *Gestion*, volume 23, numéro 2, été 1998, p. 40.

<sup>28</sup> *Id.*, p. 41.

<sup>29</sup> *Id.*, p. 40.

compétence du professionnel ne représente qu'une petite partie des obstacles rencontrés pour accéder aux soins requis. Diverses variables organisationnelles transforment l'accès aux services en une véritable course à obstacles: les ressources humaines, matérielles, informationnelles et financières, les conditions de pratique telles la qualification du personnel et son affectation, les ratios infirmières-patients et les ratios professionnels/non professionnels<sup>30</sup> et que dire des inévitables pertes de dossiers, de résultats d'analyse, de radiographies ? Pour les cas plus sérieux se retrouvant à la salle d'urgence, l'accès aux services de santé est immédiat : «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<sup>31</sup> ». D'ailleurs, la salle d'urgence est parfois utilisée pour «court-circuiter» les étapes préalables à la réception du soin ou du traitement nécessaire. Un patient inscrit sur la liste d'attente électorale peut, sous prétexte d'un malaise (vrai ou faux), se présenter à l'urgence, être à nouveau évalué et recevoir le traitement tant attendu. Il faut comprendre ici que le patient cardiaque qui simule de façon crédible une douleur angineuse et affirme être en attente de pontages ne sera pas, en général, renvoyé à la maison mais immédiatement dirigé vers la cardiologie qui à son tour se tournera vers la chirurgie cardiaque. Par contre, certains d'entre eux seront invités à retourner à leur domicile et à attendre leur tour après, bien sûr, une évaluation de la stabilité de l'état de santé. Malheureusement, le

---

<sup>30</sup> Judith LEPROHON, « Vers une culture d'amélioration continue », *L'infirmière du Québec*, volume 7, numéro 5, mai/juin 2000, p. 2.

<sup>31</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précitée, note 21, art. 7.

Le système ne peut pas toujours différencier les « faux positifs » des « vrais positifs » et certains patients dont l'anxiété est démesurément élevée face à leur situation réussissent à déjouer ainsi les listes d'attente.

## 2. Le délai d'accès

En gestion, puisqu'il faut composer avec la notion de liste d'attente qui est un indicateur «de la santé» du système de santé, nous devons instaurer des bornes qui permettront de juger si l'attente à recevoir un service met potentiellement en péril la santé du patient. Il y a donc création du «délai raisonnable», basé sur l'appréciation clinique, sur la perception subjective de la gravité de la situation, sur l'éloignement géographique de la source de soins et sur tout autre facteur pouvant varier d'une région à l'autre. Nous reparlerons de cette idée de délai raisonnable lorsque nous aborderons plus loin dans cet essai la notion du facteur temporel.

Le délai d'accès représente donc une demande de service à venir. Il est la définition du point d'entrée et de sortie du système pour un problème précis et c'est ce qui permet de donner un sens à la mesure du délai d'accès.

Sous la perspective du malade, l'attente se situe entre la consultation à l'origine de la demande et le début du traitement en rapport avec le problème de santé. En chirurgie cardiaque, le délai d'accès peut atteindre jusqu'à un an à partir du moment où une investigation est mise de l'avant. Voici un aperçu du temps d'attente pour un patient avec symptômes d'angine :

1. Médecin de famille :	1 mois	
2. Cardiologue :	2 à 3 mois	Total de l'arrêt :
3. Cardiologue (hémodynamicien) :	3-6 mois	1 an à 1 ½ an
4. Chirurgien cardiaque :	6-8 mois	
5. Convalescence :	3 mois	

Monsieur Fecteau décrit ce «délai d'accès» comme étant une «affirmation de la primauté de l'accessibilité des services aux clients» et continue en disant que le «temps d'accès» (la liste d'attente) constitue un indicateur de cette primauté<sup>32</sup>, c'est-à-dire que nous avons tous droit à des services de santé mais que pour un problème déterminé, nous ne recevrons pas ces soins dans les mêmes délais. En fait, pour un gestionnaire, la liste d'attente, le temps d'attente, l'accès aux soins se veulent une mesure de performance ou de contre-performance du système de santé. Le Ministère de la santé et des services sociaux considère le délai d'accès aux services comme «un indicateur de gestion par résultat dans le réseau de la santé<sup>33</sup>», c'est-à-dire: l'importance des sommes investies dans le réseau de la santé améliore-t-il vraiment l'état de santé et de bien-être de la population ? Est-ce que plus il y a d'argent octroyé, plus l'indice de santé est élevé, et moins il y a de morbidité? Selon Brunelle et Saucier (1999), «l'indicateur est une mesure dont les valeurs sont utilisées comme points de repère dans l'appréciation de l'état ou de l'évolution d'un phénomène non ou difficilement quantifiable<sup>34</sup> ».

Pour sa part, la population juge l'efficacité du système par une vision plus

<sup>32</sup> D. FECTEAU, *loc.cit.*, note 27, p.42-43.

<sup>33</sup> *Id.*, p.40.

<sup>34</sup> Yvon BRUNELLE et Alain SAUCIER, *Les indicateurs et le système de soins*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1999, p. 4.

personnelle et aussi plus émotive. Son «indicateur» relève davantage des manchettes de journaux<sup>35</sup> qui étalent largement les frasques de notre système de santé, des rumeurs populaires et d'une expérience personnelle<sup>36</sup> que d'une définition technocratique, rationnelle et monétaire. En fait, certaines personnes se croient exclues du système de santé tant que leur état de santé n'a pas atteint un seuil de détérioration qui exigerait une intervention immédiate du système de soins.

### 3. La liste d'attente

Sous-produit de l'accessibilité aux services, une liste d'attente sert de liste pour les patients qui attendent un service particulier. Elle ne signifie pas que l'état du malade ne requiert pas de traitement; elle est plutôt un indice de la non disponibilité des ressources et que son état ne justifie pas un soin immédiat. Elle s'applique généralement aux services ultra-spécialisés : spécialités chirurgicales (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, orthopédie, etc.) ou encore à certains soins spécifiques (radiothérapie, physiothérapie, orthophonie, etc.). Des patients y sont inscrits et chaque centre hospitalier possède sa liste d'attente constituée d'une clientèle qui doit recevoir des soins ou traitements sans nécessairement y être hospitalisé<sup>37</sup>. Cette liste

---

<sup>35</sup> Pascale BRETON, « Un pontage reporté six fois ! » *La Presse*, Montréal, samedi 30 décembre 2000 : Sylvain LAROCQUE, « La famille d'une malade décédée poursuit l'hôpital : une sexagénaire a dû attendre 11 mois pour être opérée d'un anévrisme de l'aorte », *La Presse*, 12 juillet 2000, p. A8.

<sup>36</sup> Suzanne BLANCHET, « Gestion intégrale de la qualité, à la vie, à la mort », *Nursing Québec*, 13, no 4, juill.- août 1993, p.21-22. Cet article relate l'expérience d'un éditorialiste du journal *Le Devoir* qui « pour un petit examen de rien du tout, qui s'exécute en moins de cinq minutes, m'aura pris une demi-journée à l'hôpital ».

<sup>37</sup> *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, R.R.Q., S-5, r.3.01, art.25 et 21.

n'indique que le temps écoulé depuis l'inscription, le temps d'attente final n'étant connu qu'au moment de la prestation du service au patient.

La liste d'attente demeure pour la population un «indicateur de rendement et d'efficacité» du système de santé. Nous devinons facilement l'opinion de cette population qui voit en gros titres dans les médias une annonce à l'effet que plusieurs patients en attente de traitement (entre autres, radiothérapie) doivent «s'expatrier» aux États-Unis pour recevoir leur traitement<sup>38</sup>. Quand nous savons le coût exorbitant d'un séjour hospitalier en ce pays, nous aurions tendance à poser la question « mais pourquoi ne pas réinvestir ces argents dans notre propre système de santé? ». Il y a ici matière à réflexion pour un autre ouvrage.

La liste d'attente est une pointe d'iceberg à la dérive, un malaise, et pour un gestionnaire, un résultat négatif. Les médecins y voient la conséquence d'un sous-financement de leurs activités professionnelles, la population, un rappel d'une expérience personnelle, les gestionnaires, l'indice d'une pression croissante sur l'offre de soins et le ministre : tout va-t-il vraiment pour le mieux<sup>39</sup>!?

---

<sup>38</sup> Kathia GAGNON, « Des patients québécois à Plattsburgh aujourd'hui », *La Presse*, mercredi 16 juin 1999, p.A21; Michel HÉBERT, « Traitement aux États-Unis: Marois prolonge le programme jusqu'en septembre 2000 », *Le Soleil*, samedi 27 novembre 1999, p. A30.

<sup>39</sup> DUCHESNE, André, « Les budgets des hôpitaux: Pauline Marois ne bronche pas », *La Presse*, Montréal, samedi 3 juin 2000, p.4: au Ministère de la santé, les objectifs sont orientés sur l'équilibre budgétaire des hôpitaux. Si cet indice indique l'état de santé de l'établissement, il n'en n'est pas de même pour sa clientèle.

## Chapitre II – Le contrat de soins médicaux

### A. Formation du contrat de soins médicaux

Tel que nous l'avons énoncé antérieurement<sup>170</sup>, la jurisprudence a déjà bien établi le principe que dès qu'un patient entre dans le bureau du médecin, se forme alors entre ce patient et ce médecin un contrat médical<sup>171</sup>. En plus des aspects du contrat médical dont nous avons discuté plus haut, la doctrine et la jurisprudence ont défini le contenu de ce contrat<sup>172</sup> qui comporte pour le médecin quatre obligations :

- L'obligation au secret professionnel
- L'obligation de renseigner
- L'obligation de soigner
- L'obligation de suivre

Nous regarderons chacune des obligations et leur implication dans le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque.

#### 1. L'obligation de renseigner

« Un silence peut être parfois le plus cruel des mensonges ».  
R.O. Stevensons, *Virginibus Puerisque*

Le devoir de renseignements au patient s'applique à toute forme de traitement et prend une importance particulière à l'occasion d'une intervention chirurgicale. Il se

---

<sup>170</sup> *Supra*, p. 34 et ss.

<sup>171</sup> *Bordier c. S.*, précité, note 66, 408-409.

<sup>172</sup> P.LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S.PHILIPS-NOOTENS, *précité*, note 51, p. 107.

possibilités thérapeutiques plus étendues: nous traitons maintenant une clientèle plus vaste et plus âgée obligeant à une gestion plus serrée et rationnelle de la liste d'attente. Les restrictions budgétaires ont donné naissance à des listes d'attente toujours plus longues apportant un lot d'effets dévastateurs : pensons aux cancéreux en attente d'une chirurgie ou d'une radiothérapie, aux coronariens en attente d'un pontage, au manque à gagner durant cette attente .

Les autorités administratives admettent maintenant avoir «coupé trop vite» dans le réseau de la santé; l'acquisition de nouveaux appareils et d'instrumentation étant retardée, la mise à la retraite du personnel hospitalier, le sous-développement d'établissements de soins prolongés qui provoque un «refoulement» de cette clientèle dans les centres de soins aigus, tout contribue à l'allongement des listes d'attente.

L'ampleur de ces listes d'attente constitue un symptôme d'un problème de prestations de services et représente sur le plan public, sinon politique, une (in)capacité à répondre aux besoins de la population.<sup>41</sup> Est-ce avouer que l'insuffisance des ressources coûte parfois la vie ?

## 2. Qu'en est-il aux États Unis ?

Au Canada, les services de santé sont du domaine de compétence provinciale et ce régime public se finance principalement grâce aux impôts sur le revenu et à la contribution au fonds d'assurance santé. La qualité des soins offerts diffère très peu

---

<sup>41</sup> *Id.*

que nous soyons riches ou pauvres, que nous vivions au centre-ville ou en banlieue. Aux États-Unis<sup>42</sup>, les services publics de santé sont fournis par les administrations locales (municipalités, comtés) et ils sont financés d'une part, par les impôts fonciers mais surtout d'autre part, par les coûts facturés aux usagers, coûts assumés la plupart du temps par des assurances privées. La qualité des services peut varier considérablement d'un endroit à l'autre. Les Américains offrent une médecine à deux vitesses : une pour les riches et une pour les pauvres. Les plus riches reçoivent de bons soins grâce à leurs assurances privées souvent assumées conjointement par l'employeur et le salarié (comme au Canada). Ils paient un tarif fixe mensuel en retour de services auprès d'un nombre restreint de médecins, un peu comme dans une coopérative; les listes d'attente y sont quasi inexistantes. Évidemment, il ne faut pas penser que ces plans d'assurance donnent droit à tous les traitements nécessités par l'état de santé: par exemple, pour un patient présentant une arythmie cardiaque, le médecin doit s'enquérir auprès de la compagnie d'assurance s'il peut administrer l'anti-arythmique «x» car si ce médicament n'est pas inscrit sur la liste des médicaments payés par cet assureur, l'hôpital devra alors en assumer les coûts et il pourrait refuser de le faire. Au Canada, théoriquement, tous les patients ont droit à tous les médicaments inscrits sur la liste de la Régie d'assurance maladie de la province.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Nancy S. JECKER & Eric M. Meslin, « United States and Canadian Approaches to Justice in Health Care : A Comparative Analysis of Health Care System and Values », *Theoretical Medicine*, 15 : 181-200, 1994. Également, DRT 726 : « Droit comparé et droit de la santé », Université de Sherbrooke, 1997.

<sup>43</sup> *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q.,c.A-29, art. 4 et 4.1.

Pour la catégorie des assistés sociaux et une certaine partie des personnes âgées, les Américains bénéficient d'une gamme limitée de services médicaux par le biais de régimes nationaux d'assurance maladie. Bien souvent, ils reçoivent le minimum de traitement dans les hôpitaux dit «publics». Un troisième groupe de personnes, formé de 15 à 20% de la population américaine ne participe à aucun régime d'assurance maladie privé ou public : les patients paient eux-mêmes leurs soins médicaux. Leur choix : se passer de soins ou être considérés comme des cas de charité et donc recevoir des soins minimums.<sup>44</sup>

Cette dernière catégorie ressemble étrangement à ce qui se vivait au Québec avant la venue de la *Loi sur les services de santé*. En fait, les traitements de ce dernier groupe dépendent de la générosité ou de la mission des hôpitaux à but non lucratifs et universitaires. Au Canada, le système offre à tous une qualité de soins à peu près égale et si nos listes d'attente semblent longues, aux États-Unis, certaines personnes dans une situation financière précaire ne peuvent même pas y avoir accès. Elles mourront, faute d'argent.

L'aspect positif du système de santé de nos voisins du sud est le suivant : les gens mieux fortunés peuvent bénéficier d'une saine compétition entre les institutions et choisir, jusqu'à un certain point, le meilleur médecin, le meilleur traitement. Nous avons choisi, dans le système de santé canadien, le principe sacré de la gratuité; si la

---

<sup>44</sup> Martin PERREAULT, « Les Etats-Unis attendent aussi », *La Presse*, Jeudi 27 avril 2000, p. A7. M. Perreault souligne que d'avantage d'Américains que de Canadiens n'ont pas accès à des soins essentiels et que les non-assurés sont trois à quatre fois moins bien soignés que les bénéficiaires d'assurances publiques.

qualité des soins demeure très acceptable, le «cafouillage» administratif ne laisse aucune place à la saine compétition et décourage l'esprit d'initiative. En contrepartie, le système américain soulève le point négatif suivant: les soins de santé sont relégués, en quelque sorte, au rang de «produits de luxe» comme beaucoup d'autres biens de consommation et selon le coût de la prime d'assurance, le client peut se payer une gamme de services de santé plus ou moins étendue. Les hôpitaux voient leur clientèle en fonction des profits engendrés et non uniquement dans un but d'améliorer la santé de celle-ci.

### 3. Et en Grande-Bretagne ?

Le système de santé du Royaume-Uni<sup>45</sup> représente un mélange de système canadien et de système américain. Depuis 1948, un système national de santé financé par l'impôt et ouvert à tous coexiste avec un système de santé privé disponible à une minorité plus aisée. Il s'agit d'un système universel, complet et pratiquement gratuit et dont le financement est réparti comme suit : 81% par les impôts, 15% de cotisation de l'assurance-nationale et 4% par les usagers et diverses sources. Le ministère de la santé alloue à chaque autorité régionale un budget global qu'elle répartit entre les districts qui à son tour le distribue aux hôpitaux. À la différence du système canadien, chaque citoyen britannique s'inscrit comme patient chez un médecin; ce médecin décide du traitement requis par l'état du malade. L'accès aux

---

<sup>45</sup> DRT 726, *loc. cit.*, note 42.

spécialistes se fait sur référence du généraliste seulement. La qualité des soins se compare à celle donnée dans l'ensemble du Canada mais leur liste d'attente pour les traitements considérés moins urgents s'étend sur une durée de deux ans ou plus (un an au Canada) pour une chirurgie de cataracte ou de prothèse de hanche, par exemple.<sup>46</sup>

La façon, pour le gouvernement britannique, de réduire ses listes d'attente a été d'encourager la mise sur pied de services de santé privés. Des assurances-maladie privées permettent à une minorité de gens aisés d'y avoir recours, ce qui ne semble pas heurter la mentalité de la majorité des habitants du Royaume-Uni. En effet, la coexistence d'un système de santé public ouvert à tous et d'un système privé pour «gens riches» démontre à quel point la notion de «classe» et de «hiérarchie» est profondément enracinée dans la culture britannique.

## B. L'impact de la liste d'attente

### 1. Aspect positif

Les patients ne sont pas toujours, comme nous pourrions le croire, insatisfaits d'attendre. Cette attente accorde du temps pour prendre des décisions encore mieux réfléchies sur des interventions à hauts risques. Quelques-uns diront que l'attente leur a permis «d'apprivoiser» leur problème de santé et d'arriver mieux préparés

---

<sup>46</sup> Christian RIOUX, « La Grande-Bretagne, royaume des files d'attente : en matière de santé, la Grande-Bretagne est le cancre de l'Europe, le système est au bord de l'apoplexie », *Le Devoir*, mardi 2 mai 2000, p. A5.

psychologiquement à la chirurgie. D'autres en profiteront pour «mettre de l'ordre» dans leur vie personnelle, financière et professionnelle.

Un patient «bien préparé» évite, dans un pourcentage non négligeable, la psychose\* postopératoire si fréquente chez ceux qui ont été «bousculés» vers la chirurgie (cas d'urgence). Pour d'autres patients, l'attente permet de consulter un autre médecin pour une deuxième opinion. En ce sens, le *Code de déontologie des médecins*<sup>47</sup> reconnaît au patient le droit «de consulter un confrère, un membre d'une autre corporation professionnelle ou une autre personne compétente». D'autres patients prennent ce temps à réfléchir aux avantages et aux risques de la chirurgie cardiaque, particulièrement lorsque ces derniers sont très élevés ; les personnes âgées, après mûre réflexion, optent parfois pour un traitement plus conservateur. Selon certaines études britanniques, il est démontré qu'en orthopédie et en urologie, de 17 à 31% des patients ne désirent plus de chirurgie après une «attente vigilante»<sup>48</sup>. En effet, certaines personnes âgées, intimidées en présence du médecin, n'oseront dire non à une chirurgie, même à haut risque. Elles se sentent plus vulnérables, plus hésitantes dans leurs décisions, («c'est vous qui le savez docteur») ont crainte d'oublier les informations données par le médecin, ont peur de mal entendre. Par conséquent, elle se font accompagner d'un membre de la famille qui parfois sous-estime les capacités du patient et lui «suggère» littéralement la réponse

---

<sup>47</sup> *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., c. M-9, r.4, art. 2.03.04.

<sup>48</sup> Paul McDONALD, Sam SHORTT, Claudia SANMARTIN, Morris BARER, Steven LEWIS et Sam SHEPS, *Liste d'attente et temps d'attente pour les soins de santé au Canada : plus de gestion !! Plus d'argent??*, Rapport sommaire, Juillet 1998, p.8.

ne laissant ainsi aucune place au libre choix : dans ces circonstances, le médecin doit s'assurer que le patient exprime bien sa volonté malgré la présence d'une tierce personne dans le bureau de consultation et qu'il a bien présenté tous les aspects et toutes les conséquences d'une réponse négative à la chirurgie tout comme d'une réponse affirmative tout en s'assurant que le patient a bien compris<sup>49</sup>. La période d'attente permet à ce patient de réfléchir calmement sur un choix correspondant à ses désirs. En respectant la décision de son patient, le médecin exerce sa profession «dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne humaine»<sup>50</sup>.

Prendre la décision de ne pas être opéré et donc d'en mourir à plus ou moins brève échéance ne signifie pas qu'il s'agit là d'une mauvaise décision<sup>51</sup> et ce choix, si libre et éclairé, doit être respecté; du même coup, des sommes importantes peuvent être épargnées et contribuer à accélérer l'accès aux soins à d'autres patients.

Puisse cette vision sembler mercantile, elle n'en demeure pas moins une réalité positive de la liste d'attente que certains auteurs ont exprimé ainsi :

«Long waits for needed procedures are clearly far from ideal. However, we hypothesize that carefully managed and limited surgical queueing may actually be beneficial. It allows patients time for sober second thoughts, and, above all, helps ensure that resources are used more efficiently and appropriately».<sup>52</sup>

Ne pourrions-nous pas également penser que l'absence de liste d'attente suppose

<sup>49</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.29.

<sup>50</sup> *id.*, art. 2.03.01.

<sup>51</sup> Pauline LESAGE-JARJOURA, Jean LESSARD, Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale*, Les éditions Yvon Blais, Cowansville, 1995, p.24.

<sup>52</sup> C. David NAYLOR, Carey M. LEVINTON and Ronald S. BAIGRIE, « Adapting to Waiting Lists for Coronary Revascularization, Do Canadian Specialists Agree on Which Patients Come First ? », *Chest* no.101, March 1992, p.721.

qu'un nombre de lits ou de salles d'opération a été distribué de façon inadéquate parmi les spécialités médicales et chirurgicales ? Et par conséquent l'absence de liste d'attente en chirurgie cardiaque pourrait-elle laisser soupçonner que même les patients à la limite de l'opérabilité subiraient une chirurgie ?

«No queues for surgery may presuppose excess bed or operating room capacity that sits idle, allowing any case of whatever level of urgency to be done virtually at once (...) unfilled hospital beds and excess operating room capacity could conceivably power decision thresholds for undertaking procedures<sup>53</sup> ».

Comme autre aspect positif, l'existence d'une liste d'attente oblige les médecins à évaluer leur cas avec plus de rigueur et de précision pour réduire au maximum les délais d'attente. Finalement, la liste d'attente permet de contrôler et d'assurer l'accès le plus juste possible aux services de santé. En contrepartie, une longue liste d'attente présente une gamme d'inconvénients .

## 2. Aspect négatif

Le système de santé canadien se révèle satisfaisant à bien des égards mais il existe des lacunes. La liste d'attente demeure le plus gros problème : elle constitue le premier obstacle à recevoir des services de santé requis par l'état du patient.

Rappelons-nous que le patient a dû dans un premier temps, franchir une série d'embûches afin de voir un médecin omnipraticien, puis un cardiologue et enfin un

---

<sup>53</sup> C. David NAYLOR, John Paul SZALAI, Marko KATIE, « Benchmarking the vital risk of waiting for coronary artery bypass surgery in Ontario », *Canadian Medical Association Journal*, March 21, 2000;162(6), p. 775.

chirurgien cardiaque. Une fois le problème de santé bien défini, il faut « franchir » la liste d'attente. Attendre quelques heures au service de l'urgence ou quelques jours ou semaines pour voir son médecin de famille peut irriter la patience mais il n'en demeure pas moins un « inconvénient normal ». Mais attendre entre trois et six mois pour subir une chirurgie cardiaque tient davantage du risque que de l'inconvénient.

« Docteur, aurait-il guéri s'il avait été opéré plus tôt? » demandera la famille du patient dont la chirurgie a eu des conséquences dramatiques. L'attente prolongée dans le cas de certaines pathologies (cancer, cardiopathies, anévrismes) engendre un effet dévastateur sur la progression de la maladie : le cancer opérable au moment de la consultation devient, à cause de sa progression fulgurante, inopérable, la plastie mitrale envisagée évolue vers un remplacement de valve et l'anévrisme menace une rupture entraînant une mort certaine. La maladie cardiaque est une maladie dont la détérioration se fait presque sournoisement et un malade inscrit sur la liste d'attente peut souffrir de complications beaucoup plus tôt que prévu. Si une longue attente ne semble pas avoir d'impact à court terme sur le taux de réussite des interventions de revascularisation\*, elle peut compromettre la qualité de la vie en prolongeant indûment l'anxiété et les craintes du malade dans la période pré-opératoire et elle peut faire toute la différence dans la qualité de vie postopératoire. Pour certaines pathologies cardiaques (ex.: sténose\* aortique et mitrale) après quelques mois d'attente, la chirurgie n'apporte plus les bienfaits escomptés puisqu'un processus de détérioration cardiaque irréversible peut s'être installé durant ce temps. Le stress

causé par l'attente d'une chirurgie est un facteur important dans la problématique cardiaque et peut entraîner des modifications physiologiques augmentant la souffrance du cœur. Le patient risque une détérioration non monitorisée de sa condition et peut passer d'un état stable à un état instable avec une morbidité associée et un risque plus élevé lors de la chirurgie entraînant une diminution du potentiel bénéfique de revascularisation. L'attente l'oblige à réduire ses activités physiques et parfois même son travail. Un cercle vicieux s'installe : manque à gagner - perte de l'estime de soi - suppression du système immunitaire - détérioration de l'état - risques postopératoires augmentés - séjour à l'hôpital prolongé - coût de santé plus élevé et donc moins d'argent à réinvestir dans le système de santé pour diminuer les listes d'attente.

En Ontario, des statistiques révèlent que un patient sur 250 meurt pendant la période d'attente et comme le rapporte l'auteur, même si cinq fois plus de décès surviennent en période postopératoire (probablement causés en partie par une augmentation des risques à la période d'attente), la famille a au moins l'impression que « tout ce auquel le patient avait droit a été fait<sup>54</sup> ».

L'aspect financier est également non négligeable : 37% des malades inscrits sur les liste d'attente ont dû prendre un congé de maladie en raison de leur état

---

<sup>54</sup> Helen JOHANSEN, Cyril NAIR et Gregory TAYLOR, « Variations ayant trait à l'angioplastie et au pontage, Rapport sur la santé », Statistiques Canada, Ottawa, hiver, 1998, vol.10, no.3, p.76, également, *Le Devoir*, vendredi 8 octobre 1999, p. A10, une lectrice explique que son père est mort dix jours après une chirurgie cardiaque: elle affirme que son père a beaucoup souffert de l'attente de 4 mois avant d'être opéré. « J'ai la nausée à la pensée que mon père est peut-être mort à cause d'une liste d'attente » écrit-elle. Objectivement, nous pourrions penser qu'il serait mort même opéré 4 mois avant, mais l'anxiété et l'impuissance de la famille vécues pendant l'attente permettent de cibler une raison précise à cette mort : le long délai avant la chirurgie.

cardiaque<sup>55</sup>, 32% ont vu diminuer leur revenu et 20% ont fait état de difficultés financières (aussi grave qu'hypothéquer leur maison). Une invalidité prolongée avant la revascularisation semble aussi réduire les chances de reprendre le travail après l'opération.<sup>56</sup>

La longue attente actuelle présente beaucoup plus de désavantages que d'avantages réels et le problème n'existe pas seulement dans le domaine de la chirurgie; que dire des malades cancéreux en attente de radiothérapie? Est-il normal que ces personnes doivent se tourner vers les États-Unis pour trouver rapidement les soins auxquels elles ont droit?<sup>57</sup> Est-il normal qu'un patient porteur d'un anévrisme\* abdominal de plus de cinq centimètres se promène avec sa « bombe à retardement » pendant plus de cinq mois alors que les recommandations sont à l'effet qu'un patient porteur d'un tel anévrisme doit être opéré dans les plus brefs délais? Et si on portait au compte de la santé et des services sociaux le temps perdu par l'ensemble de la population à attendre des soins?

### 3. Théorie de l'autruche

Le désavantage d'une liste d'attente est sa « non-visibilité ». On sait qu'elle existe mais on ne voit pas « physiquement » le patient qui est en attente à domicile : ce

---

<sup>55</sup> R. MULGAN et R.L. LOGAN, «The Coronary Bypass Waiting List : a Social Evaluation », *New Zealand Medical Journal*, 103, (895), 1990, p. 371-372.

<sup>56</sup> G.DUPOUIS, F. KENNEDY, J.PERREAULT et al., « The Hidden Costs of Delayed Bypass Surgery », *Clinical & Investigative Medicine*, 13, supplement, 1990, p. C35 (1), p. 78.

<sup>57</sup> Renald DUTIL, « Le réseau de la santé au Québec : un examen général s'impose », *Le Devoir*, éditorial, jeudi 30 septembre 1999, p. A-6.

patient n'exerce plus la pression qu'il aurait exercée sur le système s'il avait été hospitalisé; il «n'encombre» plus le système. Nous avons l'impression que la liste d'attente est « virtuelle » pour certains et que les patients y sont faussement en sécurité. Pourtant, les médias ont largement fait état de la mortalité qui survenaient sur la liste d'attente, y avançant des chiffres aussi paniquant que deux ou trois décès par semaine<sup>58</sup>. Comme peu de lits sont octroyés en cardiologie proportionnellement au pourcentage de la population souffrant de problèmes cardiaques, le réflexe du cardiologue est de « libérer » ces lits rapidement afin de faire bénéficier d'autres malades cardiaques en attente à l'urgence d'une hospitalisation. D'ailleurs faut-il le souligner, l'hôpital entier respire au rythme de cette urgence. Quand l'urgence déborde, tous les efforts se concentrent sur le « désengorgement » des salles et corridors surchargés, ceci au détriment des admissions électives. Lorsqu'un patient est hospitalisé en attente d'une intervention cardiaque, le cardiologue veut qu'il soit opéré rapidement pour « libérer le lit »: la pression interne fait oublier les patients qui pourtant après cinq ou six mois d'attente à domicile, présentent un état clinique parfois similaire ou pire que celui qui est hospitalisé. La pression des gestionnaires qui demandent de réduire la durée de séjour et incitent à retourner les patients en ambulatoire encourage l'installation d'une certaine inéquité. La menace de faire

---

<sup>58</sup> Robert DUTRISAC, « 34 cardiologues en colère », *Le Devoir*, Mercredi 19 avril 2000, p. A1. : Dans cet article, Dr Doyle, président de l'Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec, affirme qu'au Québec, il y a de trois à six décès par mois sur la liste d'attente en chirurgie cardiaque où 1000 patients y sont inscrits. Il n'en fallait pas plus pour semer la panique dans la population.

mettre l'institution en tutelle par le Ministère de la Santé<sup>59</sup> si les budgets présentés ne sont pas équilibrés pèse lourd dans leur comportement au détriment d'une population qui ignore parfois les enjeux politiques qui se cachent derrière les excuses données pour expliquer l'annulation d'une chirurgie<sup>60</sup>.

Les chirurgiens cardiaques présentent un comportement similaire aux cardiologues : le patient assis devant eux devient *le plus important, le plus urgent*. Par contre, si le cardiologue a bonne conscience en référant rapidement leur malade au chirurgien, ce dernier a l'odieux de lui dire que même si sa pathologie doit être traitée le plus rapidement possible, il doit composer avec les contraintes administratives et être le plus intègre possible envers tous les patients. Être intègre ne veut pas dire lui cacher le degré de gravité de sa pathologie mais il doit respecter un certain « ordre d'arrivée » sur la liste d'attente tout en tenant compte du degré de priorisation accordé à chacun, le tout en concordance avec les ressources hospitalières disponibles. Mais comment un médecin peut-il contribuer à la diminution des coûts de santé sans renier son éthique personnelle et professionnelle?

Le coroner Dandavino<sup>61</sup> trouve inacceptable qu'on doive faire porter le fonctionnement du système sur les épaules du médecin : « Le médecin prend une décision pour aider le système, mais s'il arrive quelque chose, c'est à lui d'en

---

<sup>59</sup> André DUCHESNE, *supra*, note 39 : « Madame Marois prévoit dans un premier temps travailler avec les établissements et leur donner des moyens « aidants » pour redresser la situation. Mais il y a d'autres moyens, allant jusqu'à la tutelle » si la situation perdure ».

<sup>60</sup> P. BRETON, *op. cit.*, note 35.

<sup>61</sup> GONDOIS, Michel, « Gestion des listes d'attente : il est urgent d'établir des critères », *L'Actualité médicale*, vol. 18, no. 25, 8 juillet 1998, p. 17.

supporter les conséquences! ». Dr Dandavino rajoute qu'il est dommage à ce chapitre « que les hôpitaux se préoccupent davantage de la gestion des lits que de celle des malades » et qu'il ne revient pas au médecin « de choisir qui va risquer de mourir pour satisfaire à un budget! »

Il est clair que la pression interne exercée en milieu hospitalier favorise une mauvaise gestion des listes d'attente; elle incite à laisser dans l'ombre ces «anonymes» qui attendent patiemment leur chance de se faire opérer dans un délai respectable. Ces derniers mettent leur vie en arrêt, suspendus au téléphone qui un jour, sonnera pour les aviser que leur tour est enfin arrivé.

### Chapitre III - La responsabilité civile

Les listes d'attente soulèvent également des questions fort importantes sous l'angle de la responsabilité civile de l'hôpital et du médecin. Avant d'aborder en détail ces éléments, il importe de bien comprendre les principes qui régissent la responsabilité civile soit les notions de faute, dommage et lien de causalité.

Ces conditions énoncées aux articles 1457 et 1458 du *Code civil du Québec* définissent les conditions de la responsabilité contractuelle (art. 1458) et celle de la responsabilité extra-contractuelle (art. 1457).

1457: Toute personne a le devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer de préjudice à autrui.

Elle est, lorsqu'elle est douée de raison et qu'elle manque à ce devoir, responsable du préjudice qu'elle cause par cette faute à autrui et tenue de réparer ce préjudice, qu'il soit corporel, moral ou matériel.

Elle est aussi tenue de réparer le préjudice causé à autrui par le fait ou la faute d'une autre personne ou par le fait des biens qu'elle a sous sa garde.

1458: Toute personne a le devoir d'honorer les engagements qu'elle a contractés. Elle est, lorsqu'elle manque à ce devoir, responsable du préjudice, corporel, moral ou matériel, qu'elle cause à son cocontractant et tenue de réparer ce préjudice : ni elle ni le cocontractant ne peuvent alors se soustraire à l'application des règles du régime contractuel de responsabilité pour opter en faveur de règles qui leur seraient plus profitables.

Tel que nous le verrons plus loin, les règles qui régissent la condition juridique d'un patient sur la liste d'attente relèvent généralement de la responsabilité

contractuelle du médecin et de l'hôpital. Regardons en premier lieu en quoi consiste le contrat de soins médicaux.

## A. Le contrat de soins

### 1. La définition du contrat

Le Code civil du Québec à l'article 1378 nous dit que le contrat naît d'un « accord de volonté, par lequel une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres à exécuter une prestation ». C'est à travers ce prisme de la responsabilité civile que le contrat médical tire sa définition; Mémeteau<sup>62</sup> cite à cet effet l'arrêt du tribunal fédéral suisse, rendu le 10 juin 1892 :

« Il y a lieu d'admettre qu'il existe, entre un malade et le médecin qui se charge, sur sa demande, de le soigner moyennant le paiement d'honoraires (comme en l'espèce), un rapport contractuel qui doit être apprécié d'après les règles sur le contrat de louage de services ».

Selon certains auteurs<sup>63</sup>, le contrat serait précédé d'un « avant-contrat », ou promesse de contrat qui consiste à un engagement de contracter à une date ultérieure. Cette période pré-contractuelle consiste à la prise de rendez-vous pour voir le médecin et se termine quand le patient se présente à ce rendez-vous et que le médecin le reçoit.

---

<sup>62</sup> Gérard MÉMETEAU, « Questions sur l'influence du droit français sur le droit de la responsabilité médicale », (1995) 29 *R.J.T.* 31, p.113.

<sup>63</sup> P.LESAGE-JARJOURA, J.LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *loc.cit.*, note 51, p.8.

## 2. La naissance du contrat

Le contrat prend forme autant en milieu hospitalier qu'en bureau privé, avec la possibilité de s'adresser au médecin de son choix<sup>64</sup>. Il consiste en un échange de consentement entre des personnes capables de contracter<sup>65</sup>. Dès 1934, le jugement Bordier<sup>66</sup> posait le principe que « lors de la première entrevue entre la demanderesse et le défendeur, un contrat a pris naissance en vertu duquel le défendeur s'est engagé à donner des soins à la demanderesse [...]. Un peu plus tard, en 1957, l'arrêt *X. c. Mellen*<sup>67</sup> permet au juge Bissonnette d'écrire que « dès que le patient pénètre dans le cabinet de consultation du médecin, prend naissance entre celui-ci et le malade, par lui-même ou pour lui-même, un contrat de soins professionnels ». Or, si le patient peut choisir son médecin, ce dernier ne choisit pas ses patients : il se les voit imposer et les accueille à tour de rôle à son bureau; il apprend à les connaître à travers les échanges qu'ils font ensemble. Mais peut-il refuser un patient? Effectivement, il n'est pas obligé de répondre aux demandes de tous<sup>68</sup>, sauf en cas d'urgence<sup>69</sup>. Il ne peut être forcé de recommander ou d'appliquer un traitement indiqué ou demandé si ce traitement va à l'encontre de ses convictions morales ou religieuses; dans ce cas, il doit référer le patient à un confrère<sup>70</sup>. Également, les articles 2.03.52 et 2.03.49

---

<sup>64</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précitée, note 21, art.6.

<sup>65</sup> C.c.Q., art. 1385.

<sup>66</sup> *Bordier c. S.*, [1934] 72 C.S. 316.

<sup>67</sup> [1957] B.R. 389,408.

<sup>68</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précitée, note 21, art. 6.

<sup>69</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.47.

<sup>70</sup> *Id.*, voir les art. 2.03.05 et 2.03.06.

de son code de déontologie<sup>71</sup>, lui demandent de ne pas traiter son conjoint et ses enfants et d'éviter les situations de conflits d'intérêts. Par contre, selon l'article 2.03.05<sup>72</sup>, il ne peut refuser de traiter un patient pour des raisons liées à la nature de la maladie présentée ou pour des raisons de mœurs, de convictions politiques ou de langue.

### 3. La nature du contrat

Le contrat médical est qualifié d' *intuitu personae* puisque le médecin ne peut pas se faire remplacer sans le consentement du patient. Ce contrat qui puise sa source dans la relation de confiance que ce dernier témoigne à l'égard du médecin est la principale relation juridique patient-médecin. Il s'établit, la plupart du temps, d'une façon volontariste et engage le médecin à poser un diagnostic, à prescrire un traitement et à en assurer le suivi. Dans certains cas d'urgence, l'échange des volontés est inexistant, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il y a absence d'obligations : l'article 1457 du *Code civil* énonce que « toute personne a le devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer de préjudice à autrui ». Il semble aujourd'hui acquis qu'il existe une relation contractuelle entre le patient et l'institution hospitalière permettant ainsi d'entraîner la responsabilité de cette dernière.

---

<sup>71</sup> précité, note 47.

<sup>72</sup> *Id.*

#### 4. Le contrat : générateur de droits et d'obligation

Lorsque le contrat survient entre deux personnes consentantes, libres et aptes, il génère pour les deux parties des droits et des obligations. Il est certain que la plus grande partie des obligations repose sur les épaules du médecin. Ses obligations consistent d'abord à renseigner afin d'obtenir un consentement libre et éclairé, à fournir des soins qui exigent d'abord de poser un diagnostic juste sur la condition du patient selon les données objectives et subjectives dont il dispose et à soigner selon les règles de l'art en prescrivant et en administrant le traitement adéquat, et finalement, à assurer un suivi au patient ainsi que l'assurance de garder le secret professionnel.

Nous développerons ultérieurement le contenu spécifique des divers éléments du contrat de soins lors de l'analyse de la responsabilité des médecins impliqués dans la gestion de la liste d'attente.<sup>73</sup>

Le patient, pour sa part, doit collaborer avec le médecin au mieux de sa connaissance, faire preuve de franchise, accepter ses directives et il lui revient de faire preuve de bon sens<sup>74</sup> en lui divulguant toute l'information pertinente à sa condition.

#### 5. La responsabilité extra-contractuelle

Ce régime de responsabilité s'applique lorsqu'il n'y a pas de contrat entre les parties. Dans le contexte de l'analyse de l'encadrement juridique des listes d'attente, les rapports entre les parties seront essentiellement régies sauf dans certains cas

---

<sup>73</sup> *Infra*, p.87 et ss.

<sup>74</sup> P.LESAGE-JARJOURA, J.LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *op.cit*, note 51, p.21.

d'urgence, par les règles de la responsabilité contractuelle.

Pour l'hôpital, la loi lui impose des obligations qui se rattachent à des services d'hôtellerie et d'hébergement ainsi qu'à la dispensation de services professionnels médicaux au sens large du terme : médecins, dentistes, infirmières, pharmaciens, service de radiologie, de laboratoires, etc. La décision récente de la cour d'appel dans l'affaire *Irène Camden-Bourgault c. Dr Pierre Brochu*<sup>75</sup> définit maintenant les rapports patient-hôpital dans un contexte extra-contractuel dans la mesure où les obligations de l'hôpital lui sont imposées par la loi et ne résultent pas de l'existence d'un contrat hospitalier.

En conséquence, nous ne développerons pas davantage ce régime de responsabilité, et ce, d'autant plus que les conditions relatives à la faute, au dommage et à la causalité s'analysent de la même manière, peu importe que nous soyons dans le cadre contractuel ou extra-contractuel.

## B. Conditions de la responsabilité civile

### 1. La faute

#### a) définition

La faute est à la base du droit commun en responsabilité civile<sup>76</sup> et c'est sur cette notion que repose le fondement de la responsabilité médicale. Elle doit être commise

---

<sup>75</sup> [1996] R.R.A. 809 et 810. (C.A.) 200-09-000914-967.

<sup>76</sup> Jean-Louis BAUDOIN et Patrice DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, 5<sup>e</sup> éd., Cowansville, Les éditions Yvon Blais, 1998, p.56, no 77 et p. 95, no. 124 :« La faute reste malgré tout en droit québécois l'impératif catégorique de la responsabilité civile. »

par une personne douée de raison mais à elle seule, son existence n'est pas suffisante pour entraîner la responsabilité : il faut la présence d'un préjudice et qu'il soit la conséquence directe et immédiate de ladite faute<sup>77</sup>. Le professeur Baudoin affirme que chaque individu dans la société a l'obligation de bien se comporter à l'égard d'autrui et que la faute se définit précisément comme le manquement à cette obligation<sup>78</sup>. Pourtant, en responsabilité médicale, il ne faut pas conclure hâtivement que dès qu'il y a un préjudice causé par un traitement médical, il y a automatiquement chez le médecin une faute entraînant responsabilité, chaque affaire étant un cas d'espèce. Il faut distinguer en médecine ce qui relève de l'art médical de ce qui relève de la technique médicale et dans toute faute, il est évidemment indispensable de tenir compte des circonstances particulières<sup>79</sup>, notamment des informations transmises par le patient<sup>80</sup>. On pardonnera plus facilement un diagnostic erroné lorsqu'il a été fait dans une situation d'urgence ou lorsque la maladie est très rare<sup>81</sup>. Comme l'écrit Kornprobst dans son ouvrage *Responsabilité du médecin*, cité par l'Honorable juge André G. Biron dans *Cloutier c. Ahad*<sup>82</sup>, il faut distinguer parmi les erreurs de diagnostic :

<sup>77</sup> *Id.* p. 57, no. 79.

<sup>78</sup> *Id.*, p. 97 et s., n<sup>os</sup> 126 et s.

<sup>79</sup> Alain BERNARDOT et Robert KOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions Revue de droit, 1980, p. 199.

<sup>80</sup> *Sirois c. Baillargeon*, J.E.07-179 (C.A.); *Bureau c. Dupuis* [1997] R.R.A. 459.

<sup>81</sup> *Barreau c. Dupuis*, [1997] R.R.A. 459.

<sup>82</sup> J.E., 80-514 (C.S.) : Une périartérite noueuse a été diagnostiquée chez une jeune femme de 17 ans. Par conséquent, elle fut soumise à un traitement consistant à recevoir de fortes doses de cortisone ce qui provoqua l'apparition du syndrome de Cushing. Ici, on a cru à tort, déceler une maladie rare et insidieuse alors qu'il s'agissait tout probablement selon les experts, d'une glomurélite focale légère dont l'évolution à long terme peut devenir assez grave.

« Car il y a le diagnostic faux ou erroné, celui qui prend une maladie pour une autre; il y a le diagnostic qui n'aperçoit pas l'adversaire, pour ainsi dire, l'examen qui, pour employer une expression courante chez les professionnels, « *passé à côté* »; et puis, il y a le diagnostic inexistant, le travail bâclé, l'œuvre mal faite. Ce serait un tort de les confondre car ils ne révèlent ni la même carence, ni la même compétence, et n'ont pas la même gravité ».

Pour aider à départager la responsabilité, la doctrine et la jurisprudence reconnaissent l'existence de certains principes généraux qui servent de guide en matière de responsabilité médicale.

b) Distinction entre faute et erreur

La Cour suprême du Canada fait une distinction entre une erreur de jugement et une faute professionnelle<sup>83</sup>. Le médecin n'est pas infallible; il faut dès lors accepter qu'il puisse faire des erreurs de jugement. Il peut arriver dans un contexte particulier, avec les connaissances qu'il a et les moyens dont il dispose qu'un médecin ne soit pas responsable d'un mauvais diagnostic, d'une erreur technique ou de ce qui pourrait sembler une erreur de jugement.

Certains événements s'avèrent être réellement une faute: dans *Laurent c. Hôpital Notre-Dame de L'Espérance*<sup>84</sup>, le médecin néglige de faire une radiographie à un patient qui a fait une chute. Par la suite, on s'aperçoit que le patient souffre d'une fracture du fémur. Il ne s'agit pas d'une erreur excusable mais bel et bien d'une

---

<sup>83</sup> *Lapointe c Legardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351 p. 353.

<sup>84</sup> [1978] 1 R.C.S. 605.

faute. D'autres circonstances ne prouvent tout simplement pas qu'il y a causalité entre la présumée faute et le dommage. Dans *Côté c. Drolet*<sup>85</sup>, le juge Vallerand rappelle «que le médecin a une obligation de moyen mais pas de résultat et que l'erreur, qu'il s'agisse du diagnostic ou d'autre chose, n'emporte pas en soi la faute». Il faut voir ici ce qu'un confrère prudent et diligent aurait fait dans les mêmes circonstances. Pour déterminer si sa conduite relève d'une simple erreur non fautive ou d'une faute professionnelle, il faut déterminer si l'erreur s'est produite bien que les règles de l'art aient été respectées<sup>86</sup>, ou sinon, si l'erreur découle du non respect des règles de l'art, elle sera alors fautive. Baudoin<sup>87</sup> explique que la distinction entre l'erreur et la faute part du principe qu'une erreur médicale dans le diagnostic ou le traitement peut être excusable et donc ne pas constituer un comportement atteignant le standard de la faute civile. Cette distinction apporte la notion d'erreur fautive et non fautive. L'erreur non fautive serait le résultat d'un comportement reflétant une maladresse qui aurait pu être commise par un praticien normalement prudent et

---

<sup>85</sup> [1978] 1 R.C.S..A. p.16.

<sup>86</sup> *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, précitée, note 81. Il s'agit ici d'une fillette qui a subi une coupure grave à un coude et qui a causé une hémorragie. L'enfant a été amené à l'hôpital Le Gardeur et le médecin de la salle d'urgence, lorsqu'il s'est rendu compte qu'il ne pouvait pas réparer l'artère lésée, a décidé de transférer l'enfant à un hôpital pédiatrique sans lui donner de transfusion sanguine. La patiente était dans un état de pré-choc et peu de temps après son arrivée à l'hôpital Ste-Justine, elle a subi un important arrêt cardiorespiratoire entraînant une incapacité complète et permanente. Comme Dr Cossette, témoin-expert, l'a mentionné, le médecin de l'urgence, eu égard aux circonstances et aux équipements présents et à son expérience, a jugé qu'il était allé au bout de ses ressources et n'avait d'autres choix que de transférer l'enfant dans un milieu qui pouvait faire la suite du traitement requis. Le juge Vallerand, de première instance, a conclu que le médecin de l'urgence avait sagement exercé son jugement en décidant de transférer la patiente à l'hôpital Ste-Justine, ce qui fut également reconfirmé par la Cour suprême.

<sup>87</sup> Jean-Louis BAUDOIN et Patrice DESLAURIERS, *op. cit.*, note 76, p.856, no.1426.

diligent. Selon Baudoïn<sup>88</sup>, l'introduction de la notion d'erreur reflète « le constat que la médecine n'étant pas une science exacte, et le médecin n'étant pas tenu à une obligation de résultat, il reste certaines hypothèses où un patient peut subir un préjudice dont, pourtant, le médecin ne sera pas tenu responsable ».

c) Les critères d'appréciation de la faute

Le médecin peut encourir deux types de responsabilité : il peut être poursuivi pour des fautes professionnelles qu'il a commises dans l'exercice de sa profession et il peut être tenu responsable des fautes d'autrui, principalement des personnes qui travaillent sous son autorité. Dans un cas ou dans l'autre, l'établissement de la faute se fait sur des critères comparatifs pour déterminer si la conduite du médecin est conforme à ce qui est attendu de lui.

• L'appréciation *in concreto* (norme subjective)

L'appréciation dite *in concreto*<sup>89</sup> consiste à se demander si le médecin, comparé à sa conduite habituelle, a fait de son mieux, ce qui dans le domaine de la médecine est généralement le cas. Dans cette perspective, il y a faute si son comportement n'est pas conforme à celui qu'il a l'habitude d'avoir et il serait presque impossible d'obtenir sa condamnation, à moins de prouver une faute intentionnelle ou lourde. Inversement, celui qui a toujours montré la plus grande prudence serait responsable

---

<sup>88</sup> *Id.*, no. 1427.

<sup>89</sup> J.L. BAUDOÏN et P.DESLAURIERS, *op. cit.*, note 76, p.111 no 152; A. BERNARDOT et R.P. KOURI, *op.cit.*, note 79, p.11. no 20.

de la plus légère entorse à sa conduite habituelle<sup>90</sup>. Cette méthode d'appréciation pourrait encourager la médiocrité chez un médecin généralement peu consciencieux et soucieux de la qualité de ses soins. Ce premier critère met donc un accent particulier sur la personnalité de l'individu, son mode de vie, ses habitudes, ses réflexes, son intelligence, ses qualités et ses défauts mais soulève des objections sérieuses. Cette approche ne tient pas compte des attentes de la société et de ce qu'elle est prête à accepter comme comportement de la part de ses membres. Cette façon d'analyser un événement a été rejeté et la responsabilité civile s'est tournée vers une deuxième avenue : l'appréciation dite *in abstracto*.

- L'appréciation *in abstracto* ( norme objective)

L'appréciation *in abstracto* prévaut en responsabilité civile puisqu'elle a l'avantage d'une plus grande souplesse en tenant compte des normes que la société est prête à accepter au moment du fait. Par exemple, un cardiologue qui n'aurait pas référé son patient présentant des symptômes angineux typiques d'une lésion coronarienne à un chirurgien cardiaque il y a trente ans n'aurait certainement pas été blâmé puisque la chirurgie cardiaque commençait à peine à découvrir la faisabilité des pontages coronariens. La juge L'Heureux-Dubé dans *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*<sup>91</sup> fait d'ailleurs la mise en garde suivante :

---

<sup>90</sup> J. L. BAUDOIN et P. DESLAURIERS, *op.cit.*, note 76, p.111, no 152.

<sup>91</sup> *Lapointe c. Le Gardeur*, précité, note 83, p.362-363.

« Les tribunaux doivent prendre garde de ne pas se fier à la vision parfaite que permet le recul. Pour évaluer équitablement un exercice particulier du jugement, il faut tenir compte de la possibilité limitée du médecin, lorsqu'il décide de la conduite à suivre, de prévoir le déroulement des événements. Sinon, le médecin ne sera pas évalué selon les normes d'un médecin de compétence raisonnable placé dans les mêmes circonstances, mais il sera plutôt tenu responsable d'erreurs qui ne sont devenues évidentes qu'après les faits [...] ».

L'appréciation dite *in abstracto*, ou critère du modèle abstrait, examine par comparaison le comportement qu'a eu le professionnel en cause avec le comportement qu'aurait eu un professionnel raisonnablement prudent et diligent, habile et compétent, indépendant de l'auteur du dommage mais non pas infaillible<sup>92</sup>. Cette norme objective ne tend pas à démontrer si le médecin a transgressé les normes mais bien à comparer les faits et gestes du médecin avec les règles de l'art reconnues. Il n'exige pas une infaillibilité totale de la conduite humaine<sup>93</sup>. Cette façon d'analyser la situation est devenue le barème d'évaluation privilégiée de la doctrine et la jurisprudence. La doctrine ne parle plus d'une conduite « normalement » adoptée par le médecin en pareilles circonstances, mais la conduite « standard » qu'aurait adoptée un médecin « raisonnablement prudent, diligent et compétent<sup>94</sup> ». Bien sûr, il faut relativiser ce critère abstrait puisqu'on doit tenir

---

<sup>92</sup> P.LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S.PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 51, p.39 et André LAJOIE, Patrick A. MOLINARI et Jean-Marie AUBY, *Traité du droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, P.U.M., 1981, p.692, no. 1098.

<sup>93</sup> J.L. BAUDOIN et P. DESLAURIERS, *op.cit.*, note 76, p. 112, no 153.

<sup>94</sup> P. DESCHAMPS, «L'obligation de moyens en matière de responsabilité médicale», (1990-91) 58 *Ass. p. 577*.

compte des circonstances telle une situation d'urgence<sup>95</sup> et également de la spécialisation particulière du médecin. Ainsi, un cardiologue sera évalué en fonction du standard du cardiologue prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances<sup>96</sup>. Par ailleurs, il importe que le médecin « ne sorte pas de son champs de compétence puisque s'il le fait, il risque fort d'être comparé au spécialiste dont relève l'acte posé, car il aurait dû, dans ce cas, référer le patient »<sup>97</sup>.

La faute médicale se traduit donc par une violation de la norme de conduite objective du médecin raisonnablement compétent et habile placé dans les mêmes circonstances que le médecin en cause<sup>98</sup>. Elle peut être une faute d'omission ou une faute d'action concernant généralement les obligations médicales suivantes : renseigner le patient, obtenir son consentement, le soigner, le suivre et finalement lui assurer le respect du secret professionnel.

Nous avons déterminé que pour vérifier s'il y avait faute ou non, le médecin concerné était comparé à des confrères; toutefois, si une norme de conduite fait appel à la comparaison, elle fait également référence à des obligations à remplir par ce dernier.

Nous retrouvons trois degrés d'intensité possible : obligation de résultats, de moyens et de garantie. En pratique médicale, hormis quelques situations particulières, l'obligation du médecin en est une de moyens.

---

<sup>95</sup> *Béliveau c. Circillio*, [1997] R.R.A. 884 (C.Q.p.c.); également *Lacroix c. Léonard*, [1992] R.R.A.p.799 à 807.

<sup>96</sup> *Ter Neuzen c. Korn*, [1995] 3 R.C.S. 674 : *Dubois c. Gaul*, [1989] R.J.Q. 1260,1266 (C.S.).

<sup>97</sup> P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 51, p. 41.

<sup>98</sup> *Vigneault c. Mathieu*, [1991] R.J.Q 1607 (C.A.).

d) L'intensité de l'obligation

Selon la loi, ni le médecin, ni l'hôpital ne se sont engagés à garantir le résultat escompté par le patient, soit la guérison. Le *Code de déontologie des médecins*<sup>99</sup> oblige les médecins à s'abstenir de garantir, directement ou indirectement, expressément ou implicitement, la guérison d'une maladie. Par contre, ils doivent prendre tous les moyens possibles et raisonnables pour parvenir à ce but. Le médecin est donc généralement tenu à une obligation de moyens.

• l'obligation du médecin : une obligation de moyens

Il est difficile en médecine d'exiger une garantie quant au résultat d'un traitement puisque l'exercice de celle-ci demeure toujours un art aux possibilités souvent incertaines. L'obligation du médecin envers ses patients consiste en une obligation de moyens<sup>100</sup> ou de diligence,<sup>101</sup> c'est à dire donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science médicale.<sup>102</sup> Cette obligation s'inscrit dans un tout où les transformations scientifiques d'une part et le contenu historique d'autre part jouent un rôle important. Le médecin doit, dans le diagnostic et le traitement, se comporter comme un médecin raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances en employant les meilleurs moyens

---

<sup>99</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.13.

<sup>100</sup> J.L. BAUDOIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 76, p.850, no.1419. Également, *Lapointe c. Legardeur*, précité, note 83, p. 362.

<sup>101</sup> Paul André CRÉPEAU, *L'intensité de l'obligation juridique, ou des obligations de diligence, de résultat et de garantie*, Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec, Cowansville, éditions Yvon Blais, 1989, no.11, p.7.

<sup>102</sup> André LAJOIE, Patrick A. MOLINARI et Jean-Marie AUBY, *op.cit.*, note 92, p.690, no.1094.

possibles sans toutefois en garantir l'issue<sup>103</sup>. Si le résultat souhaité ne se produit pas, il ne peut être reproché au médecin cette absence de guérison s'il s'est conduit avec prudence, diligence, habileté comme l'aurait fait un autre médecin raisonnable et qu'il a utilisé des méthodes reconnues auxquelles on est en droit de s'attendre de lui. Par contre, si le médecin promet un résultat à son patient, ce dernier peut lui réclamer une indemnisation dans le cas d'un résultat non atteint. C'est ce qui est arrivé à un chirurgien orthopédiste qui avait promis à une patiente souffrant de malformation au poignet, une amélioration de sa situation, ce qui ne s'est pas produit<sup>104</sup>.

Dans la pratique médicale, certaines circonstances, quoique rares, entraînent une obligation de résultats.

- L'obligation du médecin : parfois une obligation de résultats

Par contre, s'il est difficile de prouver une erreur « technique » chirurgicale, la faute peut se glisser à d'autres niveaux par rapport aux obligations générales qu'un médecin doit avoir envers ses patients. Il peut mal évaluer un patient, sous-estimer son état et ainsi mal le prioriser sur la liste d'attente, il peut avoir manqué à son devoir d'information, il peut ne pas donner le suivi auquel un patient est en droit de s'attendre à partir du moment où il est inscrit sur la liste d'attente jusqu'au séjour post-opératoire.

---

<sup>103</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.13.

<sup>104</sup> *Fiset c. St-Hilaire*, [1976] C.S. 994 : La patiente souffrait de la maladie de Madelung.

Dans certaines spécialités, les interventions médicales dépendent du matériel utilisé et de la technique; l'obligation du médecin peut alors devenir une obligation de résultat. En anesthésie par exemple, on ne pourrait pas blâmer le médecin si le patient fait une réaction importante à un produit anesthésiant ; par ailleurs, il peut se voir imputer une faute s'il y a défaut de surveillance adéquate de l'appareillage utilisé pendant l'intervention et qu'il en résulte un préjudice. Dans *Covet c. Jewish General Hospital*<sup>105</sup>, Monsieur le juge Bisailon rappelle qu'il est du devoir de l'anesthésiste d'assurer la sécurité du malade qui lui est confié en mesurant les risques et choisissant les moyens propres à les prévenir, «la légèreté dans la préparation, l'oubli d'une précaution essentielle et le défaut de vigilance dans l'exécution proprement dite, constituent des fautes dont l'anesthésiste est responsable.»<sup>106</sup>. Par contre, dans une autre cause, un chirurgien cardiaque a été exonéré alors qu'il pratiquait une opération à cœur ouvert nécessitant l'utilisation de l'appareil à circulation extra-corporelle installé et manipulé par le perfusionniste. L'appareil ayant mal fonctionné, le patient est décédé des suites d'une anoxie prolongée. Comme le perfusionniste est préposé de l'hôpital, il engage la responsabilité de l'hôpital et non celle du chirurgien<sup>107</sup>.

---

<sup>105</sup> *Covet c. Jewish General Hospital*, [1976] C.S. 1390. Dans cette affaire, une dame subit une cholécystectomie sous anesthésie générale. L'anesthésiste constate une demi-heure après le début de l'intervention que la patiente ne reçoit aucun oxygène; il en résulte un état neuro-végétatif. L'anesthésiste a été condamné.

<sup>106</sup> *id.*

<sup>107</sup> *Crawford c. Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke*, J.E. 80-067 (confirmé en appel).

e) Le dommage (ou préjudice)

En responsabilité civile, en plus de l'existence d'une faute, il est indispensable d'y retrouver un dommage et un lien de causalité. On dira que le préjudice doit, pour être indemnisable, rencontrer certaines conditions : il doit avant tout être *direct*, c'est-à-dire découler immédiatement de la faute du défendeur, il doit être *certain* et il faut que ce préjudice soit *personnel* à celui qui, victime immédiate ou proche, en demande réparation<sup>108</sup>.

Contrairement à la faute, le dommage s'apprécie *in concreto* et vise à compenser la victime du préjudice qu'elle a subie<sup>109</sup>. Le dommage indemnisable sera corporel, moral ou matériel<sup>110</sup> et donne droit à des dommages-intérêts en réparation du préjudice.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons centré l'analyse sur la responsabilité des différents intervenants. Dans ce contexte, nous ne croyons pas pertinent de développer cette notion sauf pour mentionner tel que décrit ci-dessus qu'elle constitue l'une des conditions essentielle de la responsabilité.

f) Le lien de causalité

Condition indispensable à l'établissement de la responsabilité, il doit exister un lien de cause à effet entraînant une conséquence juridique. Le juge Baudoin énonce que le dommage doit être de conséquence logique, directe et immédiate de la faute et

---

<sup>108</sup> P.LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S.PHILIPS-NOOTENS, *op.cit.*, note 51, p.49 et C.c.Q art. 1608.

<sup>109</sup> C.c.Q. art. 1611.

<sup>110</sup> *Id.*, art. 1457 et 1608.

que seuls les éléments ayant un rapport logique et intellectuel étroit avec le préjudice dont se plaint la victime seront retenus<sup>111</sup>. Même si le médecin est fautif, il faut réellement établir un lien causal avec le préjudice. Prenons l'exemple d'un patient qui subit des pontages coronariens et qui demeure hémiparétique à la suite de sa chirurgie. Le patient ne pourra pas obtenir gain de cause en prouvant seulement qu'il est hémiparétique\* et que le chirurgien a commis une faute. L'issue d'une intervention ne peut être le seul facteur considéré car cela reviendrait à imposer au médecin une obligation de résultat<sup>112</sup>. Il devra prouver comment la faute du chirurgien a pu causer en toute probabilité son hémiparésie. En défense, le médecin pourra démontrer qu'il s'agissait là d'un risque inhérent, c'est à dire une complication qui peut survenir même quand les règles de l'art sont respectées.

La chirurgie cardiaque restera toujours un art et les chirurgiens insistent pour faire comprendre aux patients qu'il feront de leur mieux pour apporter une amélioration à leur qualité de vie mais qu'ils ne peuvent leur garantir un résultat. Mais dans le traitement du patient, le chirurgien n'est pas le seul intervenant : il s'entoure d'une équipe multidisciplinaire constituée de professionnels de la santé qui ont également des responsabilités vis-à-vis du malade. Nous verrons éventuellement les principaux acteurs de l'épisode de soins auquel se soumet un patient devant subir une chirurgie cardiaque.

---

<sup>111</sup> J.L. BAUDOIN ET P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 76, no.528, p.349.

<sup>112</sup> *Vigneault c. Mathieu*, [1991] R.J.Q. 1607 à 1615.

g) Le fardeau de la preuve

L'article 2803 du Code civil du Québec prévoit que celui qui veut faire valoir un droit doit prouver les faits qui soutiennent sa prétention. Tant la faute que la causalité et les dommages s'établiront selon la *balance des probabilités*<sup>113</sup> et non *hors de tout doute raisonnable* comme le demande le droit criminel.

Il revient donc au patient ou à ses représentants de prouver que le médecin a été fautif et qu'il y a effectivement un lien entre cette faute et le préjudice subi. Ce n'est pas au médecin de prouver qu'il n'a pas commis de faute, tant que le demandeur n'a pas établi selon la balance des probabilités qu'une faute a été commise. Si l'imprudence ou la négligence du médecin est établie, nul n'hésitera à engager la responsabilité civile de ce dernier. Deux modes de preuves s'avèrent possibles: la preuve directe et la preuve indirecte à l'égard de la faute, la notion de preuve indirecte nous conduisant vers la notion de présomptions de fait dont l'objectif est d'amener le tribunal à «conclure qu'en toute probabilité ce qui s'est produit ne serait pas arrivé en l'absence de faute<sup>114</sup>». Ces présomptions de fait doivent être « graves, précises et concordantes<sup>115</sup>». Pour atteindre cet objectif, il faut des conditions bien précises : il faut la survenue d'un événement qui normalement n'aurait pas dû se produire dans le cours normal des choses, mais qui ne peut s'être produit que par la

---

<sup>113</sup> C.c.Q., art. 2804: La preuve qui rend l'existence d'un fait plus probable que son inexistence est suffisante, à moins que la loi n'exige une preuve plus convaincante.

<sup>114</sup> *Martel c. Hôtel-Dieu St-Vallier*, [1996] R.C.S 745, 749.

<sup>115</sup> C.c.Q. art. 2849.

négligence alors que l'origine véritable du dommage reste inexpliquée par les moyens habituels<sup>116</sup>. Pour ce faire, l'aide des témoins-experts joue un rôle primordial dans l'établissement d'une décision du tribunal<sup>117</sup>.

- Des moyens de défense pour le médecin

- L'absence de faute

Le médecin poursuivi doit pour se défendre contester qu'il y a eu faute et prouver que dans les circonstances, il agissait en bon professionnel compétent, prudent et diligent ayant pris tous les moyens à sa disposition pour établir un bon diagnostic et y appliquer le bon traitement. S'il réussit, la preuve d'une absence de faute suffit pour l'exonérer de toute responsabilité. Les témoins-experts peuvent apporter des observations importantes et faire pencher la balance en faveur du médecin<sup>118</sup>.

- L'absence de lien causal

Un médecin peut commettre une faute sans pour autant qu'elle soit responsable du préjudice. En chirurgie cardiaque, il est difficile de prouver le lien causal entre la faute du chirurgien et les dommages subis par le patient puisque ce dernier présente souvent, avant même d'être opéré, un état de santé précaire augmentant les risques

---

<sup>116</sup> P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 51, p. 45.

<sup>117</sup> *Lapointe c. Hôpital Legardeur*, précité, note 83, p. 366 : Le juge Vallerand affirme que « s'il est vrai que la Cour n'est pas liée par l'avis des experts, c'est en l'espèce, sans hésitation que j'endorsse intégralement les conclusions auxquelles en sont venues les Dr Cossette et Lafèche »

<sup>118</sup> P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 51, p. 43.

de complications opératoires. Si un manquement au devoir d'information s'est produit, le chirurgien peut affirmer « que le patient se serait fait opérer de toute façon. »<sup>119</sup>. Il peut également affirmer que le dommage est le résultat d'un événement « imprévisible et irrésistible<sup>120</sup> ».

---

<sup>119</sup> R.P. KOURI, « la causalité de l'obligation de renseigner en droit médical québécois », (1987), 17 *R.D.U.S.* 493.

<sup>120</sup> C.c.Q. art. 1470.

## Chapitre IV – Les acteurs

Avant de définir les différents acteurs qui évoluent dans un épisode de soins, il y a lieu de distinguer parmi les médecins quel est le rôle du médecin traitant et quel est celui du médecin consultant et nous apporterons la nuance entre la demande de consultation et la demande de transfert. Nous verrons que les rôles peuvent s'interchanger et que la structure organisationnelle du milieu hospitalier diffère de celle retrouvée dans les bureaux privés. De plus, se rajoutent à ces rôles officiels, les consultations dites « de corridor ».

A. Distinction entre la notion de médecin traitant et de médecin consultant, et les règles du transfert.

### 1. Médecin traitant

Le médecin traitant demeure celui qui conserve le pouvoir de prendre les décisions médicales à l'égard du patient : l'établissement du diagnostic et le traitement de la maladie demeure son entière responsabilité et il n'est pas tenu de suivre l'opinion du consultant. En principe, il assume seul la responsabilité des dommages survenus à un patient<sup>121</sup>. Le médecin traitant peut décider de consulter un spécialiste ou il peut lui « transférer » le patient. Ces deux notions offrent des spécificités qui ont des répercussions au niveau de la responsabilité médicale.

---

<sup>121</sup> Jean-Pierre MÉNARD et Denise MARTIN, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1992, pp. 43 et 45.

- La consultation

Il y a consultation lorsque le médecin traitant sollicite après constatation de ses limites, ou à la demande de son patient<sup>122</sup>, l'opinion d'un autre médecin de même spécialité ou non, au sujet d'un diagnostic ou d'un traitement. Il s'agit d'une pratique courante en médecine. Il est appelé comme « expert » pour donner son opinion complète selon les normes de sa spécialité et formuler ses recommandations quant à la conduite à tenir. sans pour autant devenir le médecin traitant<sup>123</sup> sauf urgence. Il doit fournir tous les renseignements jugés utiles<sup>124</sup> en précisant si c'est urgent ou non. Il doit rendre compte avec diligence et par écrit, des résultats de sa consultation et les recommandations qu'il juge appropriées<sup>125</sup> au médecin traitant qui demeure le seul responsable du patient<sup>126</sup> et qui n'est pas obligé d'acquiescer à l'opinion de l'autre ni aux traitements suggérés. Le consultant n'engage jamais sa responsabilité<sup>127</sup> à moins qu'il ne dépasse son rôle de consultation et de recommandation en s'impliquant dans le traitement du patient et que cet acte s'avère fautif.<sup>128</sup> Il ne devient le médecin traitant qu'à la demande ou après autorisation de ce dernier<sup>129</sup>. Toutefois, il doit faire preuve de prudence contre ses propres défaillances

<sup>122</sup> Code de déontologie des médecins, précité, note 47, art. 2.03.03.

<sup>123</sup> *Id.*, art. 2.04.04.

<sup>124</sup> *Id.*, art. 2.04.02.

<sup>125</sup> *Id.*, art. 2.04.03.

<sup>126</sup> A.BERNARDOT et R.P. KOURI, *op. cit.*, note 79, p.179.

<sup>127</sup> Comme le soulignent A.BERNARDOT et R.P.KOURI, *op. cit.*, note 79, en parlant du médecin traitant: «C'est lui le responsable à l'égard du patient. En d'autres termes, il fait siennes les erreurs du consultant ».

<sup>128</sup> J.-P.MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 121, p.48.

<sup>129</sup> Code de déontologie des médecins, précité, note 47, art.2.04.04.

et c'est pourquoi il recourt à un tiers mieux qualifié. Pour Mémeteau<sup>130</sup>, « il ne fait point de doute que le refus ou le retard de consulter un spécialiste constitue une négligence, ainsi que le rejet sans motif valable de l'opinion du consultant ».

Mais une question se pose : si le médecin ne peut assumer le traitement dans son entier, demeure-t-il le médecin traitant pour une partie du traitement? Et le spécialiste, reste-t-il consultant ou devient-t-il le médecin traitant en ce qui concerne son champ de spécialité ?

Dans le domaine de la cardiologie, conscient qu'il n'a pas les habiletés pour opérer le patient, le médecin traitant le réfère au chirurgien cardiaque dans le but d'une consultation. Si le chirurgien considère que le malade n'est pas opérable, ce sera au généraliste ou au cardiologue de le reprendre en main. S'il l'est, le patient, une fois opéré, sera retourné aux soins du médecin traitant pour un suivi à plus long terme et le consultant peut se retirer du dossier.

#### • Le transfert

La notion de transfert implique une idée d'arrêt de traitement du médecin transférant: c'est une façon pour lui de mettre fin à ses obligations face à un patient qui a encore besoin de soins, en autant qu'au préalable, il a avisé le patient du transfert, en a obtenu le consentement et qu'il s'est assuré que ce dernier recevait tous les soins nécessités par son état tant que le spécialiste ne l'a pas pris en charge.

---

<sup>130</sup> Gérard MÉMETEAU, *La responsabilité civile médicale en droit français et québécois*, Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1990, p.60- 61.

À cet égard, le *Code de déontologie des médecins* prévoit que :

2.03.10. Avant de cesser de traiter un patient, le médecin doit s'assurer que celui-ci peut continuer à obtenir les soins requis et y contribuer dans la mesure nécessaire

2.03.12 Le médecin, désirant adresser son patient à un autre médecin, doit assurer la responsabilité de ce patient tant que le nouveau médecin n'a pas pris celui-ci en charge.

2.04.09. Le médecin, doit, lorsqu'il adresse un patient à un autre médecin, fournir à celui-ci les renseignements qu'il possède pouvant aider au traitement de ce patient.

À moins d'un problème cardiaque particulier pour lequel le chirurgien veut suivre personnellement son patient, il ne se substituera jamais au médecin de famille. Une fois l'épisode de soins terminé en ce qui le concerne, il suggèrera au malade de retourner voir son médecin de famille. Dans un même épisode de soins, le chirurgien peut agir comme consultant puis par la suite, devenir le médecin traitant pour un problème de santé précis.

Lorsque le patient est admis par l'urgence, l'omnipraticien, parce qu'il ne fait pas le suivi de tous les patients, ce qui serait techniquement impossible, fait pour la plupart du temps un *transfert* lorsqu'une autre spécialité est requise. Le contexte est différent, une notion de temps, de compétence et de logistique entrant en ligne de compte.

En cardiologie, plusieurs acteurs gravitent autour du patient : médecin de famille, médecin de la salle d'urgence, cardiologue, hémodynamicien, chirurgien cardiaque et son résident , personnel infirmier et plusieurs autres intervenants. Nous verrons comment chacun se positionne par rapport à l'autre.

## B. Le médecin de famille

La démarche initiale de soins débute habituellement par la consultation d'un médecin en cabinet privé et qui est, règle générale, un omnipraticien. Ce dernier joue souvent le rôle du médecin de famille. Le patient se présente avec des symptômes quelconques et le médecin détecte une condition particulière. Dans les pathologies mineures, il peut être en mesure de prescrire des épreuves diagnostiques et assurer un certain suivi. Dans d'autres situations, il lui appartient de savoir à quel moment il doit référer son patient à un médecin spécialiste tel qu'imposé par le *Code de déontologie des médecins*<sup>131</sup>. Dans le cas d'un problème cardiaque, selon son évaluation, il peut référer son patient au cardiologue ou directement au chirurgien cardiaque. Habituellement, dans une première étape, il réfère le patient au cardiologue. Sinon, en le référant directement au chirurgien cardiaque, c'est qu'il lui apparaît suffisamment évident qu'il s'agit d'un problème chirurgical et qu'en attendant cette chirurgie, il se sent confortable à assurer le suivi du patient. Ceci implique l'ordonnance des médicaments pertinents à son état, le suivi de l'évolution de la maladie et tout ce qui concerne les conseils à donner quant aux habitudes de vie du patient. Il doit décider de l'arrêt de travail de son patient (le chirurgien ne s'occupe pas de cet aspect qu'il laisse au jugement du médecin de famille ou au cardiologue). Il demeure la personne la mieux placée pour aviser le spécialiste si un changement dans l'état de santé survenait de façon inquiétante. Sa vigilance à assurer le suivi pourrait intervenir dans la priorisation du patient sur la liste d'attente.

---

<sup>131</sup> *Précité*, note 47.

### C. Le médecin de la salle d'urgence

Un certain nombre de patients n'ont pas de médecin de famille attiré ou parfois, même s'ils en ont un, préfèrent consulter à la salle d'urgence de l'hôpital s'ils éprouvent des malaises qu'ils croient éventuellement d'origine cardiaque. Dans un tel cas, la prise en charge initiale sera faite par l'urgentologue ou le médecin généraliste de garde à la salle d'urgence. Ce dernier fera donc la première investigation de la condition générale du patient à la suite de laquelle, s'il conclut de façon préliminaire à une pathologie cardiaque, sollicitera d'abord une première consultation en cardiologie et dans la mesure où cette consultation lui permet de confirmer l'existence d'une telle pathologie, transférera le cas soit à un cardiologue ou à un chirurgien cardiaque, selon la nature du cas.

Il appartient également au médecin de l'urgence et à ceux qui le remplacent dans cette fonction, d'assurer les soins d'urgence cardiaques et les autres soins pertinents pour ce patient tant que ce dernier n'a pas été effectivement pris en charge par les spécialistes.

### D. Le cardiologue

#### 1. Le contexte du bureau privé

Comme nous l'avons souligné, le médecin de famille consulte, à moins d'exception, le cardiologue avant le chirurgien cardiaque. Le patient rencontre dans

un premier temps ce spécialiste en bureau privé qui, après évaluation du cas, répond à la consultation selon les exigences du *Code de déontologie des médecins*<sup>132</sup>. Il se forme un nouveau contrat de soins, le premier ayant pris forme entre le médecin référant et le patient. À noter que ce contrat de soins médicaux ne concerne que l'aspect cardiologique du problème. Par contre, si le cardiologue découvre chez son patient lors de son investigation ou à tout moment pendant la période de suivi qu'il assume, une condition qui ne relève pas de sa spécialité, il doit référer son patient dans la spécialité appropriée. Le cardiologue doit formuler son diagnostic, demander les examens nécessaires, fournir les soins appropriés, faire le suivi ou retourner le patient à son médecin de famille avec les recommandations requises à son état de santé et rester disponible si besoin est. Une consultation en hémodynamique\* peut être requise suivie d'une consultation en chirurgie cardiaque pour déterminer si oui ou non le malade a besoin d'une intervention chirurgicale. Dans l'affirmative, jusqu'à ce que le patient soit opéré, le cardiologue doit continuer de le suivre et ajuster la médication en conséquence selon l'évolution de la symptomatologie. Il doit également conseiller le malade sur le comportement à avoir en attendant la chirurgie. Il est également de son devoir de contacter le chirurgien si une détérioration de l'état du patient survient afin de reviser sa priorisation sur la liste d'attente.

---

<sup>132</sup> *Id*, note 47, art. 2.04.02, 2.04.03, 2.04.04.

## 2. Le contexte du patient hospitalisé

À moins d'une situation bien définie où l'urgentologue fera appel directement au chirurgien cardiaque, le patient est habituellement transféré, en premier lieu, au cardiologue. Ce dernier devient alors le médecin traitant à l'intérieur de l'hôpital et s'en occupera jusqu'à ce que, à son tour, ses habiletés ne puissent procurer le traitement nécessaire au patient. Il transférera le malade au chirurgien cardiaque dans les mêmes conditions énumérées ci-haut, à la différence que le chirurgien en deviendra le médecin traitant au moment où il acceptera le transfert.

### E. L'hémodynamicien

L'hémodynamicien est un cardiologue spécialisé dans les techniques diagnostiques telles la coronarographie, la venticulographie, etc. En plus, il a les habiletés pour offrir un traitement comme l'angioplastie coronarienne. Même s'il est habituellement consulté par le médecin de famille, par le cardiologue ou par le chirurgien cardiaque pour effectuer une coronarographie\* afin de déterminer la condition des artères coronaires, si un patient peut bénéficier d'une angioplastie, il devient le médecin traitant de ce patient pour les fins de l'investigation et il peut alors être appelé à faire un suivi de quelques visites avant de le retourner au médecin de famille.

## F. Le chirurgien cardiaque

### 1. Le contexte du bureau privé

Un patient peut voir un chirurgien cardiaque parce qu'il a été référé par son médecin de famille ou par le cardiologue. Il peut être demandé comme consultant ou le patient peut lui être transféré. Dans un cas comme dans l'autre, il se forme à nouveau un contrat de soins orienté vers l'éventualité d'une intervention chirurgicale. Le chirurgien doit donc évaluer la situation de santé du patient, demander les examens qui pourraient manquer à l'investigation, expliquer en quoi consiste le traitement qu'il a à offrir, quels en sont les avantages et désavantages. Il doit s'assurer que le patient comprend bien les explications<sup>133</sup> afin qu'il donne un consentement libre et éclairé<sup>134</sup>.

À ce stade-ci se prend la décision d'inscrire le patient sur la liste d'attente et qui résulte essentiellement de la décision du chirurgien de ne pas l'opérer tout de suite, c'est-à-dire que le chirurgien considère que ce cas ne représente pas une urgence. Si le cas représente une urgence, c'est-à-dire que la condition du patient est telle que sa vie ou son intégrité est menacée dans l'immédiat par sa condition cardiaque, le chirurgien cardiaque doit lui fournir sans délai les interventions requises par sa condition. Étant donné que c'est le chirurgien qui fait ce choix pour le patient, il devient le médecin traitant pour cette condition médicale particulière et c'est à lui

---

<sup>133</sup> *Id.*, art. 2.03.28.

<sup>134</sup> *Id.*, art. 2.03.29.

qu'incombe le devoir d'information relativement au délai encouru avant de pouvoir l'opérer et des éléments à surveiller pendant cette attente. Il doit pouvoir assurer le patient de sa disponibilité si un changement survenait dans son état de santé, ou du moins l'assurer d'un moyen pour qu'il puisse communiquer ces changements.

## 2. Le contexte du patient hospitalisé

À l'hôpital, dans les cas plus incertains, le cardiologue demande une consultation au chirurgien cardiaque pour l'aider à prendre la meilleure décision lorsqu'un traitement est difficile à établir. Pour d'autres patients où le tableau est clair, le cardiologue (ou parfois la médecine interne ou la néphrologie) demande un transfert en chirurgie cardiaque. Concrètement, cela ne signifie pas que le patient hospitalisé dans un lit de cardiologie sera transféré dans un lit de chirurgie cardiaque; cela signifie que le chirurgien rencontre le patient, qu'il lui donne des explications concernant la chirurgie, qu'il s'assure de sa compréhension et de son consentement. La différence fondamentale entre le patient hospitalisé et celui qui vient le consulter à son bureau réside dans le délai à se faire opérer. Le patient qui est gardé hospitalisé l'est, en principe, parce que son état clinique est instable et que le cardiologue considère qu'il y a trop de risques à l'envoyer à la maison en attendant une chirurgie dont les délais peuvent prendre jusqu'à six mois. Une fois la période instable passée,

que l'état du patient est stabilisé, que la médication est bien ajustée, quelques patients pourraient quitter l'hôpital et attendre leur chirurgie à la maison selon les délais qui existent; la réalité du quotidien nous indique qu'ils sont quand même gardés hospitalisés pour des raisons à peine voilées : jeunesse, productivité dans la société, connaissances personnelles, standing social. Pourtant, il y a parfois des avantages à ne pas opérer dans une période trop récente d'un événement cardiaque majeur tant au point de vue physique que psycho-social. Mais la décision finale de garder ou non le patient hospitalisé revient au cardiologue puisque le chirurgien ne se considère responsable du patient que le matin de l'opération seulement alors qu'il prend en charge effectivement la condition du patient. Cette décision objective en partie, mais grandement subjective d'autre part dépend de l'opinion que le cardiologue se fait du système de santé et de sa philosophie de vie.

Dans l'attente de la journée opératoire, le chirurgien peut faire un suivi conjoint avec le cardiologue pour s'assurer que tous les examens nécessaires pour la chirurgie sont effectués. Une fois le patient opéré, le cardiologue peut, sur demande du chirurgien, revoir le patient sans en devenir le médecin traitant. Le chirurgien cardiaque peut demeurer le médecin traitant du patient jusqu'à sa sortie de l'hôpital ou selon les pratiques de l'établissement en question. Par la suite, s'il le veut, après une première visite post-opératoire, il peut rediriger le patient vers son cardiologue ou à son médecin de famille.

## G. L'hôpital

Ce septième acteur qu'est l'hôpital doit mettre à la disposition du médecin dans les délais requis par la condition du patient, des ressources suffisantes pour traiter rapidement tous les cas d'urgence<sup>135</sup>. L'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>136</sup> constitue la bible de référence du centre hospitalier dans l'organisation des soins offerts à sa population. L'hôpital tout comme le médecin, a une obligation de moyens<sup>137</sup> vis à vis du patient dans les traitements qui lui sont administrés par un intermédiaire, au niveau de la sécurité, de l'administration des soins infirmiers adéquats et de la prise en charge du suivi nécessaire. En cardiologie tertiaire, l'établissement est responsable de l'aspect organisationnel entourant le déroulement d'une chirurgie. Voici les problèmes journaliers auxquels il est confronté et appelé à résoudre :

- Lits pour admissions électives ?
- Salles d'opération disponibles ?
- Anesthésistes disponibles ?
- Assistants opératoires disponibles ?
- Infirmières de salle d'opération ?
- Y a-t-il suffisamment de lits de soins intensifs ?
- Infirmières de soins intensifs ?
- Y a-t-il suffisamment de lits sur les étages pour assurer un bon roulement?

La responsabilité du centre hospitalier peut naître lorsqu'il ne met pas à la disposition du patient des services suffisants ou adéquats. L'appréciation de la faute

<sup>135</sup> *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, précité, note 37 art. 28.

<sup>136</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précitée, note 21, art. 5.

<sup>137</sup> J.L.BAUDOIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 76, note 1422, p.853.

se fera en fonction de la vocation du centre et de l'urgence de la situation.

En cardiologie, tous les hôpitaux de la province offrent des services de base assurant le traitement des conditions d'urgence et l'évaluation des problématiques de base en cardiologie.

Les traitements plus spécialisés sont généralement réservés à un certain nombre d'hôpitaux, sur une base régionale qui comptent sur la présence de cardiologues au sein de leurs effectifs médicaux.

Enfin, la chirurgie cardiaque est concentrée dans quelques hôpitaux qui offrent des services ultra-spécialisés. Ces hôpitaux ont pour la plupart un statut universitaire. La chirurgie cardiaque est considérée comme un service tertiaire dont le développement est rigoureusement contrôlé par le Ministre de la santé et des services sociaux.<sup>138</sup>

Ces hôpitaux ultra-spécialisés ont, pour la plupart, des ententes avec d'autres hôpitaux spécialisés et généraux, appelés centres référants, pour offrir des services ultra-spécialisés aux patients de ces derniers. Dès que le soin ultra-spécialisé a été donné et que l'état de santé ne nécessite plus ce genre de soin, le patient est retourné au centre hospitalier référant. Dans le milieu, il s'agit souvent d'ententes non formelles où des « corridors de soins » s'établissent de façon naturelle selon la géographie, ou selon les spécialités offertes.

---

<sup>138</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précitée, note 21, art. 113 et *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, précité, note 37, art. 18.

Lorsqu'un hôpital est reconnu comme étant un centre de cardiologie tertiaire et que tout un territoire de la province du Québec dépend de cet établissement pour obtenir des soins dans ce domaine très précis, il nous semble évident que l'existence d'une liste d'attente de six mois en chirurgie cardiaque démontre clairement un manque de ressources et une organisation déficiente au niveau de la priorisation de sa vocation spécifique de centre de soins ultra-spécialisés en cardiologie et chirurgie cardiaque. Bien que le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose<sup>139</sup>, nous ne pouvons accepter que l'établissement invoque un manque de ressources pour tolérer des listes d'attente de six mois dans une spécialité où la condition clinique d'un patient en post-opératoire dépend en grande partie du délai encouru par l'attente de la chirurgie. En analysant l'article 5 de *La loi sur les services de santé et des services sociaux*<sup>140</sup>, nous pouvons considérer que le patient qui attend depuis six mois une chirurgie coronarienne, ne reçoit pas sur le plan scientifique les soins requis par son état<sup>141</sup>. Il s'agit pourtant du droit le plus important du patient. Il est prouvé que le stress causé par l'attente peut contribuer à la détérioration de l'état en plus de la progression naturelle de la maladie, et que le

---

<sup>139</sup> *Loi sur les services de santé et services sociaux*, précité, note 21, art. 13.

<sup>140</sup> «Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée. »

<sup>141</sup> Rappelons-nous que le Collège des médecins recommande une attente maximale de trois mois.

manque à gagner causé par un arrêt de travail dû à la maladie cardiaque comporte des répercussions sociales importantes. À l'appréciation des délais d'attente, la mission de l'hôpital fixée en conformité avec la régie régionale ne répond pas adéquatement aux besoins de la clientèle. La préoccupation du budget semble prendre une place de plus en plus grande au détriment de la mission même d'un hôpital. Nous sommes loins de cette époque révolue où les établissements offraient et soignaient par charité les pauvres et les mendiants.

Sommes -nous en train d'ouvrir la porte à des recours civils ou administratifs?

H. L'infirmière coordonnatrice en cardiologie tertiaire.

Les nouvelles tendances en cardiologie tertiaire demandent que soit inclus dans la structure organisationnelle une infirmière coordonnatrice des activités reliées à la liste d'attente de chirurgie cardiaque. Ses fonctions sont étendues et comportent également une dimension légale.

Elle est avant tout une employée de l'hôpital, responsable de planifier, d'organiser et de coordonner les activités en chirurgie cardiaque, surtout en ce qui concerne la liste d'attente. Cette liste comporte des patients provenant de trois sources : 1) ceux dont l'état requiert une intervention quasi-immédiate, 2) ceux qui, à cause de leur état clinique, nécessitent une hospitalisation et une chirurgie à plus ou moins court

terme, 3) finalement, les patients en attente à domicile. Il est à noter que les deux premières catégories comprennent également les patients qui se présentent dans tous les autres centres hospitaliers en lien avec l'hôpital ultra-spécialisé.

Elle travaille en collaboration avec les chirurgiens cardiaques, les résidents, les cardiologues et hémodynamiciens de l'hôpital, les cardiologues et médecins généralistes des autres hôpitaux, les infirmières de l'hôpital et/ou des autres régions et des CLSC, ainsi qu'avec toutes les autres catégories de travailleurs qui entourent le patient.

Elle doit avant tout avoir un bon sens clinique et être capable d'identifier les problématiques du patient cardiaque. Sa position privilégiée lui permet d'avoir un portrait instantané de la situation et d'en faire part aux médecins. Elle est le lien entre le médecin, l'hôpital et le patient.

Lorsque qu'un patient est vu par un chirurgien pour la première fois, elle rencontre le patient et l'informe des technicalités d'une éventuelle admission. Elle s'assure que le patient comprend bien sa condition médicale et voit avec lui les différentes ressources disponibles si un malaise survient. Elle individualise ses interventions en faisant preuve de souplesse et de respect tout en impliquant le patient dans le traitement de son état de santé<sup>142</sup>.

Elle reçoit les patients en personne ou par téléphone afin de gérer les problèmes

---

<sup>142</sup>Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q., art. 3.03.01.

qui surviennent pendant la période d'attente, elle dirige au professionnel concerné toutes informations jugées importantes, urgentes ou pertinentes<sup>143</sup>, et donne un suivi soit en rappelant le patient soit en s'assurant que le professionnel concerné le fera. Elle doit consigner ces informations au dossier du patient.

Elle vérifie les dossiers afin d'assurer la bonne coordination des différents examens diagnostiques requis avant la chirurgie. Elle respecte rigoureusement pour chaque patient, les critères de priorisation indiqués par le chirurgien et refuse toutes formes de cadeaux qu'on pourrait lui donner afin de « passer plus vite ». Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*<sup>144</sup> affirme clairement que le professionnel en soins infirmiers « doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts ».

Elle garde ses connaissances à jour afin de bien conseiller les patients et dans le doute, elle consulte le chirurgien et rappelle le patient pour lui faire part de la réponse<sup>145</sup>. Elle doit être en mesure de dispenser de l'enseignement non seulement aux patients mais également à d'autres professionnels moins familiers avec la pathologie<sup>146</sup>.

Comme nous le constatons, l'infirmière de liaison en cardiologie tertiaire peut

---

<sup>143</sup> *Id.*, art.3.02.02.

<sup>144</sup> *Id.*, art. 3.05.03.

<sup>145</sup> *Id.*, art. 3.01.01.

<sup>146</sup> *Id.*, art. 2.03.

avoir un impact important sur les patients en attente de chirurgie cardiaque. Si dans l'application de son travail et de ses obligations envers le patient, une faute est commise, elle est personnellement responsable. À titre de préposée de l'hôpital, elle engage également la responsabilité de ce dernier. Il ne faut toutefois pas oublier que la priorisation des cas sur la liste d'attente relève d'abord et avant tout du médecin; en aucun cas, l'infirmière-coordonnatrice ne peut substituer son jugement à celui du chirurgien cardiaque dans la priorisation des cas.

## **PARTIE II : LA LISTE D'ATTENTE : ASPECTS JURIDIQUES**

### **Chapitre I. - Processus existants pour avoir accès aux soins en chirurgie cardiaque**

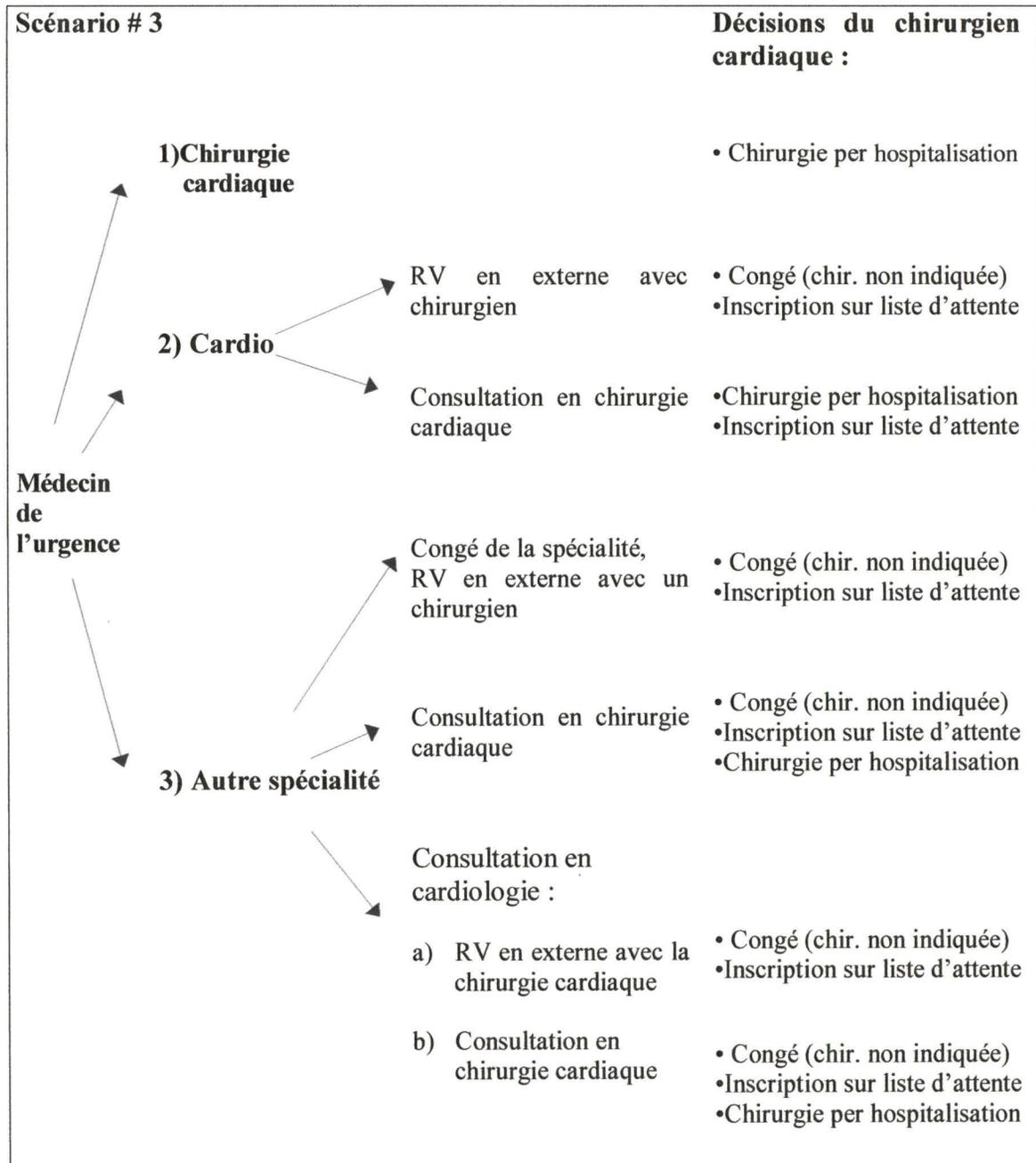
Pour obtenir des soins en chirurgie cardiaque, plusieurs processus existent puisque le patient peut être référé au chirurgien directement par le médecin de famille, par le médecin de l'urgence, par le cardiologue, par l'hémodynamicien ou encore par un médecin d'une autre spécialité. Il peut être vu à l'hôpital ou en cabinet privé. Dans chaque cas, le chirurgien peut ne rester que le consultant ou il peut devenir le médecin traitant et dans chaque cas également, le patient peut être inscrit sur une liste d'attente de chirurgie ou selon son état de santé, être opéré à l'intérieur d'un même épisode de soins. Les schémas suivants indiquent toutes les possibilités rencontrées :

#### **Scénario #1**

Md de famille → cardiologue → chirurgien → •Congé (chirurgie non indiquée)  
•Inscription sur la liste d'attente

#### **Scénario # 2**

Médecin de famille → Chirurgien cardiaque → •Congé (chirurgie non indiquée)  
•Inscription sur la liste d'attente



En résumé, un grand nombre d'intervenants peuvent graviter autour du patient puisque les portes d'entrée vers la chirurgie cardiaque sont nombreuses.

## A. Processus d'évaluation des patients

« Le monde matériel repose sur l'équilibre,  
le monde moral repose sur l'équité »

Victor Hugo.

### 1. Normes du Collège des médecins

Comment pouvons-nous concrètement et équitablement évaluer des patients en attente d'une chirurgie cardiaque?

La stratégie la plus efficace pour améliorer l'accès aux services de santé est de standardiser les processus d'évaluation afin de mieux établir les besoins en terme de temps, de matériel et de personnel<sup>147</sup> et assurer aux patients un traitement concordant avec les risques de leur maladie.

Au Québec, avec l'ampleur croissante des problèmes de listes d'attente, le Bureau du Collège des médecins a adopté le 17 juin 1998 une classification des patients en attente d'une chirurgie cardiaque<sup>148</sup>. Il s'agit là d'un outil de travail qui « standardise » la façon de prioriser certains cas parmi d'autres tout en respectant les règles de l'art : ceci permet une meilleure gestion des cas urgents et une plus grande équité entre les personnes. Cinq classes de priorité ont été retenues :

1. Chirurgie très urgente : doit être opéré dans les 24 heures
2. Chirurgie urgente : doit être opéré dans un délai de 24 à 72 heures
3. Chirurgie semi-urgente : hospitalisé et ne peut recevoir son congé sans être opéré
4. Chirurgie prioritaire : non hospitalisé mais doit être opéré dans un délai de six semaines.
5. Chirurgie non prioritaire : toutes les autres situations

<sup>147</sup> D.FECTEAU, *loc. cit.*, note 27, p.40.

<sup>148</sup> COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *op. cit.*, note 24.

À l'hôpital du Sacré-Cœur, pour ces deux dernières catégories, le chirurgien utilise un formulaire afin de consigner les informations cliniques lui servant à déterminer la classe de priorité qu'il accorde à son patient. Ceci permet de distinguer parmi les cas électifs ceux qui sont plus urgents.

Le Comité de travail du Collège des médecins recommande également un délai optimal d'intervention d'au plus 3 mois<sup>149</sup>, à moins que le patient ne reporte lui-même son intervention au-delà de ce délai tout en étant informé des risques encourus.

Cette classification proposée par le Collège des médecins peut constituer une norme professionnelle dans la gestion des listes d'attente en chirurgie cardiaque. Le contrat de soins qui s'établit entre le médecin et le patient doit s'inscrire dans ce contexte. La contravention à cet engagement peut constituer une faute civile puisque le contrat est un accord de volonté par lequel une personne s'oblige envers une autre à exécuter une prestation<sup>150</sup>. « Toute personne a le devoir d'honorer les engagements qu'elle a contractés ».<sup>151</sup>

Si la date d'admission n'est pas respectée et qu'il y a préjudice, le médecin doit-il être poursuivi ou est-ce l'hôpital qui par sa forme de gestion empêche le médecin de respecter son contrat? La formation du contrat médecin-patient n'implique pas a priori l'hôpital, cependant, si un préjudice survient en raison d'une faute de l'hôpital qui aurait généré un délai causal du préjudice subi, alors à ce moment il y aurait également une responsabilité hospitalière.

---

<sup>149</sup> *Id.*

<sup>150</sup> C.c.Q. art. 1378.

<sup>151</sup> *Id.*, art. 1458.

## 2. Processus d'évaluation des patients en chirurgie cardiaque

### a) La méthode

À l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, avant même que le Collège des médecins n'établisse des critères d'évaluation des patients en attente de chirurgie cardiaque, les chirurgiens, suite à un colloque provincial tenu à Toronto en novembre 1989<sup>152</sup>, mettaient sur papier une première façon d'établir des facteurs de pondération pour déterminer le niveau d'urgence d'une intervention auprès du malade<sup>153</sup>. Cet exercice permettait d'identifier trois (3) classes de malades :

1. Les malades nécessitant une intervention chirurgicale au cours de la même hospitalisation que l'investigation diagnostique.
2. Ceux nécessitant un traitement chirurgical mais dont la condition leur permet d'être placés sur la liste d'attente.
3. Les malades chez lesquels une chirurgie est discutable ou inappropriée.

À priori, cet exercice s'appliquait aux coronariens mais il fut éventuellement adapté aux patients avec pathologies valvulaires. À noter qu'il revient aux chirurgiens eux-mêmes d'attribuer ce système de pointage.

La méthode pour trier et identifier les cas les plus urgents parmi une liste de patients sévèrement malades consiste à s'appuyer sur un ensemble de critères

---

<sup>152</sup> D. NAYLOR, *A consensus proposal for triage of patients in need of coronary revascularization*; R. BAIGRIE, B. GOLDMAN, M. McCARTNEY, D. NAYLOR, *A regional registry and triage system for patients undergoing urgent invasive and operative cardiovascular procedures in Metropolitan Toronto*. Présenté lors de la conférence « Cardiovascular Resources and Triage Conference », Provincial Conference, Toronto, Ontario, November 8, 1989.

<sup>153</sup> Annexe I: Chirurgie coronarienne, une échelle d'évaluation des priorités d'intervention, document de travail, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

cliniques, anatomiques, physiologiques et certains facteurs de risques concomitants.

Malgré la condition précaire de certains malades, le chirurgien doit tenir compte également de l'aspect financier et des ressources limitées du contexte hospitalier actuel. Il doit peser tous ces facteurs pour déterminer si le patient doit être admis de façon immédiate ou être inscrit sur une liste d'attente et avec quel degré de priorisation.

Chez les coronariens, l'évolution et la sévérité de la symptomatologie angineuse ainsi que sa réponse au traitement médical demeure la clef déterminante de la priorisation des patients (classe d'angine). L'anatomie des lésions coronariennes, déterminées par la coronarographie, ainsi que les différents tests ajoutent un élément décisif en précisant l'étendue de l'ischémie myocardique. Finalement, les risques concomitants terminent le tableau (MPOC\*, diabète, etc...) Une fois établie par le chirurgien, l'échelle de priorisation se traduit sous forme de pointage.

L'évaluation de l'incapacité fonctionnelle d'angine\* se base sur la classification de la Société canadienne de cardiologie et elle peut s'exprimer ainsi :

Angine classe I-II : 1 point  
 Angine classe III : 2 points  
 Angine classe IV : 3-4 points  
 Angine classe V : 5 points

Au niveau anatomique, les lésions sont évaluées selon les risques bien connus de leur évolution naturelle. Par exemple :

Lésion du tronc commun > 50% ..... : 5 points  
 Maladie 2-3 vaisseaux..... : 4 points  
 Maladie sévère de l'IVA..... : 3 points  
 Maladie 3 vaisseaux sans atteinte IVA..... : 2 points  
 Maladie 1 ou 2 vaisseaux sans atteinte IVA.... : 1 point

Au niveau physiologique, le résultat d'examens révélant l'étendue de l'ischémie myocardique se traduit également en points :

Épreuves non invasives (thallium, tapis à l'effort) : Haut risque : 2 points  
 Faible risque : 1 point  
 Fraction d'éjection du ventricule gauche : entre 20 et 30% : 1 point  
 < 20% : 2 points

Il est donné 1 point pour la présence d'un des facteurs de risques procéduraux (diabète, MPOC ...). L'addition des points donne un total qui permet de « classer » les patients, les uns par rapport aux autres. Plus le score est élevé, plus le cas est urgent par rapport à un autre. Il appartient toujours au médecin d'évaluer la situation et de s'assurer de la justesse du pointage. Cette forme de triage permet d'observer que la durée d'attente est généralement inversement proportionnelle à la gravité du cas.

Il faut maintenant établir une façon de faire évoluer le score au fil des mois d'attente.

- Facteur temporel

Afin d'assurer une accessibilité équitable aux patients en attente de chirurgie, et que celui qui recueille un résultat de six points ne reste pas toujours à la fin de la liste, un facteur d'ajustement temporel de la priorité chirurgicale est incorporé à la gestion de la liste d'attente. À cette fin, un point par mois d'attente est ajouté au score initial.<sup>154</sup> Par exemple, le patient qui consulte son chirurgien un 1er juin et qui

---

<sup>154</sup> Annexe II : Liste d'attente des patients avec priorités initiales et actuelles.

se voit attribué un pointage de 8 se verra ajouté un point au 1er juillet, pour un total de 9 points. Le patient qui lui, consulte le 1er juillet et se voit attribué 9 points sera classé deuxième dans l'ordre des priorités puisque le premier malade a déjà une « ancienneté » d'un mois et qu'une évolution de son état cardiaque est soupçonnée. Le patient se voit donc attribuer dans un premier temps une priorité « initiale » et au fil des mois, s'établit une priorité « actuelle ». Cette comptabilisation se veut un outil de gestion facilitateur pour trier les malades inscrits sur la liste d'attente et demeure flexible selon l'évolution de l'état du malade et le jugement du médecin. Cet outil est en général respecté et appliqué honnêtement par le chirurgien mais il y a parfois des exceptions .

b) Les exceptions

• Les cas d'urgence

Comme nous l'avons vu précédemment, un certain nombre de patients nécessitent des soins de façon immédiate. Mais qu'entendons-nous par « urgence »? La Commission de réforme du droit du Canada affirme que la notion d'urgence « quoique difficile à définir, signifie un concours de circonstances qui menacent de façon immédiate la vie d'un être humain ou qui risque de lui causer des lésions corporelles graves et permanentes en l'absence de soins professionnels immédiats<sup>155</sup> ». L'urgence peut se définir comme assumant une « fonction

---

<sup>155</sup> Commission de réforme du droit du Canada, *Le traitement médical et le droit criminel*, Document de travail 21, approvisionnement et Services Canada, 1980, p. 99.

d'éviction de tout ce qui fait obstacle à la réalisation rapide du résultat recherché <sup>156</sup>». Le patient placé sur une liste d'attente ne répond pas à cette définition d'urgence puisque le médecin juge qu'il n'a pas besoin d'une intervention chirurgicale immédiate. La définition de l'urgence implique souvent un enjeu de vie ou de mort.

Pour le patient dont l'état se détériore au point d'être à la limite de la condition d'urgence, la seule porte d'entrée du réseau qui permet de recevoir des soins à toute heure de la journée est la salle d'urgence . Nous pourrions penser que pour court-circuiter la liste d'attente, il suffit simplement de se présenter à l'urgence; or le fait de se présenter à l'urgence ne signifie pas d'emblée qu'il s'agit d'une urgence. Pour être classé « urgent », un médecin devra évaluer le patient en recommençant un questionnaire comme s'il s'agissait d'un fait nouveau : il ne doit pas tenir compte de la pondération que le chirurgien avait attribuée au patient : l'urgentologue voit le malade dans un contexte autre et son code de déontologie l'oblige à élaborer son diagnostic avec la plus grande attention et assurer à son malade tous les soins médicaux en son pouvoir et indiqués dans les circonstances conformément aux normes médicales les plus élevées possibles.<sup>157</sup> Le patient doit recevoir des soins adéquats puisqu'il incombe à tout établissement, lorsqu'une demande lui en est faite,

---

<sup>156</sup> MÉNARD, Jean-Pierre, « La responsabilité médicale et hospitalière en salle d'urgence », étude préparée pour le département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal dans le cadre du programme de formation continue, étude légale Ménard, Martin, mai 1994, p. 7.

<sup>157</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.15 et 2.03.18.

de voir à ce que soient fournis ces soins<sup>158</sup>. L'expérience nous démontre que les patients en attente d'une chirurgie n'utilisent pas si souvent que nous pourrions le penser la salle d'urgence pour tenter de se faire opérer plus rapidement. Ils l'utilisent tant et aussi longtemps qu'ils nient leur maladie et/ou que le contrôle médical de leur angine est inadéquat. À partir du moment où ils acceptent en partie leur maladie et qu'ils sont confrontés à la réalité de la chirurgie, ils « endurent » leurs malaises, par fierté, par ignorance, par crainte de « déranger », par peur qu'on ne devance la chirurgie alors qu'ils ne se sentent pas prêts psychologiquement. Pourtant, compte tenu des délais d'attente, la ligne séparant l'état stable et une décompensation clinique s'amincit au fil des jours. La Charte québécoise stipule que « tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours »<sup>159</sup>: pouvons-nous y trouver une application en rapport avec notre clientèle? Il semble que non puisque même si cette clientèle présente un risque de mortalité plus élevé que la moyenne, elle n'est pas considérée en danger immédiat au sens de la jurisprudence, le danger immédiat se définissant comme étant un péril « imminent et constant, devant requérir une attention immédiate, et être accidentel, c'est-à-dire soudain, imprévu et imprévisible ».<sup>160</sup>

Si le patient présente une condition instable, l'urgentologue peut référer le patient soit au cardiologue, soit directement au chirurgien cardiaque qui, s'il y a lieu,

---

<sup>158</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précitée, note 21, art. 7.

<sup>159</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12, art. 2.

<sup>160</sup> Paris, 8 juillet 1952, D.1952, p.582, J.T.1952, p.475 dans Me Jean-Pierre MÉNARD, *loc. cit.*, note 156, p.15.

l'opèrera dans les jours suivants

Si la condition est stable et si son histoire le justifie, le patient est retourné à la maison par l'urgentologue. Il se peut donc que cet épisode de soins ne soit jamais porté à l'attention, ni de l'infirmière de la chirurgie cardiaque, ni du cardiologue ou du chirurgien. Il est alors impossible de réviser la pondération qui avait été accordée au patient lors de sa première rencontre avec le chirurgien.

Pour les quelques patients qui tentent de « court-circuiter » le système afin d'être opérés plus rapidement que les autres, ils sont généralement repérés de façon remarquable et congédiés de l'urgence pour regagner leur « rang » dans la liste d'attente.

### c) L'application quotidienne de la méthode

L'application concrète et quotidienne pose parfois certains problèmes. À partir du moment où le cardiologue réfère son patient au chirurgien cardiaque et que ce dernier l'évalue et lui attribue un « pointage » il est inscrit sur la liste d'attente; malheureusement, pendant cette attente, le malade n'est pas nécessairement réévalué.

Les hôpitaux montréalais diffèrent dans la façon de gérer cette liste. Il y a une variété de méthodes et de structures, chacune ayant des implications quant à l'équité et à l'accès. Tantôt une secrétaire, tantôt une infirmière ou un médecin gèrent la liste d'attente. Quelques établissements, tout en respectant d'une certaine façon le degré d'urgence, font ce que nous appelons communément des « ventes d'écoulement » .

Y a-t-il un surplus de valves en inventaire? : les valvulaires seront priorisés. N'est-il possible d'avoir que des culots sanguins de groupe A? (restriction d'Héma-Québec), les patients de groupe sanguin A seront priorisés. Nous ne portons aucun jugement sur cette pratique mais nous espérons qu'elle ne lèse les droits d'aucun patient.

Si un patient se détériore pendant l'attente, ceci ne modifie pas le pointage accordé lors de la première rencontre puisque qu'aucun mécanisme n'a été prévu pour de telles situations. Le système de pondération permet donc une première classification mais il ne donne pas toujours le portrait exact du patient trois mois plus tard. La question de l'information au patient sur la liste d'attente prend alors toute son importance. Nous en discuterons plus loin<sup>161</sup>.

#### d) Les V.I.P

Malgré un système de pointage qui se veut le plus équitable possible, il semble que certains patients soient favorisés dans leur accès aux services. Une étude du « Institute for Clinical Evaluative Sciences » au centre Sunnybrook Health Science Center de Toronto auprès de cardiologues et chirurgiens cardio-vasculaires, révélait que 80% des médecins «facilitent» l'accès aux services si le patient jouit d'un statut particulier dans la société ou de relation privilégiée avec le médecin. « This is a pattern of practice that is widely acknowledged privately and tacitly, but seldom gets

---

<sup>161</sup> *Infra*, p.89 et ss.

any public airing <sup>162</sup>». Cette étude révèle en pourcentage la catégorie de personnes que les médecins favorisent dans la prestation de soins :

1. Médecins et leur famille	93,2%
2. Personnalités publiques	84,8%
3. Politiciens	83,0%
4. Membres de la direction de l'hôpital	77,9%
5. Membres ou amis de la famille	75,7% <sup>6</sup> .
6. Autres professionnels de la santé	69,4%
7. Donateurs à la fondation de l'hôpital	58,4%
8. Dirigeants d'entreprise	52,5%
9. Autorités religieuses	36,1%

Cette tendance confirme ce que la population en général pense de l'équité de la liste d'attente : le meilleur moyen de ne pas moisir sur la liste d'attente, c'est encore d'être une vedette, un politicien ou un membre du conseil d'administration de l'hôpital. Il faut être très naïf pour croire qu'un ministre ou un député ou leur famille attendrait cinq ou six mois sur la liste d'attente en vue d'une chirurgie.

Nous pensons qu'il peut être concevable mais discutable que le personnel d'un établissement puisse bénéficier de certains «avantages sociaux» et accéder plus facilement à des soins. Ce qui, toutefois, nous semble douteux, c'est d'admettre sans tenir compte de la liste d'attente, des personnages V.I.P. (gens des médias, de la politique, présidents de compagnie, ...). « au cas où il leur arriverait quelque chose pendant l'attente et qu'ainsi l'hôpital fasse la *UNE* des médias». Mais pourquoi leur arriverait-il davantage de complications à eux qu'à monsieur « X », illustre anonyme

<sup>162</sup> Susan JEFFREY, « Two-tier is here : Doctor admit : patients with influence get preferential cardiac care », *The Medical Post*, Volume 34, no. 34, October 13, 1998, pp. 1-65.

habitant au fond du Québec et présentant la même pathologie? Nous n'avons jamais trouvé de réponse convenable. Est-ce l'espoir de se voir attribuer un don à l'établissement? Pouvons-nous penser que cette dernière raison est justifiable? Comment réagir devant « je ferai un don si mon admission est rapide? » Compte tenu des budgets restreints des hôpitaux, l'offre est alléchante mais est-elle juste par rapport aux autres patients? : NON. Nous pensons que le médecin doit être loyal, intègre et attentif envers ses patients<sup>163</sup> et exercer sa profession selon des principes scientifiques.<sup>164</sup> Ne doit-il pas s'abstenir d'accepter, dans l'exercice de son travail, toute commission, ristourne ou avantage matériel injustifié?<sup>165</sup>

Le favoritisme existera toujours, il fait partie de la nature humaine. Mais si nous offrons un système de santé où l'attente est quasi-inexistante sans penser que le débordement de l'urgence, les restrictions budgétaires ne viendraient perturber cette attente, nous n'aurions pas besoin d'adopter des comportements qui vont à l'encontre du code de déontologie des professionnels de la santé. Sir Winston Churchill déclarait, avant la fin de la Seconde Guerre Mondiale, qu'il fallait combattre la maladie « avec la même énergie, autant chez les pauvres que chez les riches, au même titre que les pompiers combattent les incendies, autant chez les pauvres que chez les riches<sup>166</sup> ». Pourtant, nous sommes forcés d'admettre que

---

<sup>163</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.38.

<sup>164</sup> *Id.*, art. 2.03.14.

<sup>165</sup> *Id.*, art. 2.03.43.

<sup>166</sup> David ROY, John R. WILLIAM, Bernard M. DICKENS, Jean-Louis BEAUDOIN, *La bioéthique, ses fondements et ses controverses*, éd. du Renouveau pédagogique, 1995, p. 96.

l'accès universel aux soins de santé est un idéal qui n'existera jamais même si la loi vise à garantir à tous les Canadiens cet accès aux services de santé requis par leur état.<sup>167</sup> Le principe fondamental en est un d'égalité, retrouvé tant dans la *Charte canadienne des droits et libertés*<sup>168</sup> que la *Charte des droits et libertés de la personne*.<sup>169</sup> Nous constatons que malgré que nous soyons tous égaux, le statut social exerce une certaine influence sur le comportement humain et donc sur l'accessibilité aux soins : nos constatations sont à l'effet que *certaines sont plus égaux que d'autres*.

---

<sup>167</sup> *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C., c. C-6.

<sup>168</sup> L.R.C. (1985), art. 7.

<sup>169</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, précitée, note 159, préambule.

## Chapitre II – Le contrat de soins médicaux

### A. Formation du contrat de soins médicaux

Tel que nous l'avons énoncé antérieurement<sup>170</sup>, la jurisprudence a déjà bien établi le principe que dès qu'un patient entre dans le bureau du médecin, se forme alors entre ce patient et ce médecin un contrat médical<sup>171</sup>. En plus des aspects du contrat médical dont nous avons discuté plus haut, la doctrine et la jurisprudence ont défini le contenu de ce contrat<sup>172</sup> qui comporte pour le médecin quatre obligations :

- L'obligation au secret professionnel
- L'obligation de renseigner
- L'obligation de soigner
- L'obligation de suivre

Nous regarderons chacune des obligations et leur implication dans le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque.

#### 1. L'obligation de renseigner

« Un silence peut être parfois le plus cruel des mensonges ».  
R.O. Stevensons, *Virginibus Puerisque*

Le devoir de renseignements au patient s'applique à toute forme de traitement et prend une importance particulière à l'occasion d'une intervention chirurgicale. Il se

---

<sup>170</sup> *Supra*, p. 34 et ss.

<sup>171</sup> *Bordier c. S.*, précité, note 66, 408-409.

<sup>172</sup> P.LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S.PHILIPS-NOOTENS, *précité*, note 51, p. 107.

située aux deux extrémités de l'intervention, c'est à dire avant qu'elle ne soit entreprise et après sa réalisation. Toutefois, l'objet de cette information au patient est distinct selon qu'elle précède ou suit l'intervention. Dans le premier cas, elle vise à assurer le consentement éclairé du malade avant d'autoriser le chirurgien à procéder, et dans le second, elle a pour but d'informer le patient des conséquences et des nécessités découlant de son état de convalescent.

Toute intervention chirurgicale, même la plus bénigne, conduit le chirurgien à porter atteinte à l'intégrité physique du patient.<sup>173</sup> La personne humaine étant inviolable, cet acte de soins doit être pratiqué avec le consentement du malade.<sup>174</sup> Or, non seulement est-il tenu, sauf dans les situations d'urgence<sup>175</sup> d'obtenir le consentement du patient, il faut en plus que ce consentement soit libre et éclairé.<sup>176</sup> Ce consentement libre et éclairé constitue un élément essentiel de la relation médecin-patient,<sup>177</sup> et n'est valable que dans la mesure où l'information reçue permet au patient de mieux juger la situation en toute connaissance de cause ; le médecin doit donc fournir une information suffisante<sup>178</sup> et pertinente. Le *Code de déontologie des médecins*<sup>179</sup> à l'article 2.03.29 définit comme suit l'obligation du médecin d'informer son patient :

---

<sup>173</sup> R. et J. SAVATIER, J.-M. AUBY et H. PÉQUIGNOT, *Traité de droit médical*, Paris, Librairies techniques, 1956, no. 274, p. 248.

<sup>174</sup> C.c.Q., art. 10.

<sup>175</sup> *Id.*, art. 13.

<sup>176</sup> C.c.Q art 10.

<sup>177</sup> *Hopp c. Lepp*, [1980] 2, R.C.S. 192.

<sup>178</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, précitée, note 159, art. 44.

<sup>179</sup> *précité*, note 47, art. 2.03.29.

« Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant ou les personnes dont le consentement peut être requis par la loi ont reçu les explications nécessaires portant sur la nature, le but et les conséquences possibles de l'investigation, du traitement ou de la recherche que le médecin s'apprête à effectuer. »

Ce droit du patient est considéré comme fondamental. De plus, malgré les nombreux intervenants impliqués auprès du patient cardiaque, « il appartient au médecin traitant, au chirurgien qui fera la procédure d'obtenir le consentement du malade<sup>180</sup>. » Quelle devrait être l'étendue de cette information?

a) L'étendue du devoir d'information

Depuis la décision de la Cour Suprême dans les affaires *Hopp c. Lepp*<sup>181</sup> et *Reibl c. Hughes*<sup>182</sup>, la jurisprudence a foisonné de décisions qui permettent de mieux cerner le devoir d'information du médecin. Une quantité considérable de décisions judiciaires a défini les contours du devoir d'informations du médecin. La doctrine a bien résumé ce contenu<sup>183</sup>.

Lesage-Jarjoura<sup>184</sup> précise que, d'une manière générale, l'information doit porter sur les éléments suivants :

<sup>180</sup> P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD, S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 51 p. 113.

<sup>181</sup> *précité*, note 177, p.192.

<sup>182</sup> [1980] 2 R.C.S. 880.

<sup>183</sup> François TÔTH, « L'obligation de renseignement du médecin en droit civil québécois », conférence présentée dans le cadre d'un colloque du Canadian Institute tenu le 29 octobre 1990 à Montréal et intitulé « Responsabilité médicale et hospitalière » : *Aspects éthiques et juridiques*. p. 31. et P.LESAGE-JARJOURA, « Le consentement à l'acte médical : l'obligation de renseigner », *Le Clinicien*, mai 1998, p. 161-172.

<sup>184</sup> P.LESAGE-JARJOURA, *id.*, note 181.

- La nature de la maladie
- La nature de l'intervention ou du traitement
- Les risques prévisibles, probables
- Les résultats escomptés
- Les choix possibles (ainsi que les risques et bienfaits de chacun)
- Les conséquences d'un refus, si envisagé
- Les réponses aux questions pertinentes.

- Le diagnostic

Depuis deux décennies, le droit à la vérité est un concept nouveau. Le patient a également changé d'attitude: il veut se responsabiliser à l'intérieur du plan de traitement, refusant mystères et dissimulations. Or, le médecin n'est pas d'emblée naturellement doué pour transmettre l'information mais on lui demande de décrire la véritable situation de façon claire et objective afin de réduire l'angoisse et permettre au malade d'adhérer lucidement à la décision thérapeutique. Le diagnostic est essentiellement une opinion et peut s'avérer inexact<sup>185</sup> sans toutefois pour autant constituer une faute. Il s'établit selon la nature de la maladie identifiée à l'aide des renseignements donnés par le patient, d'après les signes et symptômes et les résultats des différentes épreuves de laboratoire et examens diagnostiques.

La Cour Suprême nous rappelle dans l'arrêt *Laferrière c. Lawson*<sup>186</sup> qu'un malade qui consulte désire avant tout connaître son diagnostic. Il veut savoir de quoi il souffre et comment recouvrer la santé. Le *Code de déontologie des médecins*<sup>187</sup>

---

<sup>185</sup> J.L.BAUDOIN et P.DESLAURIERS, *loc. cit.*, note 76, no.1452, p. 874.

<sup>186</sup> *Laferrière c. Lawson*, [1991] 1 R.C.S. 541.

<sup>187</sup> *précité*, note 47, art. 2.03.18.

invite donc le médecin à « 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 éclairés ». Dans le domaine de la chirurgie cardiaque, il n'est pas rare de voir un chirurgien référer un patient à un confrère qui possède une expertise reconnue dans l'exécution d'une technique chirurgicale particulière. Son sens de la responsabilité envers son patient l'oblige à tenir compte, dans l'exercice de sa profession, de ses capacités et connaissances, de leurs limites, ainsi que des moyens à sa disposition; il doit, le cas échéant, consulter ou orienter ailleurs son patient.<sup>188</sup>

En chirurgie cardiaque, le patient qui consulte connaît généralement (ou pense connaître) son diagnostic : non seulement pense-t-il le connaître mais il a en tête un parent, un ami, un voisin qui a été opéré « à cœur ouvert ». Déjà là, le chirurgien doit corriger l'information : la chirurgie cardiaque ne se limite pas à réaliser des pontages aortocoronariens et chaque malade présente une situation unique variant d'une coronaropathie, une valvulopathie, un anévrisme, une tumeur mixomateuse\*, une cardiopathie congénitale, etc. Ces pathologies diffèrent dans leur origine et dans leur évolution; l'information du chirurgien doit être claire et bien comprise puisqu'elle influencera sa conduite et celle du patient. Il doit donc l'adapter au contexte, au degré d'instruction et de compréhension du malade. Il doit tenir compte de son état psychologique, physique et social : les Français parlent d'une information «simple,

---

<sup>188</sup> *Id.*, art. 2.03.16.

approximative, intelligible et loyale». <sup>189</sup> Une fois le diagnostic expliqué, la nature et le but du traitement doivent être expliqués.

- Nature et but du traitement

Avant de donner son consentement, le patient doit connaître le but et la nature du traitement <sup>190</sup>. Non seulement doit-il consentir à ce que le chirurgien veut faire mais il doit consentir sur la façon de le faire <sup>191</sup>, il doit avoir une idée exacte, bien que générale, de l'étendue de l'intervention proposée.

Une des stipulations contractuelles tient à l'obligation du médecin d'informer le malade sur la nature de l'acte médical; si cette obligation qui repose uniquement sur ses épaules et non sur celles de son malade n'est pas respectée, il commet une faute contractuelle. Le chirurgien doit donc décrire la procédure sans nécessairement avoir à donner un cours de médecine; <sup>192</sup> il doit le faire en termes simples, objectifs, approximatifs et concis. <sup>193</sup> Les renseignements qu'il transmet ne doivent pas être de nature à effrayer ou déprimer le patient inutilement; selon son jugement clinique, si le médecin ne croit pas que le malade soit en mesure de recevoir toutes les informations à cause de son état émotif ou psychologique, il peut retenir certains des renseignements qu'il aurait normalement divulgué; il devra alors être capable, s'il est

---

<sup>189</sup> Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant *Code de déontologie médicale*, art. 35.

<sup>190</sup> *Bordier c. S.*, précité, note 66, 321.

<sup>191</sup> *Id.*

<sup>192</sup> *Dulude c. Gaudette*, [1974] C.S. 621.

<sup>193</sup> Alain BERNARDOT et Robert P. KOURI, *op. cit.*, note 79, no. 172, p.117.

plus tard appelé à le faire, de démontrer que l'état du patient l'empêchait effectivement de lui divulguer l'information.<sup>194</sup>

Le médecin doit également révéler au patient le but du traitement : s'agit-il d'améliorer la qualité de la vie ou de la prolonger ou les deux à la fois? Les interventions prodiguées en chirurgie cardiaque ont un but thérapeutique bien précis: il s'agit de redonner au patient une qualité de vie et une capacité fonctionnelle dans ses activités quotidiennes. Certaines chirurgies comportent un aspect d'imprévisibilité qui ne permet pas d'assurer avec certitude leur déroulement. Par exemple, le patient qui présente un anévrisme de l'aorte ascendante peut se retrouver au réveil de sa chirurgie avec une valve aortique mécanique. Dans un premier temps, le chirurgien établit les dommages causés par l'anévrisme, dommages non toujours visibles aux examens, pour se rendre compte qu'il doit exécuter plus qu'une résection d'anévrisme: il doit réimplanter les coronaires et remplacer la valve aortique. Le patient doit être conscient qu'il s'agit d'une chirurgie à la fois exploratrice et curative et que le consentement donné à cette intervention a une portée plus large que le consentement donné à une chirurgie plus limitée.

De toute évidence, le traitement médical ou chirurgical de la maladie cardiaque n'assure pas une guérison complète et permanente de la maladie. Doctrine et jurisprudence s'entendent pour définir l'obligation du médecin comme une obligation de moyens. Elle comporte celle de se conformer à des standards

---

<sup>194</sup> L'Association médicale canadienne, « Pour une prise de décision éclairée par le patient », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1986; 135 : 1208B.

généralement reconnus dans la profession. Le critère acceptable demeure celui du chirurgien normalement prudent et compétent.<sup>195</sup>

Le *Code de déontologie des médecins*<sup>196</sup> demande à ces derniers d'exercer leur profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles : à cette fin, ils doivent se tenir à jour et perfectionner leurs connaissances. Ils doivent également s'abstenir de garantir, directement ou indirectement, expressément ou implicitement, la guérison d'une maladie.<sup>197</sup>

Le chirurgien doit donc faire part du caractère permanent ou temporaire de la chirurgie. Par exemple, le patient doit savoir que si sa valve mitrale est remplacée non par une valve mécanique mais par une bioprothèse (valve porcine, valve bovine), il aura à subir de nouveau une chirurgie semblable quelques dix ou quinze ans plus tard. Par contre, la fermeture d'une communication inter-auriculaire présente généralement un caractère permanent. Le chirurgien renseigne également sur les effets indésirables qui peuvent découler de la chirurgie. Il doit en divulguer les risques graves, fréquents et inévitables.

#### • Les risques

Une chirurgie, malgré ses bienfaits, occasionne parfois des conséquences néfastes, parfois inévitables et irréversibles : ce sont les risques. Le risque réfère à un

---

<sup>195</sup> J.L. BEAUDOIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.* note 76, no. 1419, p.850.

<sup>196</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.15.

<sup>197</sup> *Id.*, art. 2.03.13.

danger éventuel plus ou moins prévisible. Puisque le chirurgien doit obtenir de son malade un consentement éclairé, il doit nécessairement lui en expliquer les risques et dangers présents. Il deviendrait trop facile pour un malade insatisfait de reprocher au médecin de ne pas l'avoir informé de l'existence d'un risque qui s'est concrétisé. « Avoir su, je n'aurais jamais accepté l'intervention ... ». *Reibl c. Hughes*<sup>198</sup> confirme l'obligation du médecin de dévoiler les risques : en voici les grandes lignes : Monsieur Reibl, âgé de 44 ans, a subi une endartérectomie carotidienne en 1970. Docteur Hughes effectue la chirurgie d'une façon compétente. Malheureusement, pendant ou immédiatement après la chirurgie, monsieur Reibl subit un accident cérébro-vasculaire qui le laisse hémiplégique du côté droit de son corps. Il en demeure hypothéqué. Même s'il avait consenti à l'opération, il a plaidé que son consentement n'était pas éclairé. Avoir su qu'un tel risque était présent et compte-tenu du caractère non urgent de la chirurgie, il aurait retardé la date d'opération puisqu'il ne lui restait que dix huit mois de travail à effectuer chez son employeur avant d'être éligible à une pension de retraite. À cause de cet accident, il a été privé de ce bénéfice. Depuis cet arrêt, la Cour suprême qui avait jusqu'à ce moment utilisé le critère du médecin raisonnable, se tourne maintenant vers la notion du patient raisonnable. Elle établit que les risques d'une chirurgie seront divulgués selon un critère objectif.

Ce critère objectif ou critère du patient raisonnable consiste à se demander si une

---

<sup>198</sup> *Reibl c. Hugues*, précité, note 182, également *O'Hearn c. Estrada*, J.E. 84-449 (C.A.).

personne raisonnable, placée dans la même situation que le patient, aurait accepté ou refusé le traitement si elle avait connu tous les risques. Monsieur le juge Corey, dans l'arrêt *Ciarlariello c. Schacter*,<sup>199</sup> nous laisse la réflexion suivante :

« Pour décider si un risque est important et doit en conséquence être expliqué au patient, il convient d'adopter un point de vue objectif. La question clef dans cette décision est de savoir si une personne raisonnable se trouvant dans la situation du patient souhaiterait connaître le risque»

L'application du critère de l'étendue du devoir d'information pose un certain problème : comment peut-on exiger du médecin de donner toutes les informations possibles pour être ainsi certain que la décision du patient sera éclairée. Le contrôle de l'information ne revient-t-il pas à contrôler la décision du patient? Il est utopique d'exiger d'un médecin qu'il divulgue tous les risques possibles, ceci équivaldrait à le soumettre à une obligation de résultat. Mais quels sont donc les risques qu'un chirurgien doit divulguer?

Dans *Hopp c. Lepp*<sup>200</sup> le juge Laskin affirme qu'un chirurgien :

« doit répondre aux questions précises que lui pose le patient sur les risques courus et doit sans qu'on le questionne, lui divulguer la nature de l'opération envisagée, sa gravité et tous risques importants et tous risques particuliers ou inhabituels que présente cette opération. »

Dans *Reibl c. Hughes*<sup>201</sup> la Cour complète en quelque sorte les affirmations du juge Laskin :

<sup>199</sup> *Ciarlariello c. Shacter*, [1993] 2 R.C.S. 119, 133.

<sup>200</sup> *précité*, note 177, 210.

<sup>201</sup> *précité*, note 182, 894.

« Le devoir de divulgation du médecin s'applique aussi bien à ce qu'il sait ou devrait savoir qu'un certain patient considère pertinent à la décision de subir ou non le traitement prescrit, qu'aux risques importants que les connaissances médicales permettent d'identifier ».

Il est impensable qu'un médecin révèle tous les risques possibles<sup>202</sup> pas plus qu'il ne peut révéler tous les risques inférieurs à 1%<sup>203</sup>. Par contre, dans le domaine de la chirurgie esthétique, cette obligation présente un caractère plus strict. Les auteurs s'entendent généralement sur la liste des risques à être dévoilés par le médecin<sup>204</sup> :

- probables et prévisibles;
- rares, si graves et particuliers au patient;
- connus de tous, si particuliers au patient;
- importants, si graves et déterminants dans la décision;
- accrus, lorsqu'un choix est possible;
- tout risque connu, dans le cas de la recherche ou d'un protocole expérimental.

Le chirurgien cardiaque doit donc évaluer chaque cas selon les circonstances. Il le traduit au patient en terme de pourcentage de risques de mortalité et c'est au malade d'en apprécier la gravité. Par exemple, une revascularisation coronarienne chez un malade en bonne condition comporte un risque de mortalité de 2%. Selon une échelle connue, celle de Parsonet<sup>205</sup> qui compte tous les états morbides associés qui contribuent au risque chirurgical (diabète, insuffisance rénale, condition pulmonaire,

<sup>202</sup> *Gouin-Perreault c. Villeneuve*, [1986] R.R.A. 4 (C.A.).

<sup>203</sup> *Saucier c. Wise*, [1990] R.R.A. 283 (C.S.): un risque inférieur à 1% est qualifié de risque imprévisible et peu probable, il n'a pas à être divulgué; le médecin n'a pas à divulguer au patient toutes les complications possibles dont la fréquence est rare, soit, en l'espèce, un risque de ¼ de 1% à 1% ce qui le rend « normalement imprévisible ».

<sup>204</sup> P. LESAGE-JARJOURA, J.LESSARD, S.PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 51, p.121.

<sup>205</sup> Annexe III: échelle de Parsonet.

insuffisance cardiaque...), chaque morbidité en soi ajoute aux risques chirurgicaux de mortalité et comporte en soi un risque inhérent. Il est impératif que le médecin préserve la preuve de l'information qu'il a donnée<sup>206</sup> surtout dans certains cas où les risques sont particulièrement élevés.

Le médecin est convié à décrire les dangers post-opératoires susceptibles de se produire. En contre-partie, l'Association Médicale Canadienne demande à ses membres d'éviter les renseignements qui soient de nature à effrayer ou à déprimer inutilement le patient<sup>207</sup>. Après avoir abordé la raison d'être de l'indication chirurgicale, voici les principaux risques qu'un chirurgien cardiaque divulgue habituellement à ses patients :

- Mortalité
- Saignement per ou post-opératoire
- Infarctus péri-opératoire ou post-opératoire
- Accident cérébro-vasculaire (ACV)
- Arythmies
- Obstruction des greffons
- Insuffisance respiratoire
- Infection de la plaie
- Phlébothrombose et embolie pulmonaire
- Persistance de symptômes (angine, insuffisance cardiaque).

Dans *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden Bourgault*<sup>208</sup>, une nuance est apportée entre les risques qui précèdent l'intervention et les risques post-opératoires et leurs symptômes :

---

<sup>206</sup> Pierre SARGOS, conseiller à la Cour de cassation, « Le médecin est désormais tenu de rapporter la preuve qu'il a informé son patient des risques de sa maladie et des investigations ou du traitement proposés », *L'Entreprise médicale*, numéro 138, 10 mars 1997, p. 2.

<sup>207</sup> ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, *op. cit.*, note 194.

<sup>208</sup> (No. 200-09-000914-967) (C.A.) 2 avril 2001.

« Dans cette [dernière] situation, il s'agit de prévenir le patient des précautions à prendre, de la médication à absorber ou des gestes à poser si les risques ou indices se manifestent alors que l'information pré-opératoire est nécessaire en vue de donner au patient la pleine connaissance des conséquences de l'opération et de s'assurer d'un consentement éclairé. Le suivi post-opératoire est essentiel; il doit être adéquat et sécuritaire et ces qualités ne seront rencontrées qu'au prix d'une information appropriée. »

Dans la plupart des cas, si le médecin n'a pas commis de fautes techniques, le juge doit rechercher si l'abstention du médecin dans l'information ou si l'information incomplète est la cause directe du dommage.

b) Les conséquences d'un refus

Le droit de consentir ou de refuser un traitement médical est reconnu depuis longtemps par les tribunaux : un patient demeure maître de son corps et a le droit de refuser un traitement même si cette décision ne semble pas la meilleure au yeux du médecin et qu'elle entraîne la mort. Le droit de refus est un corollaire du droit à l'autodétermination. *La Charte des droits et libertés*<sup>209</sup>, *la Charte des droits et libertés de la personne*<sup>210</sup> ainsi que le *Code civil du Québec*<sup>211</sup> donnent cette liberté de pouvoir prendre des décisions comme le droit à la vie, à la sécurité, à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne. Un chirurgien qui forcerait un patient à subir une intervention cardiaque irait à l'encontre du principe de ces droits. Dès 1914, une décision avait été rendue à cet effet :

---

<sup>209</sup> L.R.C., (1985), art. 7.

<sup>210</sup> précitée, note 159, art. 1.

<sup>211</sup> C.c.Q. art, 3 et 10.

« Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body; and a surgeon who performs an operation without his patient's consent commits an assault, for which he is liable in damages<sup>212</sup>.»

Comme condition au refus, il faut que le médecin s'assure que le patient a bien compris les implications de son refus et des risques que cela comporte. À partir du moment où il s'est assuré que le patient devant lui est une personne apte à consentir ou à refuser des soins, le chirurgien ne peut aller à l'encontre de la décision. Il ne peut que s'incliner devant cette situation et aviser le patient qu'il ne le reverra que si ce dernier reconsidère sa décision. Le droit à l'autonomie de la personne, et donc la liberté de faire des choix conformément à ses propres valeurs personnelles, l'emporte sur les opinions et les valeurs du médecin<sup>213</sup>.

Dans l'affaire *Nancy B.*<sup>214</sup> qui avait soulevé de grands débats médiatiques, le tribunal rappelle que toute personne adulte et compétente est libre de choisir de ne pas commencer ou de ne pas continuer un traitement médical. C'est ainsi qu'un patient peut consulter un chirurgien cardiaque sur demande du cardiologue sans être obligé d'accepter le traitement proposé, en l'occurrence la chirurgie, pour s'en tenir à un traitement plus conservateur tout en sachant que cela lui occasionnera des problèmes de douleur, d'inconfort, de fatigue, de détérioration de son état de santé pouvant aller de l'infarctus jusqu'à la mort. Le chirurgien ne peut être trouvé coupable d'avoir violé son devoir professionnel en respectant le droit du patient. Le

---

<sup>212</sup> *Schloendorff v. Society of New York Hospital*, 211 N.Y. 125 (1914).

<sup>213</sup> *Malette c. Shulman*, (1990) 72 O.R. 417 (C.A. Ont.) p. 424.

<sup>214</sup> *Nancy B. c. Hotel-Dieu de Québec*, (1992) R.J.Q. 361 (C.S.), p. 364.

droit à l'autonomie est quasi-absolu même s'il ne s'agit pas d'une maladie fatale et que la mort en résulte<sup>215</sup>.

c) Les dispenses du devoir d'information

Il existe certaines circonstances où le médecin peut voir son devoir d'information réduit, et même dans certains cas, devenir inexistant. Voici donc ces circonstances.

Certains patients renoncent à leurs droits à l'information en se disant que le chirurgien est la personne compétente et qu'il « sait ce qu'il fait ». Cette attitude du patient envers son chirurgien est lourde de conséquences et remet l'entière responsabilité sur les épaules de ce dernier. Comment le chirurgien doit-il se comporter dans ces cas-là?

Sur ce point, les juristes sont partagés puisque le problème du consentement éclairé demeure. Comment peut-on donner un consentement éclairé sans recevoir d'information sur une chirurgie qui porte atteinte à l'intégrité de la personne?

Pourtant, il nous apparaît difficile d'informer un patient contre son gré. Certains juristes reconnaissent que la renonciation au droit à l'information est acceptable dans le cas d'interventions chirurgicales ou médicales mais ne saurait l'être dans les cas de procédures non thérapeutiques, dans un contexte de recherche ou encore lorsque la procédure est importante et présente des risques significatifs ou sérieux<sup>216</sup>.

---

<sup>215</sup> Denise TREMBLAY, « Les décisions de fin de vie et le respect de l'autonomie de la personne, dans Les droits de la personne et les enjeux de la médecine moderne », Les Presses de l'Université Laval, Sainte-Foy, 1996, p.69.

<sup>216</sup> F.A. ROZOVSKY, *Consent to treatment : a Practical Guide*, 2<sup>e</sup> édition, Boston, Little, Brown and Company, 1990, p. 84-85.

« Un médecin est tenu d'informer son client que tout procédé thérapeutique comporte un espoir de bienfaits assombri par la réalisation éventuelle de risques. Il doit faire prendre conscience à son patient que si celui-ci connaissait les coordonnées d'une thérapie, il serait peut-être enclin à refuser un traitement ou une intervention que le médecin estime, quant à lui, souhaitable<sup>217</sup> ».

Certains malades renoncent à toute discussion sur les risques associées à la chirurgie et consentent d'emblée au traitement en acceptant les conséquences; le chirurgien doit alors documenter soigneusement le refus du patient d'obtenir les informations nécessaires à son consentement.

Habituellement, un chirurgien cardiaque n'accepterait pas de procéder ainsi à moins d'une urgence<sup>218</sup>; il s'attend à ce que le malade reçoive un minimum d'informations pour permettre de donner un consentement éclairé. Dans le cas où le patient est réellement inapte à le donner, le chirurgien cherchera ce consentement auprès de personnes qui sont investies à son égard d'une autorité légale ou qui sont autrement autorisées par la loi à recevoir l'information nécessaire dans le but de donner un consentement<sup>219</sup>.

Que le patient refuse d'être informé ou non, il existe une obligation supplémentaire pour le chirurgien à l'égard du patient qu'il inscrit sur sa liste d'attente : il doit l'informer des éléments propres à cette liste : délais, critères de priorisation, conduite à tenir pendant l'attente et confirmation de sa disponibilité si le

---

<sup>217</sup> Louise POTVIN, *L'obligation de renseignement du médecin*, éd. Yvon Blais, Cowansville, 1984, p.72.

<sup>218</sup> C.c.Q., art. 13.

<sup>219</sup> C.c.Q. art 15 et ss.

malade en sent le besoin.

En plus de la renonciation du patient qui pourrait justifier de ne pas divulguer d'informations, le médecin pourrait aussi recourir à la notion de privilège thérapeutique pour retenir certaines informations s'il estime que la divulgation de cette information peut causer un préjudice grave à la situation du patient.

En pratique, une telle situation est extrêmement rare en chirurgie cardiaque. Le médecin ne saurait s'appuyer sur la notion de privilège thérapeutique pour ne pas divulguer de l'information, s'il croit que la divulgation d'informations amènerait le patient à refuser des soins. Dans un tel cas, le médecin se trouve à choisir à la place du patient, ce qui serait inacceptable.

Dans un contexte d'urgence, le devoir d'information du médecin peut également être réduit et même disparaître complètement si le temps ne permet pas d'exécuter correctement ce devoir d'information. Enfin, le patient déjà informé n'a pas à être réinformé à nouveau dans la mesure où le chirurgien cardiaque s'assure que le patient a bien reçu toute l'information pertinente.

#### d) Les alternatives thérapeutiques

Lorsqu'une chirurgie cardiaque est indiquée, hormis l'angioplastie coronarienne, il existe peu d'alternatives thérapeutiques. Par contre, au niveau chirurgical, le patient a un « certain choix » : nous savons maintenant, avec l'évolution technologique, que différentes approches chirurgicales peuvent s'offrir au patient.

Par exemple: la chirurgie coronarienne peut s'effectuer selon deux méthodes<sup>220</sup> : 1) Pontage sous circulation extra-corporelle 2) Pontage à cœur battant (lorsqu'applicable). Pour des raisons de convictions religieuses, un patient peut vouloir choisir la deuxième méthode.<sup>221</sup> Au niveau de la chirurgie valvulaire, le chirurgien offre de réparer la valve, si possible, ou de la remplacer par une valve mécanique ou une bioprothèse. Même si la compétence du chirurgien lui permet de porter un jugement valable sur la technique qu'il considère la plus appropriée, la Cour sanctionne la conduite des médecins qui effectuent un choix à la place du patient<sup>222</sup>. Le patient doit être conscient que le consentement donné à une valvuloplastie a une portée plus large : si au moment de la chirurgie, il s'avérait impossible de réparer la valve, le chirurgien se verrait dans l'obligation de la remplacer. Dans cette éventualité, le chirurgien a l'obligation d'expliquer qu'il en existe deux catégories: les prothèses mécaniques et les bioprothèses. Chacune présente des avantages et désavantages. La valve mécanique, implique la prise d'anticoagulants pour le reste de la vie ; la bioprothèse (valve porcine ou bovine) n'en nécessite aucunement, par contre, contrairement à la valve mécanique qui est fonctionnelle pour la durée de vie du patient, la bioprothèse demande une

---

<sup>220</sup> Une 3<sup>e</sup> méthode fera son apparition sous peu : des pontages pourront être exécutés sous laparoscopie.

<sup>221</sup> Les témoins de Jéhovah, par exemple. Les plus puristes vont même jusqu'à refuser la chirurgie si la circulation extra-corporelle doit être utilisée: dans leur religion, le sang ne doit pas sortir du corps pour y entrer à nouveau. La technique du « cœur battant » satisfait à ces exigences mais elle n'est pas toujours applicable.

<sup>222</sup> *Sunne c. Shaw*, [1981], C.S., p. 623. : Dans cette décision, le chirurgien dentiste et le plasticien avaient omis d'informer la patiente de l'existence d'un traitement plus conservateur et moins risqué.

réintervention dans les dix à quinze ans suivants. Le patient doit en être informé puisque le choix de la valve lui est laissé après avoir entendu les explications du chirurgien sur le sujet. Les exemples suivants illustrent l'importance d'offrir ces alternatives thérapeutiques au malade : une jeune femme désirant une grossesse choisira une bioprothèse pour éviter des malformations congénitales chez le fœtus; d'ailleurs, l'anticoagulant empêcherait de rendre à terme le bébé. Un patient demeurant loin de tout établissement de santé, pharmacies, cliniques pourrait opter également pour une bioprothèse; par contre, un jeune patient de 45-50 ans, afin d'éviter une réintervention, choisira la valve mécanique.

Cette attitude du chirurgien d'informer adéquatement le malade permet non seulement de le faire participer et de le responsabiliser face au traitement, mais il favorise également l'établissement du lien de confiance essentiel à l'obtention d'un consentement libre et éclairé.<sup>223</sup>

e) Le délai d'attente et la conduite à tenir entre-temps

Le contrat de soins s'établissant entre le patient et son médecin, il revient à ce dernier d'aviser le malade du délai « raisonnable » acceptable pour sa pathologie mais également le délai possible d'admission. Ignorer le contexte actuel du système de santé, avec les manques évidents de ressources serait sans doute, dans l'état présent des choses, contraire à l'éthique. Mais il serait tout aussi contraire à l'éthique

---

<sup>223</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.09.

de ne privilégier que la raison économique. Ces contraintes sociales qu'on lui impose placent le médecin en conflit avec sa conscience professionnelle : il fut un temps où on le laissait « soigner » son malade; aujourd'hui, on lui impose de « gérer l'état de santé du client » à travers les dédales d'un système de santé essoufflé par la demande.

Afin de ne pas perdre de vue aucun de ses patients, le chirurgien doit s'informer régulièrement de l'évolution de la liste d'attente et des délais encourus. Dans la mesure du possible, il ne doit pas faire abstraction de cette liste et promettre un délai d'admission irréaliste au malade assis en face de lui. Le médecin doit être loyal, intègre et attentif envers son patient<sup>224</sup> mais ne doit pas le tromper.<sup>225</sup> Devant l'anxiété du patient, il pourrait être tentant de lui assurer une chirurgie en dedans d'un mois; mais si cette pratique « soulage » la conscience du médecin en se donnant l'impression qu'il a rempli son devoir d'information, il augmente inutilement l'inquiétude du patient en l'effrayant, ce que l'Association Médicale Canadienne rejette<sup>226</sup>. Nous comprenons que le médecin veuille offrir ce qu'il y a de mieux au patient mais les restrictions des ressources obligent à placer sur la même liste d'attente et les cas « dangereux » et les cas « inévitables »; c'est pourquoi le système de pondération vient offrir un support technique au chirurgien; par contre, il ne garantit pas une admission rapide. Le chirurgien a donc l'obligation supplémentaire

---

<sup>224</sup> *Id.*, art. 2.03.38.

<sup>225</sup> *Id.*, art. 2.03.39.

<sup>226</sup> L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, *op. cit.*, note 194.

de donner au patient une ligne de conduite pendant cette attente et une procédure à suivre si des malaises surviennent. Il s'agit d'un élément essentiel qui est imposé à la fois au médecin et à l'hôpital. L'insuffisance ou l'inéquation de cette information peut entraîner la responsabilité civile du médecin ou de l'hôpital. Les éléments pertinents à souligner comprennent les points suivants :

- Les symptômes annonciateurs de danger en rapport avec la pathologie cardiaque.
- L'action à prendre lorsque l'état de santé se détériore.
- Quand doit-il se présenter à l'urgence.
- Les restrictions d'activités physiques à respecter.
- Doit-il voir son médecin de famille ou le cardiologue pour un ajustement de médication ?
- À qui peut-il se référer pendant la période d'attente pour aviser d'un changement de l'état de santé ou tout simplement d'un changement de numéro de téléphone.
- L'assurer d'un suivi même si le patient demeure en région éloignée qu'il soit à domicile ou hospitalisé
- S'assurer que le patient a bien compris les informations

Après avoir l'assurance que le patient a donné un consentement libre et éclairé, il est officiellement inscrit sur la liste d'attente .

#### f) Le médecin-résident

Un patient doit s'attendre dans un hôpital universitaire à rencontrer des médecins en formation et nous pouvons présumer d'une acceptation tacite de leurs interventions dans la mesure où il s'agit d'actes accessoires. Il faut quand même permettre au malade d'accepter ou de refuser de se faire soigner par des personnes

autres que son médecin traitant<sup>227</sup> puisque dans certaines circonstances où existe un risque plus élevé, le patient s'attend à ce que ce soit son médecin avec qui le contrat médical s'est établi, qui pose l'acte. Dans l'arrêt *Currie c. Blundell*<sup>228</sup>, un chirurgien a confié à son résident en salle d'opération, sans avoir avisé la patiente, la fermeture d'un canal artériel. Malgré une supervision adéquate, le résident déchire accidentellement l'aorte et une hémorragie massive s'ensuit, laissant des séquelles importantes à la patiente. Le chirurgien est blâmé puisqu'il n'avait jamais informé la patiente que l'intervention serait pratiquée par le résident, y compris le temps opératoire le plus délicat et qu'il n'avait pas lui-même prodigué les soins qu'il aurait dû lui-même lui prodiguer dans l'intérêt de son patient vu son expérience. Le chirurgien doit donc aviser le patient de la présence d'un médecin-résident et du rôle qu'il jouera tout au long de l'hospitalisation.

## 2. L'obligation au secret professionnel

Le médecin, lorsqu'il prononce le serment d'Hippocrate, s'engage à exercer la médecine dans la dignité, l'honnêteté et le respect du patient. Le secret professionnel fait donc partie intégrante du contrat de soins. Nous n'en verrons que les grandes lignes puisque cette facette du contrat de soins est peu pertinente pour ce travail.

Le droit au respect du secret professionnel tient lieu de droit fondamental dans la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec. L'article 5 l'énonce ainsi :

---

<sup>227</sup> A. BERNARDOT et R.P. KOURI, *op. cit.*, note 79, no 250, p. 168.

<sup>228</sup> *Currie c. Blundell*, [1992], R.J.Q., 764 (C.S.).

« Toute personne a droit au respect de sa vie privée ». L'article 9 explicite davantage :

« 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 *Code civil du Québec*, pour sa part, nous dit à l'article 35 que « toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée. Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci ou ses héritiers y consentent ou sans que la loi l'autorise. »

Le *Code des professions*<sup>229</sup> stipule également à l'article 60.4 que « le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession. Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ».

D'autre part, le *Code de déontologie des médecins*<sup>230</sup> donne la ligne de conduite suivante pour ses membres :

« Le médecin doit garder secret ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession; il doit notamment s'abstenir de tenir des conversations indiscretes au sujet de ses patients ou des services qui leur sont rendus ou de révéler qu'une personne a fait appel à ses services, à moins que la nature du cas ne l'exige »

---

<sup>229</sup> L.R.Q., c.C-26.

<sup>230</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 3.01.

Les articles 3.02 à 3.05 ajoutent des éléments explicatifs au secret professionnel. Un patient peut toutefois, pour différents motifs, relever le médecin de son obligation à la confidentialité de façon expresse ou encore de façon implicite.

### 3. L'obligation de soigner

#### a) Soigner : une obligation de moyens

L'obligation de soigner prend naissance à la base même du contrat de soins et le médecin doit tout mettre en œuvre pour remplir ce mandat.

Soigner n'oblige pas le médecin à guérir mais plutôt à *tâcher* de guérir ou soit de tenter de soulager<sup>231</sup>; il s'agit non pas d'une obligation de résultat mais de moyens. Dans ses soins au patient, le médecin a le devoir d'employer les meilleurs moyens possibles et disponibles. Cette subtilité prévoit que si une complication ou un préjudice survient, elle n'entraîne pas automatiquement la responsabilité du médecin. Pour que le médecin soit tenu responsable, le patient doit prouver qu'il y a eu faute dans l'utilisation des moyens à sa disposition, l'absence de résultat ne permettant pas pour autant de la présumer<sup>232</sup>. Évidemment, le médecin est jugé en fonction de son degré de spécialité.<sup>233</sup>

---

<sup>231</sup> R. BAUDOIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 76, no.1455, p. 875

<sup>232</sup> P.LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S.PHILIPS-NOOTENS, *op.cit.*, note 51, p. 200-201.

<sup>233</sup> *Id.*, p.205.

- Caractéristiques des soins.
- Des soins consciencieux et attentifs

Depuis l'arrêt *X c. Mellen*, en 1957, il « incombe au praticien le devoir de procurer à son patient des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science [...] »<sup>234</sup>.

Tout médecin doit tenir compte des circonstances et agir avec un grand souci de prudence et de diligence : il doit donner la même qualité de soins dont il aurait lui-même aimé bénéficier et qui est considérée comme l'attitude qu'aurait eu un bon professionnel prudent et diligent dans les mêmes circonstances. Son comportement s'apprécie donc *in abstracto*.

- Des soins conformes aux données actuelles de la science.

Le médecin doit exercer sa profession selon des principes scientifiques<sup>235</sup> selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles; à cette fin, il doit tenir à jour et perfectionner ses connaissances<sup>236</sup>. Il est responsable s'il utilise une thérapie inadéquate ou désormais dépassée, dangereuse ou pas encore éprouvée, de préférence à une thérapie qui a fait ses preuves.<sup>237</sup> Dans *McCormick c. Marcotte*<sup>238</sup>, il est souligné que « le médecin doit posséder et utiliser le même degré raisonnable de science et d'habileté que possèdent ordinairement les praticiens de milieu

<sup>234</sup> *Id.*, p. 202.

<sup>235</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.14.

<sup>236</sup> *Id.*, art. 2.03.15.

<sup>237</sup> J.L.BAUDOIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 76, no. 1457, p. 876.

<sup>238</sup> [1972] R.C.S. 18, 21.

semblables, dans des cas semblables. » Il s'agit ici d'une appréciation *in abstracto* du travail médical.

- Des soins dans le champ de compétence du médecin

Le *Code de déontologie des médecins* stipule à l'article 2.03.16 que «le médecin doit tenir compte dans l'exercice de sa profession, de ses capacités et de ses connaissances, de leurs limites, ainsi que des moyens à sa disposition; il doit, le cas échéant, consulter ou orienter ailleurs son patient ». Le chirurgien cardiaque a comme responsabilité d'élaborer un diagnostic au mieux de ses connaissances et de faire l'investigation appropriée pour déterminer quels soins et dans quel délai le patient devrait les recevoir. Le patient, lorsqu'il consulte le chirurgien est en droit de s'attendre à ce qu'on lui offre les meilleurs soins face à sa situation :

« Celui ou celle qui consulte un spécialiste a certainement le droit de s'attendre de recevoir des soins par un professionnel qui est à jour et qui se documente et est au courant des derniers développements et des dernières recherches faites dans sa spécialité <sup>239</sup> »

À partir de ses connaissances, le chirurgien est en mesure d'évaluer le degré d'urgence d'intervention de chacun de ses patients. Une fois le plan thérapeutique établi, le patient est inscrit sur la liste d'attente avec l'assurance qu'il peut revoir le chirurgien si un problème survient durant cette attente.

---

<sup>239</sup> Rouillier c. Chesnay, [1993] R.R.A. 528 (C.S.).

#### 4. L'obligation de suivre

##### a) Contenu de l'obligation

L'obligation de suivre est une des obligations contenue au contrat médical, reconnue par la doctrine et la jurisprudence et établie par le *Code de déontologie des médecins*.<sup>240</sup> Elle est issue des règles de responsabilité civile générale retrouvées dans le *Code civil du Québec* : « Toute personne a le devoir d'honorer les engagements qu'elle a contractés ». <sup>241</sup> Cette obligation consiste à ne pas abandonner le patient inscrit sur la liste d'attente même s'il n'est pas « visible » aux yeux du médecin comme le sont les patients hospitalisés. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>242</sup> souligne l'importance du suivi médical de la façon suivante : « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée. » Rappelons-nous que le malade inscrit sur la liste d'attente présente un bulletin de santé précaire; même si le médecin juge que le patient ne nécessite pas de soins justifiant une hospitalisation immédiate, il n'en demeure pas moins qu'une accentuation des malaises peut survenir et nécessiter une attention médicale. En principe, le droit à des services continus se poursuit même quand le patient est sur une liste d'attente en regard d'un contrat qualifié d'*intuitu personae*. Ce contrat exige d'abord « que le médecin choisi par le malade,

---

<sup>240</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.08, 2.03.10, 2.03.12, 2.03.46.

<sup>241</sup> C.c.Q., art. 1458. Voir également l'art. 1457.

<sup>242</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précité, note 21, art. 5.

précisément en raison de ses qualités professionnelles, compétence, expérience, remplisse lui-même ses obligations<sup>243</sup> » et le médecin ne peut pas de sa propre initiative, contrairement au patient, mettre fin au contrat médical sans justification et sans que la poursuite des soins soit assurée par un confrère.<sup>244</sup> De façon erronée, certains chirurgiens pensent qu'ils ne deviennent responsables du malade qu'au moment de l'incision en salle d'opération. Pourtant le contrat médical ne se fragmente pas en deux temps : on ne peut considérer le temps d'attente en dehors du contrat de soins. Le contrat médical comprend non seulement la rencontre avec le chirurgien, mais il continue à produire ses effets quant aux obligations du médecin pendant le délai mis à obtenir le traitement. Sinon, il s'agirait là d'un véritable abandon.<sup>245</sup> En fait, dans l'exécution de son obligation de soigner, le chirurgien cardiaque apprécie pour chacun de ses patients s'il doit lui fournir des soins immédiatement ou si un délai non préjudiciable au patient peut être acceptable. S'il décide de reporter le moment où les soins seront prodigués à ce patient, ce report ne met pas fin au contrat de soins qui se poursuit jusqu'à son exécution finale. Si le chirurgien ne veut pas continuer de suivre le patient pendant qu'il est sur la liste d'attente, il doit le transférer à un autre médecin et fournir des soins à ce patient tant que l'autre médecin ne l'aura pas pris en charge.

Même si le cardiologue veille sur le patient pendant l'attente, cela ne décharge

---

<sup>243</sup> A. BERNARDOT et R.P. KOURI, *op. cit.*, note 77, p. 19-20.

<sup>244</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.10.

<sup>245</sup> P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD, S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 51, p. 232.

pas le chirurgien de son obligation de suivre sa liste d'attente qui demeure sous sa responsabilité. C'est à lui de revoir régulièrement le contenu de cette liste :

- Combien de patients y sont inscrits?
- Quels sont les délais d'attente?
- Quel est le bilan de santé des cas les plus critiques?
- Y en a-t-il dont l'état s'est détérioré?
- Certains patients ont-ils dépassé un délai d'attente qui demande alors de reprendre des examens ? (ex : après 6 mois d'attente, il y a lieu de recommencer une coronarographie)
- Existe-t-il des difficultés à admettre ces patients?

M<sup>e</sup> Deslauriers affirme cependant que l'analyse contractuelle fait ressortir un problème de qualification quant à l'étendue des obligations assumées par le médecin et par l'hôpital<sup>246</sup> : en effet, si le patient se présente par lui-même à l'hôpital, il y a prise en charge complète par l'institution mais si la visite est précédée d'une rencontre avec le médecin, il y a alors superposition d'un contrat médical et d'un contrat hospitalier. Il existe ici une dichotomie qui peut nuire au patient puisque non seulement a-t-il affaire avec plusieurs médecins, mais en plus, l'élargissement du contrat hospitalier augmente le nombre d'acteurs possibles pour instituer un recours si un dommage survenait. Le patient risque d'intenter une action contre le mauvais débiteur.

Finalement, en prenant de l'ampleur, la notion de responsabilité partagée demeure encore assez imprécise chez les uns comme chez les autres et provoque chez le patient la sensation «d'être assis entre deux chaises» .

---

<sup>246</sup> Patrice DESLAURIERS, « Responsabilité », vol. 4, chap. IV : « La responsabilité médicale et hospitalière », *Collection de Droit 1999-2000*, p.128.

b) Le patient inscrit sur la liste d'attente : assis entre deux chaises?

Nous avons vu précédemment les différentes avenues possibles empruntées par un patient pour parvenir à rencontrer un chirurgien cardiaque. Comme nous l'avons constaté, un grand nombre d'intervenants gravitent autour du patient. Qui en est vraiment responsable? Qui est le médecin traitant, qui est consultant? La réponse demeure imprécise. En milieu hospitalier, pareil problème ne se pose pas puisque le cardiologue devient le médecin traitant du patient que l'urgentologue lui a référé et le chirurgien, le consultant. La procédure est claire : le cardiologue assure la responsabilité du patient tant que le chirurgien n'a pas pris celui-ci en charge<sup>247</sup>, c'est-à-dire jusqu'à ce que le patient se présente en salle d'opération.

La situation problématique survient lorsque le patient n'est pas en situation d'urgence et qu'il voit le chirurgien cardiaque en externe, à son bureau, référé par son médecin de famille ou par un cardiologue. S'agit-il d'une consultation, s'agit-il d'un transfert? Certains médecins démontrent un empressement marqué « à faire voir » le patient au chirurgien afin de se soulager de la pression que l'état de santé du patient exerce sur eux : le patient fait désormais partie de la liste du chirurgien. Ouf!?

D'autre part, malgré toute l'empathie démontrée au patient, certains chirurgiens ne se sentent pas liés au niveau de la responsabilité tant qu'ils n'ont pas posé un acte chirurgical. Oups!? Le patient devient une entité flottante voguant entre différents intervenants : le médecin de famille ou le cardiologue signe l'arrêt de travail et

---

<sup>247</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.12.

remplit les formulaires d'assurances requis, le cardiologue prescrit la médication et certains examens nécessaires et le chirurgien cardiaque ne prescrit pas de médication mais peut demander des examens complémentaires en vue de la chirurgie .

Bref, le patient, surtout celui qui n'a pas de médecin de famille, se retrouve effectivement « assis entre deux spécialistes qui pensent parfois que c'est l'autre qui est responsable du patient ». Pourtant juridiquement, le médecin traitant , celui qui réfère le patient au chirurgien, est responsable jusqu'à ce que le consultant le prenne en charge; tant que le nouveau médecin n'a pas effectivement pris en charge le patient, ce dernier demeure sous la responsabilité du médecin transférant.

c) Le patient inscrit sur la liste d'attente : au cardiologue ou au chirurgien cardiaque?

Lorsqu'un médecin de famille ou un urgentologue réfère un patient à un cardiologue, c'est qu'il tient compte dans l'exercice de sa profession, de ses capacités et de ses connaissances, de leurs limites ainsi que des moyens à sa disposition<sup>248</sup>. Le cardiologue devient donc le médecin traitant de l'état cardiaque du patient et un nouveau contrat de soins s'établit entre les deux parties. Toutefois, il se peut que le cardiologue juge nécessaire une intervention chirurgicale et qu'il doive solliciter un autre spécialiste, en l'occurrence le chirurgien cardiaque, puisque le médecin s'engage envers son patient à « utiliser les meilleurs moyens qu'un homme de sciences normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances de

---

<sup>248</sup> *Id.*, art. 2.03.16.

faits, utiliserait pour parvenir à ce but ultime ». <sup>249</sup> Le cardiologue réfère donc le malade au chirurgien en fournissant à ce dernier tous les renseignements qu'il possède et qui peuvent aider au traitement. <sup>250</sup>

Le chirurgien cardiaque devient alors consultant et/ou médecin traitant : si le patient est inopérable, il est retourné au cardiologue; si la chirurgie est indiquée, le chirurgien devient le médecin traitant pour cette portion du traitement que le cardiologue ne peut exécuter lui-même. Il devient responsable du patient et il ne peut rejeter cette responsabilité sous prétexte que son rôle ne commence qu'à la salle d'opération. L'arrêt *X c. Mellen* <sup>251</sup> nous dit bien que « dès que le patient pénètre dans le cabinet de consultation du médecin, prend naissance entre celui-ci et le malade, par lui-même, un contrat de soins professionnels. » Le chirurgien ne travaille pas sur une chaîne de montage; en conséquence, il doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son patient et il doit s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle. <sup>252</sup>

En principe, le malade et le médecin ne concluent pas un nouveau contrat chaque fois qu'il faut proposer et accepter un acte médical nouveau <sup>253</sup>. Lorsque cet acte est posé par un autre spécialiste, en vertu du caractère *intuitu personae* du contrat médical, un nouveau contrat médical se forme alors et le chirurgien doit en raison de

---

<sup>249</sup> A. LAJOIE, Patrick A MOLINARI et Jean-Marie AUBRY, *op. cit.*, note 90, p. 690, par. 1094 et s.; voir également J.L. BAUDOIN et P. DESLAURIERS *op. cit.*, note 76, les no. 1450 et 1453, p. 872 et 874.

<sup>250</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.04.09.

<sup>251</sup> *précité*, note 67.

<sup>252</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47 art. 2.03.09.

<sup>253</sup> Gérard MÉMETEAU, *Droit médical*, Les cours de droit, Paris, 1996, p. 147.

ses qualités professionnelles, compétence, expérience, remplir lui-même ses obligations.<sup>254</sup> Le patient se trouve ainsi sous la responsabilité de deux spécialistes : le cardiologue et le chirurgien cardiaque puisque dans le cas d'un suivi conjoint ou d'une prise en charge partielle par le consultant, ils sont tous deux débiteurs du contrat de soins mais le partage des responsabilités n'est pas toujours clair<sup>255</sup>. Qui a préséance? C'est aux médecins d'utiliser honnêtement leur jugement en fonction des circonstances. Le cardiologue est responsable du traitement médical, il lui revient de stabiliser dans la mesure du possible l'état clinique du malade jusqu'à la chirurgie. Si malgré tout, on assiste à une détérioration non contrôlable de l'état de santé, le cardiologue doit intervenir directement auprès du chirurgien.

Certains cardiologues ont le sentiment d'être déchargés de la responsabilité du patient dès qu'ils l'ont référé au chirurgien : la crainte grandissante de faire l'objet d'une poursuite en responsabilité médicale ou de voir « mourir le patient à son nom » les font exercer une pression non négligeable sur la grille des rendez-vous du chirurgien. En réalité, leur responsabilité perdure jusqu'au jour de la chirurgie et le contrat médical ne prend fin que lorsqu'ils confient le patient aux soins d'un confrère; alors ils peuvent se retirer du dossier.<sup>256</sup> D'ailleurs, pourquoi le cardiologue serait-il déchargé de responsabilité simplement parce que le patient attend sa chirurgie à domicile? N'est-il pas responsable lorsque ce même patient est

---

<sup>254</sup> P. André CRÉPEAU, *La responsabilité civile médicale et hospitalières. Évolution récente en droit québécois*, Cahier Futur-Santé no 2, Éd. Intermonde, 1968, p. 12.

<sup>255</sup> P.LESAGE-JARJOURA, J.LESSARD, S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 51, p. 226.

<sup>256</sup> *Id.*, p. 24.

hospitalisé, en attente de cette chirurgie? Il doit donc continuer de le traiter tant qu'il n'aura pas reçu les soins requis par son état.<sup>257</sup>

Nous sommes donc en présence d'une responsabilité partagée avec le chirurgien. Ce dernier est responsable de donner au patient le traitement chirurgical dans les meilleurs délais et de s'assurer que si l'attente devient préjudiciable pour le patient, il doit lui donner priorité ou dans l'impossibilité, le faire opérer par un confrère s'il y a lieu, avec l'accord du patient. Le chirurgien demeure le seul responsable de sa liste d'attente et il doit mettre la pression nécessaire sur le système de gestion de l'hôpital afin d'assurer la sécurité des patients et leur accessibilité aux soins requis.

Donc, ni le cardiologue, ni le chirurgien ne peut refuser de réévaluer un patient sous prétexte qu'il n'est plus son patient ou qu'il ne l'est pas encore ...

## B. L'obligation de l'hôpital envers ses patients

### 1. Quelques notes historiques

La mission première des institutions hospitalières en était une d'hôtellerie et de charité envers les plus démunis de la société. Les communautés religieuses ont contribué dans une large proportion à l'établissement de ces hôpitaux qu'elles ont administrés elles-mêmes jusqu'à une époque assez récente. Les communautés assuraient la totalité des coûts hospitaliers à partir de dons, de contributions des patients et de leurs revenus propres. Après la Seconde Guerre Mondiale et avec

---

<sup>257</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.10.

l'intensification de la contribution gouvernementale québécoise dans ce domaine, il devenait difficile de répartir les coûts relatifs à l'hospitalisation de ceux engagés par les sœurs à d'autres fins. En 1962, la *Loi des hôpitaux*<sup>258</sup> permet à l'État d'assurer les responsabilités et les contrôles nécessaires à l'évolution des institutions hospitalières. Le Québec, depuis lors et surtout depuis 1970, s'est doté d'un système d'administration des services de santé qui assure « selon l'idéologie de l'époque la « gestion efficace » des sommes investies et la « participation » de la population aux décisions de l'administration publique ».<sup>259</sup>

## 2. Le contenu de l'obligation

La conception traditionnelle que nous avons d'un centre hospitalier il y a quelques années a fait place à une nouvelle réalité : l'entreprise médico-hospitalière.<sup>260</sup> Le rôle de l'hôpital s'en est trouvé élargi et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>261</sup> définit la mission du centre hospitalier comme suit :

« offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de

<sup>258</sup> *Loi des hôpitaux*, S.R.Q., 1964, c. 164.

<sup>259</sup> A. LAJOIE, P.A. MOLINARI et J.M. AUBY, *op. cit.*, note 92, pp. 1066-1067, par. 2084-2085.

<sup>260</sup> Sylvain POIRIER, *Le contrôle de l'exercice de la médecine en milieu hospitalier*, Sherbrooke, Les Éditions Revue de Droit Université de Sherbrooke, 1994, p. 5.

<sup>261</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précité, note 21, art. 81.

ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

Cette loi assure à la personne dont la vie ou l'intégrité est en danger des soins de qualité, accessibles et respectueux de ses droits.

Le droit de recevoir des soins à l'hôpital est défini par les articles 5 et 101 de *La loi sur les services de santé et services sociaux*<sup>262</sup>, énoncés comme suit :

5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.

101. L'établissement doit notamment :

1° recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins

2° dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de service visée à l'article 108.

3° veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte du besoin de la population à desservir.

4° diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services.

Ce droit est toutefois modulé par l'article 13 qui, s'il permet de choisir le professionnel et l'établissement (prévus aux art. 5 et 6) doit tenir compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au

---

<sup>262</sup> *Id.*

fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. Les mécanismes d'accès sont définis par les articles 25 et suivants du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*<sup>263</sup> en ce qui concerne l'inscription et l'admission. Nous pouvons constater que les mécanismes d'accès sont régis strictement en fonction des ressources et de l'organisation des établissements.

Une exception de taille : le *règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*<sup>264</sup> stipule que l'urgence crée l'obligation pour l'hôpital de donner des services tout de suite même si les conditions ne sont pas optimales. Nous nous devons ici de distinguer la notion d'urgence d'avec les activités de la salle d'urgence. Ce n'est pas parce qu'un patient se présente à l'urgence que son cas est priorisé. Il ne le sera uniquement que si sa vie est en danger dans l'immédiat ou si le délai à lui fournir des services peut lui causer un préjudice grave et permanent.

« 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<sup>265</sup>. »

Dans l'arrêt *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*<sup>266</sup> le juge Lebel émet sur le contrat hospitalier le commentaire suivant : « Vis-à-vis le bénéficiaire qui s'adresse à elle, l'institution fournit véritablement le service d'urgence. La prestation médicale

---

<sup>263</sup> *précité*, note 37.

<sup>264</sup> *Id.*, art. 28.

<sup>265</sup> *précité*, note 31, art. 7.

<sup>266</sup> *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1989] R.J.Q. p. 2641.

n'apparaît alors que comme l'un des éléments du service global auquel elle est tenue envers le patient. » Effectivement, le centre hospitalier doit fournir des services de santé et des services sociaux et admettre les bénéficiaires dans la mesure de ses ressources lorsqu'un médecin en fait la demande<sup>267</sup>; en attendant, l'hôpital doit inscrire sur une liste d'attente les patients non urgents. Concrètement, ceci signifie que l'hôpital est tenu d'admettre lorsqu'elle en aura les ressources toute personne qui fait l'objet d'une demande écrite, « accompagnée d'un diagnostic provisoire et faite par un médecin ou un dentiste, membre du conseil des médecins et dentistes de l'établissement et agissant dans les limites de ses privilèges. »<sup>268</sup> Le centre doit également répartir les lits mis à la disposition des bénéficiaires en fonction de leurs besoins, de l'intensité de soins ou de la gravité des maladies, des ressources de l'établissement du permis et des besoins de l'enseignement.<sup>269</sup>

À travers ces obligations très concrètes, les centres hospitaliers, en tant que Corporations, sont tenus de respecter la loi et les règlements qui les visent. Préparer un budget, adopter un plan d'organisation, se doter d'un conseil d'administration, nommer des directeurs de services, assurer la sécurité des employés et des bénéficiaires demeurent des tâches essentielles au bon fonctionnement des hôpitaux.

Évidemment, l'hôpital ne peut agir que par ses gestionnaires et les conséquences directes de certaines décisions administratives peuvent constituer des fautes à

---

<sup>267</sup> A. LAJOIE, P.A. MOLINARI et J.M. AUBY, *op. cit.*, note 92, p. 1116, no 2186.

<sup>268</sup> *Règlements sur l'organisation et l'administration des établissements*, précité, note 31, art. 26.

<sup>269</sup> *Id.*, art. 17 al. 4.

l'endroit des patients puisque l'établissement est tenu aux mêmes obligations que le médecin: il doit offrir des soins attentifs et consciencieux<sup>270</sup>. Dans l'affaire *Côté c. Hôpital l'Hôtel-Dieu de Québec*<sup>271</sup>, le patient avait subi une thrombose de l'artère spinale pendant une opération où il était sous anesthésie épidurale. Il s'ensuivit une paralysie permanente des membres inférieurs. Or, il a été prouvé qu'au moment de la thrombose, l'anesthésiste n'était pas présent dans la salle puisqu'il était de garde dans trois salles en même temps. La Cour a retenu la responsabilité de l'anesthésiste mais a retenu également celle du centre hospitalier parce qu'il avait imposé une charge de travail trop lourde et que le personnel était insuffisant pour surveiller adéquatement le patient. Il reste toutefois un dilemme éthique dans la répartition des ressources que l'hôpital arrive difficilement à gérer. Il serait trop facile d'octroyer l'entière responsabilité de la mort d'un patient en attente d'une chirurgie, uniquement au médecin. À qui revient la responsabilité de choisir lorsqu'il ne reste qu'un lit aux soins intensifs, entre le patient à l'urgence, celui dont une chirurgie majeure est en cours au bloc opératoire et celui qui, hospitalisé à l'étage pour une valvulopathie sévère, s'est fait annulé sa chirurgie trois fois? L'hôpital répartit-il correctement les ressources accordées par la Régie régionale? Favorise-t-il une bonne gestion des listes d'attente? Est-ce que l'argent donné par la Régie régionale est concrètement utilisé par l'hôpital? Ce que nous savons, c'est que l'incitatif aux

---

<sup>270</sup> P. DESLAURIERS, *loc. cit.*, note 246, p.125.

<sup>271</sup> *Côté c. Hôpital l'Hôtel-Dieu de Québec*, [1982] C.S. 906, confirmé en appel [1987] R.J.Q. 723 (C.A.).

milliers de professionnels à prendre leur retraite il y a à peine quelques années afin de réduire le déficit est coupable du mauvais service donné aux patients en attente d'une chirurgie et le jour n'est pas si loin où le médecin ne portera plus seul la responsabilité du dommage fait au patient à cause des délais d'attente inacceptables pour avoir le soin requis.

Dans le contexte d'austérité actuel, nous avons souvent l'impression que les hôpitaux n'existent que pour « faire des budgets » .

### 3. L'hôpital : sa responsabilité vis-à-vis des listes d'attente

Avec les grandes lignes tracées par le Ministère, qu'en est-il des obligations des hôpitaux vis-à-vis de la liste d'attente en chirurgie cardiaque?

L'hôpital a pour mission première de dispenser, outre les services hospitaliers, des services médicaux. Les chefs de département clinique, sous l'autorité du directeur des services professionnels<sup>272</sup>, lui-même sous l'autorité du directeur général de l'établissement<sup>273</sup> coordonnent les activités professionnelles des médecins<sup>274</sup> s'assurent de la distribution des soins médicaux en tenant compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux bénéficiaires dans le respect de l'organisation et des ressources de l'établissement.<sup>275</sup> Généralement, dans les grands centres hospitaliers,

---

<sup>272</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précité, note 21, art. 189.

<sup>273</sup> *Id.*, art. 204.

<sup>274</sup> *Id.*, art. 189, al. 1.

<sup>275</sup> *Id.*, art. 190, al. 2.

la répartition des lits vise à respecter un profil d'admission total annuel correspondant au moins à 60% pour les urgences et à 40% pour admissions différées et électives.

À la lumière de ces informations et compte tenu que la maladie cardio-vasculaire constitue la première cause de mortalité au Québec, nous croyons que l'établissement de santé a le devoir de ne jamais annuler l'admission d'un patient en attente de chirurgie cardiaque. Actuellement, les débordements du service de l'urgence offrent un obstacle de taille à l'accès aux services de santé pour les personnes inscrites sur une liste d'attente. Il est aberrant de constater que d'une part, on vise un taux d'admission de 40% pour les chirurgies électives et d'autre part, la seule solution envisagée lors des débordements d'urgence se résume en annulation d'admissions électives<sup>276</sup> puisque la loi demande que tous les patients séjournant depuis 48 heures soient automatiquement hospitalisés,<sup>277</sup> ce qui vient « couper » la possibilité d'admettre les patients de la liste d'attente. Le Ministère de la Santé a ainsi créé chez les gestionnaires d'hôpitaux la « névrose du patient qui « traîne » dans le corridor » puisque dans une telle situation, des amendes sont imposées. Chaque centre doit donc ramer de façon surhumaine pour rembourser son déficit. Chaque centre est également pénalisé s'il n'atteint pas son « quota d'activités » dans les secteurs que le Ministère a jugé prioritaire : ainsi, nous tournons dans un cercle vicieux sans fin puisque les quotas ne sont pas atteints par manque de ressources.

---

<sup>276</sup> Annexe IV: Raisons d'annulation.

<sup>277</sup> *Règlements sur l'organisation et l'administration des établissements*, précité, note 31, art. 27, al. 2.

Comment un centre hospitalier peut-il expliquer à un patient en attente depuis trois (3) mois pour une chirurgie que son admission est retardée pour une raison « d'équilibre budgétaire »?

Cette attitude met non seulement la vie du malade en danger mais elle incite ce dernier à finalement se présenter à l'urgence. Où en est le bénéficiaire?

L'hôpital a une responsabilité envers les citoyens qui s'adressent à lui, d'autant plus qu'une demande d'admission faite par le médecin crée des obligations à l'hôpital dont celle de la faire cheminer dans le processus administratif et de lui donner effet selon ses conditions particulières dans le délai approprié. Si un acte médical engage la responsabilité du médecin,<sup>278</sup> nous déduisons qu'un acte hospitalier engage également la responsabilité de l'hôpital comme « distributeur de soins ».

Présentement, la gestion de la liste d'attente découle en pratique d'une conception utilitariste de la justice, c'est-à-dire servir l'intérêt d'une majorité de patients au lieu de privilégier un petit groupe même si ce groupe est à haut risque de mortalité; pourtant, c'est ce dernier groupe qui devrait recevoir de façon prioritaire les soins requis. Théoriquement, le but est noble. Concrètement, l'hôpital ne remplit pas si bien que ça son obligation de donner les soins auxquels une personne est en droit de s'attendre, à moins qu'il ne s'agisse, bien sûr, d'une urgence.<sup>279</sup>

Même si les patients en attente de chirurgie cardiaque ne sont pas en « danger

---

<sup>278</sup> P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD, S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 51, p. 91.

<sup>279</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précité, note 21, art. 7.

immédiat » comme l'entend la jurisprudence, certains d'entre eux sont véritablement en danger : ils peuvent attendre quelques jours à domicile en restreignant au maximum leurs activités physiques mais ils ne peuvent certainement pas faire annuler leur admission pour des raisons « d'équilibre budgétaire ». Dans un tel cas, le chirurgien peut demander à son directeur de services professionnels ou son représentant de désigner un département ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition du bénéficiaire.<sup>280</sup> Pourquoi le patient électif se verrait-il reporter son admission sous prétexte que « l'urgence déborde » et pourquoi ce même patient se verrait-il attribuer un lit en moins de 48 heures s'il se présente à l'urgence?

### C. L'obligation du patient

#### 1. Devoir de collaboration

Le malade n'est point privé de tout rôle actif. Le contrat médical fait naître l'obligation de collaborer avec son médecin. En effet, dans le but de recevoir les soins pertinents à son état, le patient doit faire preuve de « franchise et de loyauté »<sup>281</sup> à l'égard du médecin en lui donnant toutes les informations relatives à son état de santé<sup>282</sup>, ce qui permet de préciser le diagnostic et les circonstances qui ont motivé l'intervention du médecin référant. Si le médecin a un devoir d'information envers son patient, nous pouvons déduire que le patient a cette même

---

<sup>280</sup> *Règlements sur l'organisation et l'administration des établissements*, précité, note 31, art. 27, par. 1.

<sup>281</sup> P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 51, p. 20.

<sup>282</sup> *Sirois c. Baillargeon*, J.E., 97-179 (C.A.); *Barreau c. Dupuis* [1997] R.R.A. 459.

obligation envers son médecin. Il doit également suivre les ordonnances et collaborer lorsque des examens diagnostiques sont demandés. Si le médecin essuie un refus de collaboration et qu'il n'existe aucune autre alternative au traitement, le patient, après avoir été dûment informé, assume seul les risques de sa décision. Par contre, pour lui en imputer la responsabilité, le médecin doit lui indiquer clairement ce qu'il a à faire. L'exemple suivant réfère au cardiologue qui recommande à son patient de prendre rendez-vous avec un chirurgien cardiaque : si le patient refuse ou ne donne pas suite à cette démarche, il ne peut se plaindre du dommage qui pourrait en résulter. Dans l'affaire *Cimon c. Carbotte*,<sup>283</sup> une dame souffrant de mastite chronique ne suit pas les recommandations de son médecin, à savoir revenir le voir pour contrôler l'évolution du problème. La mastite a évolué vers un cancer; le juge a exonéré le médecin car ce dernier « n'a pas l'obligation de la rappeler pour consultation ultérieure après lui avoir dit de revenir ».

Le contrat médical fait naître l'obligation de collaboration à la charge du malade et impose le devoir de suivre les directives qui lui sont données.<sup>284</sup> Par exemple, un chirurgien peut exiger d'un patient qu'il perde du poids afin de réduire les complications opératoires. Il est libre ou non de suivre les conseils du médecin, par contre, sa négligence constitue une des causes éventuelles de la survenance de son dommage et décharge le médecin d'un éventuel recours contre lui.

---

<sup>283</sup> [1971] C.S. 622, 630.

<sup>284</sup> A. BERNARDOT et R.P. KOURI, *op. cit.*, note 79, p. 221, no 325 à 332.

Il revient également au patient de « faire preuve de bon sens »<sup>285</sup> si des symptômes réapparaissent : tous les patients cardiaques reçoivent comme directives de se présenter à l'urgence si l'état se détériore ou d'appeler l'infirmière de liaison de la chirurgie cardiaque. Ils doivent aviser le médecin de l'évolution des symptômes et des troubles dont ils peuvent être atteints.

La collaboration du patient est essentielle pour la bonne exécution du contrat médical. Il doit se comporter de façon à permettre au médecin de remplir son obligation de bien le soigner. La réticence du malade et plus encore, les mensonges qu'il commet vis-à-vis du médecin peuvent avoir des conséquences juridiques. Il ne doit pas utiliser de chantage, de mensonge ou de menace pour avoir accès plus rapidement aux soins requis. L'exemple suivant témoigne que la non-collaboration joue parfois un bien mauvais tour. Dans un hôpital montréalais, un jeune patient est en attente de chirurgie. Ayant été admis quelques jours avant la date prévue de chirurgie puisque son état nécessitait l'avis de consultants, il voit sa chirurgie retardée puisqu'entre-temps, des cas plus urgents sont survenus. Son chirurgien envisage de lui donner congé avec réadmission confirmée pour la semaine suivante : le patient refuse de quitter et malgré les explications du chirurgien sur la situation, il décide de rester. Quelques heures plus tard, l'hôpital reçoit une lettre d'avocat disant que monsieur est prêt à attendre à l'hôpital mais que si un problème survient lors de sa chirurgie, il sera présumé être directement relié à l'attente et que l'hôpital et le

---

<sup>285</sup> P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 51, p. 21.

chirurgien en seront responsables. Le chirurgien se sentant ainsi menacé par une épée de Damocles puisque ce genre de chirurgie présente indubitablement des risques dits « normaux », refuse désormais d'opérer ce patient. Si le médecin doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son patient<sup>286</sup> *a contrario*, le patient doit également en faire de même. Le *Code civil* nous rappelle que le contrat est « un accord de volonté » où les deux parties font un échange de consentement sur un traitement.<sup>287</sup> Ce consentement doit être libre et éclairé sans l'ombre de pressions, menaces ou manipulations. « La crainte d'un préjudice sérieux pouvant porter atteinte à la personne ou aux biens de l'une des parties vicie le consentement donné par elle lorsque cette crainte est provoquée par la violence ou la menace de l'autre partie ou à sa connaissance ».<sup>288</sup> Si le patient ne peut consentir sous la menace, le médecin ne peut également pas intervenir sous le risque de cette menace. Dans le cas ci-haut mentionné, malgré les regrets de monsieur devant la conséquence de son geste, le chirurgien a référé le cas à un confrère d'un autre centre hospitalier.<sup>289</sup> Là où le patient pensait exercer un droit, se cachait plutôt l'exercice abusif d'un droit ou d'une autorité par cette menace, ce qui a vicié le consentement.<sup>290</sup> Si le malade poursuit le médecin pour un dommage causé par l'acte médical, le juge pourra tenir compte de l'attitude du malade et la considérer, au moins partiellement, comme exonératoire.

---

<sup>286</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.09.

<sup>287</sup> C.c.Q., art. 1378.

<sup>288</sup> *Id.*, art. 1402.

<sup>289</sup> *précité*, note 47, art. 2.03.10.

<sup>290</sup> C.c.Q., art. 1403.

## 2. Devoir de divulgation

Dans le but d'établir le bon diagnostic, le patient doit répondre de son mieux aux questions du médecin et ne pas hésiter à dévoiler des renseignements susceptibles, incluant des antécédents psychiatriques, d'influencer le choix, la préparation ou l'application du traitement. Le cardiologue ou le chirurgien n'a pas nécessairement en main l'ensemble du dossier du patient comme un médecin de famille peut l'avoir. Les spécialistes disposent de peu de moyens pour vérifier si le patient se fait traiter pour une autre pathologie dans un autre centre hospitalier, si ce n'est la franchise du malade. Des réponses inexactes du patient exonèrent le médecin de sa responsabilité.

Le *Code de déontologie des médecins*<sup>291</sup> stipule que le médecin n'a pas à investiguer « sur des sujets qui ne relèvent pas de la compétence médicale afin de ne pas restreindre indûment l'autonomie de son patient<sup>292</sup> » mais il doit par contre requérir tous les éléments dont il a besoin.<sup>293</sup>

Face à l'établissement de santé, le patient doit se soumettre aux exigences cléricales et fournir lors de son inscription les données démographiques demandées.<sup>294</sup> Il doit également aviser de tout changement d'adresse et numéro de téléphone, l'expérience nous révélant qu'un tel « oubli » peut retarder l'admission.

---

<sup>291</sup> *Précité*, note 47.

<sup>292</sup> *Id.*, art. 2.03.07.

<sup>293</sup> Suzanne PHILIPS-NOOTENS, «La responsabilité civile du médecin anesthésiste », (1<sup>ère</sup> partie), 1988, 19 *R.D.U.S.*, 55, p. 93.

<sup>294</sup> *Règlements sur l'organisation et l'administration des établissements*, précité, note 31, art. 23.

### 3. Devoir de respect des ressources de santé

Comme déjà mentionné, chaque individu joue un rôle actif au sein du système de santé. Son comportement entraîne un impact direct sur la répartition des ressources du système. Le régime d'assurance-maladie présente la caractéristique de la « non-limitation » des services médicaux requis. Les besoins des patients ne sont restreints que par le temps dont les médecins disposent et par l'accès aux services hospitaliers. Nous parlons ici du temps dont les médecins disposent et non du temps dont les patients disposent. En effet, les patients dont l'état justifie une chirurgie cardiaque n'ont pas à imposer leur « carnet social » au médecin. Lorsqu'un lit devient disponible pour une admission et qu'un patient le refuse parce qu'il a d'autres obligations, il ne peut rendre le médecin responsable pour les inconforts subis pendant l'attente puisque dans les temps difficiles actuels du système de santé, une date d'admission ne peut être promise à une date fixée par le patient.

L'utilisation abusive du système, le « magasinage » de médecins et d'hôpitaux aggrave la pénurie des soins au détriment des autres malades. La consultation de plusieurs spécialistes pour un même problème fausse les listes d'attente et il devient difficile de répartir équitablement la ressource en cause. En chirurgie cardiaque, il n'est pas rare de voir un patient consulter plus d'un chirurgien. Malgré ce droit qui lui est reconnu,<sup>295</sup> il n'en demeure pas moins que les coûts de transfert du dossier sont assumés par la société. Notre système de santé garantit un accès illimité sans

---

<sup>295</sup> *Code de déontologie des médecins*, précité, note 47, art. 2.03.03.

avoir à déboursier quoi que ce soit, donnant ainsi à l'utilisateur du service requis le sentiment injustifié que ce système de santé est un puits sans fin et sans fonds. Non seulement est-il irresponsable comme consommateur de soins mais en plus, il contribue à faire supporter au système de santé le fardeau des maladies reliées à son mode de vie. Il faut se rappeler que la loi impose à l'usager l'obligation d'utiliser judicieusement les ressources<sup>296</sup>

Nous ne pouvons pénaliser ceux dont l'héritage génétique est en partie responsable du problème de santé mais il n'en demeure pas moins que nous avons tous la responsabilité de prévenir l'apparition de ces maladies, dans la mesure de nos moyens<sup>297</sup>. Le patient doit présenter un comportement prudent, diligent, raisonnable, honnête et conscient de la précarité des ressources en santé.

---

<sup>296</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précité, note 21, art 3, par. 5.

<sup>297</sup> D. ROY, J.R. WILLIAM, B.M. DICKENS, J.L. BEAUDOIN, *op. cit.*, note 166, p. 385.

## CONCLUSION

Nous avons vu que la maladie cardiaque demeure encore de nos jours la principale cause de mortalité et de morbidité au Canada et qu'en lien avec le vieillissement de la population, une augmentation graduelle de la population souffrant de maladie cardiovasculaire est prévue jusqu'en 2015. À moins que notre société ne révisé les critères d'acceptabilité à une chirurgie cardiaque (âge, habitudes de vie, etc.), la demande des services va continuer de s'accroître. Afin que chaque patient ait une accessibilité adéquate aux soins dans cette spécialité, il est essentiel d'augmenter la capacité du réseau à offrir ces services. Mais sera-t-il possible de diminuer le temps d'attente sans augmenter les coûts pour l'hôpital, sans rendre cette attente trop longue, sans mettre une charge émotionnelle excessive sur le patient ou une pression harcelante sur les professionnelles de la santé?

Si nous nous comparons à d'autres pays, nous pouvons considérer que notre système de santé demeure un bon compromis à la privatisation; par contre, les droits des patients en attente de chirurgie cardiaque sont actuellement, par manque de ressources et de considération réelle, galvaudés. Nous constatons avec consternation que cette liste d'attente est négligée, voire peu respectée par plusieurs médecins qui oeuvrent parallèlement à cette liste au détriment d'un ensemble de patients. Chacun aimerait bien développer son propre petit réseau afin que le patient qui occupe « ses » lits puisse « libérer » ce lit; restrictions budgétaires obligent...

Pendant longtemps, il y a eu peu de procès intentés contre les médecins. Au cours des années, la législation a évolué de telle manière que la notion de responsabilité médicale a émergé de façon importante du grand chapitre de la responsabilité civile. Nous sommes persuadés qu'il y aura un accroissement significatif à plus ou moins court terme de poursuites en responsabilité médicale. Les restrictions budgétaires importantes qui nous ont été imposées depuis quelques années reportent toutefois une partie de cette responsabilité sur les épaules des administrateurs hospitaliers. Si les médecins ont une obligation de moyens, les administrateurs ont également une obligation de moyens les incitant à accorder des ressources proportionnelles aux besoins générés par la population desservie. Une nouvelle dimension du contrat thérapeutique se dévoile, les soins et les services étant fragmentés. Un jour viendra où le médecin ayant procédé avec toutes les règles de l'art dont il est capable essuiera malgré tout un échec dans le traitement du patient à cause des délais d'attente. Ce jour-là, ce n'est pas le chirurgien qui devra être pointé mais bien les administrateurs pour qui la préoccupation première des hôpitaux ne semblent plus hélas être le patient mais bien davantage le budget.

## LISTE DES DOCUMENTS REPRODUITS EN ANNEXES

Annexe I	Chirurgie coronarienne, une échelle d'évaluation des priorités d'intervention, document de travail, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.....	139
Annexe II :	Liste d'attente des patients avec priorités initiales et actuelles. ....	141
Annexe III:	Échelle de Parsonet.....	143
Annexe IV	Motifs d'annulations de chirurgies cardiaques 1999-2000, HSC. ....	145
Annexe V	Lexique de termes médicaux .....	147

**ANNEXE - I**

Chirurgie coronarienne, une échelle d'évaluation des priorités d'intervention,  
document de travail, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal



Fax : (514) 338-2307

Liste d'attente

Nom du malade \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

#Ass.Mal.: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Date de la chirurgie: \_\_ / \_\_ / \_\_

A. Classification d'angine

Pondération

SCC I - II 1 point, III 2 points, IV-A 3 points,  
IV-B 4 points, IV-C 5 points

B. Physiologie

1. Épreuves noninvasives (ESSM + ou Thallium +)
  - haut risque 2 points
  - faible risque 1 point
2. Fraction d'éjection du ventricule gauche
  - 0.20 - 0.30 1 point
  - < 0.20 2 points

C. Facteurs de risques procéduraux 1 point

MPOC - Diabète - Maladie vasculaire périphérique -  
Insuffisance rénale -  
Classe IV-B ou C + Infarctus < 1 mois  
Classe IV-B ou C + chirurgie coronarienne antérieure  
Réintervention

D. Anatomie coronarienne

1. Lésion du Tronc commun > 50% 5 points
2. Maladie 2 - 3 vaisseaux incluant  
IVA proximale ou équivalent 4 points
3. Maladie sévère IVA ou équivalent 3 points
4. Maladie 3 vaisseaux sans atteinte de l'IVA 2 points
5. Maladie 1 ou 2 vaisseaux sans atteinte de  
l'IVA ou équivalent 1 point

Patient:  Hospitalisé  Externe  Autre H. \_\_\_\_\_

Intervention :  PAC  RV  RÉINTERVENTION

Cardiologue : \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

Date de la demande: \_\_ / \_\_ / \_\_

Signé \_\_\_\_\_ M.D.

Chirurgien



Hôpital  
du Sacré-Coeur  
de Montréal

Liste d'attente - Maladies valvulaires

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 R.A.M.Q.: \_\_\_\_\_ Exp.: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_ Date de la chirurgie: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

A. Données cliniques

Pondération

Endocardite	8 points
NYHA 1-2 (2 points), III (3 points), IV (6 points)	
Sténose aortique: sans syncope ou angine	7 points
avec syncope ou angine	8 points
Sténose mitrale avec embolies	8 points

B. Physiologie

Sténose mitrale < 1 cm <sup>2</sup>	
sans HTP	2 points
avec HTP	3 points
Insuffisance aortique ou mitrale	2 points
Dilatation ventriculaire gauche	4 points

C. Anatomie

Sténose aortique serrée < .7	4 points
Insuffisance aortique 3-4/4	3 points
Insuffisance mitrale 3-4/4	3 points
Maladie mitro-aortique	3 points
Sténose mitrale	2 points

D. Anatomie coronarienne

1. Lésion du Tronc commun > 50%	5 points
2. Maladie 2 - 3 vaisseaux incluant IVA proximale ou équivalent	4 points
3. Maladie sévère IVA ou équivalent	3 points
4. Maladie 3 vaisseaux sans atteinte de l'IVA	2 points
5. Maladie 1 ou 2 vaisseaux sans atteinte de l'IVA ou équivalent	1 point

Patient: Hospitalisé \_\_\_\_\_ Externe: \_\_\_\_\_ Autre C.H. \_\_\_\_\_  
 Intervention: PAC \_\_\_\_\_ RV: \_\_\_\_\_ Réintervention \_\_\_\_\_  
 Cardiologue \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

Date de la demande: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ M.D.  
 chirurgien

**ANNEXE – II**

Liste d'attente des patients avec priorités initiales et actuelles.

# Liste d'attente de chirurgie cardiaque

Nom de Famille	Prénom	Age	Maladie	Date d'inscript.	Intervention	Cardiologue	Chirurgien	Particularités	Priorité init	Priorité Actuelle
		54	Maladie valvulaire	2000-06-05	RV		LD		11	28
		74	Maladie valvulaire	2001-06-26	RV		RC		16	20
		76	Maladie valvulaire	2001-05-15	RV		RC		14	20
		68	Maladie valvulaire	2001-02-13	RV		RC		11	20
		57	Maladie valvulaire	2001-06-06	RV		RC		14	19
		66	Maladie valvulaire	2001-05-15	RV		RC		12	18
		77	Maladie valvulaire	2001-07-06	RV		RC		14	18
		55	MCS	2000-12-08	PAC + PMC		RC		7	18
		58	MCS	2001-03-21	PAC + PMC		PP		11	18
		77	Maladie valvulaire	2001-05-09	RV		PP		11	17
		54	Maladie valvulaire	2001-02-13	RV		RC		8	17
		74	Maladie valvulaire	2001-08-03	RV		RC		14	17
		70	Maladie valvulaire	2001-06-22	RV		RC		13	17
		72	Maladie valvulaire	2001-06-22	RV		RC		12	16
		78	Maladie valvulaire	2001-06-22	RV		RC		12	16
		50	Anev. Aorte asc.	2001-08-30	RV		RC		14	16
		58	MCS	2001-01-26	PAC + PMC		RC		7	16
		45	MCS	2001-01-05	PAC + PMC		RC		6	16
		71	MCS	2001-02-23	PAC + PMC		RC		8	16
		71	MCS	2001-02-14	PAC + PMC		RC		7	16
		67	MCS	2001-03-07	PAC + PMC		PP		8	16
		71	Maladie valvulaire	2001-05-18	RV		RC		10	15
		74	MCS	2001-02-23	PAC + PMC		RC		7	15

**ANNEXE – III**

Échelle de Parsonet

# CARDIAC SURGERY: PREOPERATIVE RISK-ESTIMATION WORKSHEET

(Not intended for retrospective risk stratification)

Newark Beth Israel Medical Center  
Division of Surgical Research  
1/13/98

Patient's Name:

Patient Number:

Date:

## INSTRUCTIONS:

- Step 1. Fill in the blanks for existing risk factors, using the scores provided. (Note: Scores shown are in arbitrary units, and are *not*, by themselves, estimates of percent risk.)
- Step 2. Add the scores to obtain a total score. (Include common risk factors on this side of the page and less common risk factors on the other side.)
- Step 3. See reverse side to interpret the total score.

RISK FACTOR	SCORING (Approximate System 97)	VALUE
Female gender		6
Age	70-75 76-79 80+	2.5 7 11
Congestive failure		2.5
COPD, severe		6
Diabetes		3
Ejection fraction	30-49% <30%	6.5 8
Hypertension	Over 140/90, or history of hypertension, or currently taking antihypertension medication	3
Left-main disease	Left-mainstem stenosis $\geq$ 50%	2.5
Morbid obesity	Over 1.5 times ideal weight	1
Preoperative IABP	IABP present at time of surgery	4
Reoperation	First reoperation Second or subsequent reoperation	10 20
One valve, aortic	Procedure proposed	0
One valve, mitral	Procedure proposed	4.5
Valve + ACB	Combination valve procedure and ACB proposed	6
Special conditions	(See reverse side)	

TOTAL SCORE:

(See reverse side for risk estimation.)

## RISK VALUES FOR SPECIAL CONDITIONS

### Cardiac

Cardiogenic shock (urinary output <10 cc/hr)	12
Endocarditis, active	6.5
Endocarditis, treated	0
LV aneurysm resected	1.5
One valve, tricuspid: procedure proposed	5
Pacemaker dependency	0
Transmural acute MI within 48 hr	4
Ventricular septal defect, acute	12
Ventricular tachycardia, ventricular fibrillation, aborted sudden death	1

### Hepato-renal

Cirrhosis	12.5
Dialysis dependency	13.5
Renal failure, acute or chronic	3.5

### Vascular

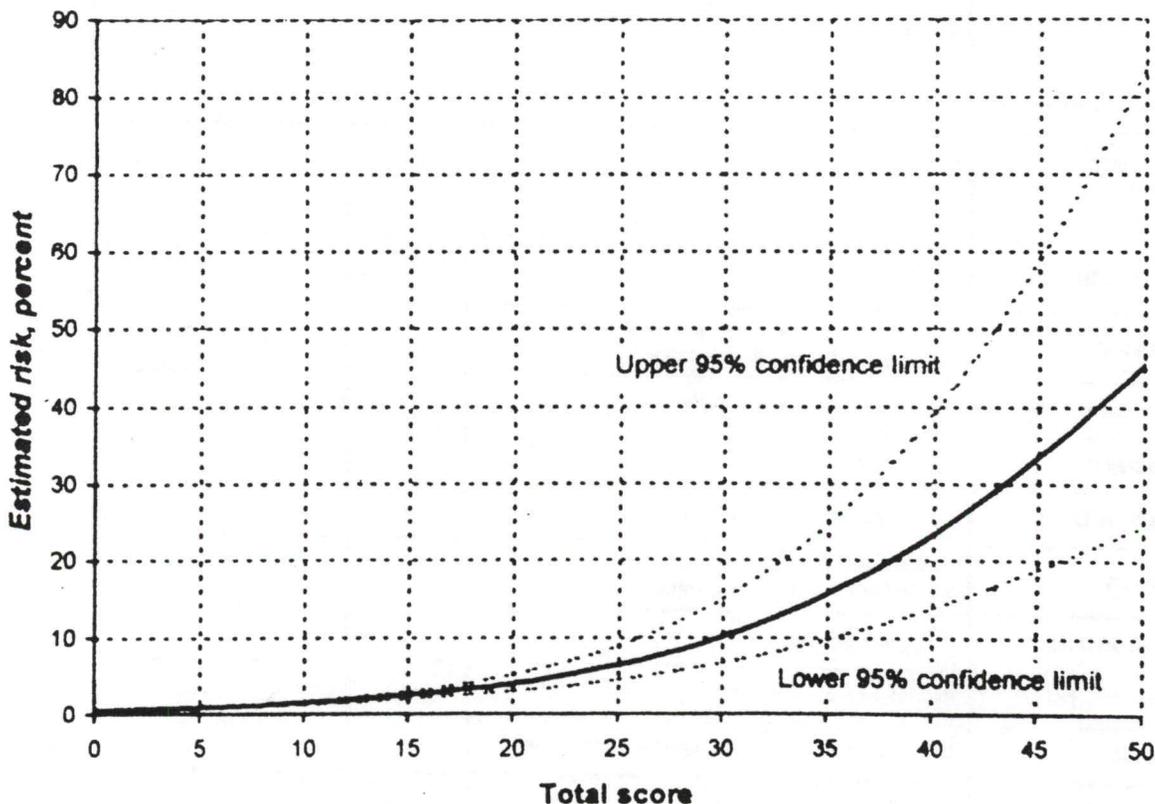
Abdominal aortic aneurysm, asymptomatic	0.5
Carotid disease (bilateral or 100% unilateral occlusion)	2
Peripheral vascular disease, severe	3.5

### Pulmonary

Asthma	1
Endotracheal tube, preoperative	4
Idiopathic thrombocytopenic purpura	12
Pulmonary hypertension (mean pressure >30)	11

### Miscellaneous

Blood products refused	11
Severe neurologic disorder (healed CVA, paraplegia, muscular dystrophy, hemiparesis)	5
PTCA or catheterization failure	5.5
Substance abuse	4.5



Use the total score to read the estimated preoperative-risk range from this plot, which shows the estimated risk of mortality together with 95% confidence limits.

**B**

**ANNEXE - IV**

Motifs d'annulations de chirurgies cardiaques 1999-2000, HSC

**MOTIFS D'ANNULATIONS DE CHIRURGIES CARDIAQUES  
1999-2000**

Pourcentage total d'annulations = 17.5%

	Nbre de cas	%
Cas de plus de 420 min	20	20,0%
Cas de plus de 300 min	1	
Absence d'assistant opératoire	14	13,3%
Absence de chirurgien	11	10,5%
Absence d'anesthésiste	6	5,7%
Manque de personnel Soins intensifs	6	5,7%
Manque de personnel Salle d'op	1	0,9%
Manque de lits au SI	14	13,3%
Manque de lits électifs	1	0,9%
Priorités coupés-équilibre budgétaire	18	17,1%
Mesures grève	8	7,6%
Autres motifs	5	4,8%
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>99,8%</b>

**ANNEXE - V**

**Lexique de termes médicaux**

## LEXIQUE

Source : MANUILA, L., MANUILA, A., LEWALLE, P., NICOULIN, M., *Dictionnaire médical*, 1999, 8<sup>e</sup> éd., Masson, Paris.

Anévrisme (ou anévrysme) : dilatation au niveau de la paroi d'une artère, apparaissant là où la résistance est diminuée par une lésion, une malformation, un traumatisme.

Angine : sensation d'angoisse, d'oppression thoracique, due à un apport insuffisant d'oxygène au cœur. La douleur irradie souvent vers le membre supérieur gauche, la mâchoire et le dos. Elle est déclenchée par l'effort ou l'émotion et rapidement calmée par le repos ou la nitroglycérine.

Angioplastie coronarienne : dilatation thérapeutique d'une artère coronaire rétrécie ou obstruée, au moyen d'un ballonnet gonflable introduit par une sonde sous contrôle coronarographique. Méthode mise au point en 1977 par Grüntzig (Zurich, Suisse).

Artériosclérotique : qui se rapporte à l'artériosclérose. L'artériosclérose est une affection caractérisée par un épaissement et un durcissement des parois artérielles, englobant également les plaques d'athéromatome.

Coronarographie : technique par laquelle un produit de contraste est injecté par un cathéter introduit dans l'artère fémorale ou par l'artère radiale et qui remonte jusqu'à l'origine des artères du cœur. Cette technique permet de visualiser les lésions et les obstructions présentes au niveau des coronaires.

Hémiplégique : qui se rapporte à l'hémiplégie, i.e : paralysie de la moitié gauche ou droite du corps.

Hémodynamique : discipline qui étudie les mécanismes de la circulation sanguine. L'hémodynamicien est un cardiologue spécialisé pour effectuer des techniques, comme, entre autres, la coronarographie, la ventriculographie, l'angioplastie.

Infarctus : nécrose d'un tissu à la suite d'un apport de sang insuffisant.

Ischémie (ischémique) : arrêt ou insuffisance de l'apport de sang dans un tissu ou un organe. Elle peut être due à une vasoconstruction , à une obstruction ou à une compression artérielle.

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique.

Pontage coronarien : opération destinée à court-circuiter un ou plusieurs rétrécissements au niveau des artères coronaires, au moyen d'un greffon prélevé soit sur une artère mammaire, soit sur une veine, généralement d'une jambe. Le terme anglais *by-pass* est souvent utilisé en français.

Psychose : affection mentale caractérisée par des troubles de la perception, du jugement, du raisonnement et du comportement, dont le malade n'a pas conscience. Les psychoses post-opératoires ne durent en général que quelques jours (1 jour à 1 semaine).

Revascularisation : intervention chirurgicale destinée à améliorer la circulation dans un organe ou un tissu insuffisamment vascularisés.

Sténose (valve aortique ou mitrale) : rétrécissement pathologique permanente de la valve aortique ou de la valve mitrale

Thrombose : formation d'un caillot (thrombus) à l'intérieur d'un vaisseau sanguin ou d'une cavité cardiaque.

Tumeur mixomateuse (ou mixome): tumeur molle d'aspect gélatineux formée par la prolifération de cellules conjonctive non différenciées, de type embryonnaire, au sein d'une substance fondamentalement riche en mucus. Son ablation est souvent suivie de récurrence.

La tumeur mixomateuse se retrouve habituellement au niveau de l'oreillette gauche du coeur.

## TABLE DE LA LÉGISLATION

*Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12.  
*Code civil du Québec*  
*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., c.I-8, r. 4.  
*Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., c. M-9, r.4.  
*Loi canadienne sur la santé*, L.R.C., c. C-6.  
*Loi des hôpitaux*, S.R.Q., c.164  
*Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q., c.A-29.  
*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.  
*Règlement sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2

## JURISPRUDENCE

*Béliveau c. Circillio*, [1997] R.R.A. 884 (C.Q.p.c.)  
*Bordier c. Sunne*, (1934) 72 C.S. 316.  
*Bureau c. Dupuis*, [1997] R.R.A. 459.  
*Camden-Bourgault c. Brochu*, [1996] R.R.A. 809-810 (C.A.) 200-09-000914-967.  
*Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119  
*Cloutier c. Ahad*, J.E. 80-514 (C.S.)  
*Côté c. Hôpital l'Hôtel-Dieu de Québec*, [1982] C.S. 906, [1987] R.J.Q. 723 (C.A.)  
*Covet c. Jewish Hospital*, [1976] C.S. 1390.  
*Crawford c. Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke*, J.E. 80-967 (C.S.)  
*Currie c. Blundell*, [1992] R.J.Q. 764 (C.S.)  
*De Chantilly et als c. C.H. Angrignon et als., district de Montréal*, 500-05-058962-000.  
*Dubois c. Gaul*, [1989] R.J.Q. 1260, (C.S.)  
*Dulude c. Gaudette*, [1974] C.S. 621.  
*Fiset c. St-Hilaire*, [1976] C.S. 994  
*Gouin-Perreault c. Villeneuve*, J.E. 82-605 (C.S.)  
*Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192  
*Laferrière c. Lawson*, [1991] 1 R.C.S. 541  
*Lapointe c. Hôpital LeGardeur*, [1989] R.J.Q. 2619 (C.A.)  
*Lapointe c. Hôpital LeGardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351.  
*Laurent c. Hôpital Notre-Dame*, [1974] C.A. 543.  
*Laurent c. Hôpital Notre-Dame*, [1978], 1 R.C.S. 605  
*Malette c. Schulman*, (1990) 72 O.R. 417 (C.A. Ont.)

*Nancy B. c. Hotel-Dieu de Québec*, (1992) R.J.Q. 361 (C.S.)  
*O'Hearn c. Estrada*, J.E. 84-449 (C.A.)  
*Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880  
*Rouillier c. Chesnay*, [1993] R.R.A. 528 (C.S.)  
*Saucier c. Wise*, [1990] R.R.A. 283 (C.A.)  
*Schloendorff v. Society of New York Hospital*, 211 N.Y. 125 (1914)  
*Sirois c. Baillargeon*, J.E. 07-179 (C.A.)  
*Sunne c. Shaw*, [1981] C.S.609.  
*Ter Neuzen c. Korn*, [1995] 3 R.C.S. 674  
*Vigneault c. Mathieu*, [1991] R.J.Q. 1607 (C.A.)  
*X. c. Mellen*, [1957] B.R. 389.

## BIBLIOGRAPHIE

### Monographies et recueils

- BAUDOIN, J.L. et P. DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, 5<sup>e</sup> éd., Cowansville, Les éditions Yvon Blais, 1998.
- BERNARDOT, A. et R. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions Revue de droit, 1980.
- CRÉPEAU, P.A., *L'intensité de l'obligation juridique, ou des obligations de diligence, de résultat et de garantie*, Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1989.
- LAJOIE, A., P.A. MOLINARI, et J.-M. AUBY, *Traité du droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1981.
- LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale*, Cowansville, Les éditions Yvon Blais, 1995.
- MÉMETEAU, G., *La responsabilité civile médicale en droit comparé français et québécois*, Cowansville, Centre de recherche en droit comparé français et québécois du Québec, Éditions Yvon Blais, 1990.
- MÉMETEAU, G., *Droit médical*, Paris, Les cours de droit, 1996.
- MÉNARD, J.P., et D. MARTIN, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Les éditions Yvon Blais, 1992.
- MOLINARI, P., *L'accès aux soins de santé : réflexion sur les fondements juridiques de l'exclusion* dans « Les droits et les enjeux de la médecine moderne », Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1996.
- POIRIER, S., *Le contrôle de l'exercice de la médecine en milieu hospitalier*, Sherbrooke, 1994.
- POTVIN, L., *L'obligation de renseignement du médecin*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1984.
- ROY, D., J.R. WILLIAM, B.M. Dickens et J.L. BAUDOIN, *La bioéthique, ses fondements et ses controverses*, éd. Du Renouveau pédagogique, 1995.
- ROZOVSKY, F.A., *Consent to Treatment : a Practical Guide*, 2<sup>e</sup> éd., Boston, Little, Brown and Company, 1990.
- SAVATIER, R., J.M. AUBY, J. SAVATIER et H. PÉQUINOT, *Traité de droit médical*, Paris, Librairie de la Cour de Cassation, 1956.
- TREMBLAY, D., *Les décisions de fin de vie et le respect de l'autonomie de la personne* dans « Les droits de la personne et les enjeux de la médecine moderne », Les Presses de l'Université Laval, Sainte Foy, 1996.

## Articles de revues

- ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, « Pour une prise de décision éclairée par le patient », *Journal de l'association médicale canadienne*, 1986; 135 : 1208 B.
- BLANCHET, S., « Gestion intégrale de la qualité, à la vie, à la mort », août 1993, *Nursing Québec*, 13, no. 4, p.21-22.
- CHAN, B., P. COYTE et C. HEICK, « Economic Impact of Cardiovascular Disease in Canada », 1996, *Canadian Journal of Cardiology*, 12(10), 100-1006.
- CRÉPEAU, P.A., « La responsabilité civile médicale et hospitalières, Évolution récente en droit québécois », 1968, *Cahier Futur-Santé*, no. 2, p. 12.
- DESLAURIERS, P., « Responsabilité », 1999-2000, *Collection de droit 1999-2000*, vol. 4, chap. IV : « La responsabilité médicale et hospitalière », p. 128.
- DESCHAMPS, P., « L'obligation de moyens en matière de responsabilité médicale », (1990-91) 58 *Ass.*, p. 577.
- DUPUIS, G., F. KENNEDY et J. PERREAULT et co., « The Hidden Costs of Delayed Bypass Surgery », 1990, *Clinical & Investigative Medicine*, 1991, 13, supplement, (1), p. 78
- FECTEAU, D., « Un indicateur de gestion par résultats dans le réseau de la santé : le délai d'accès aux services », été 1998, *Gestion*, vol. 23, no. 2, p. 40.
- GONDOIS, M., « Gestion des listes d'attente : il est urgent d'établir des critères », 8 juillet 1998, *L'Actualité médicale*, vol. 18, no. 25, p. 17.
- JEFFREY, S., « Two-tier is here : Doctor Admit : Patients with Influence Get Preferential Cardiac Care », October, 13<sup>th</sup>, *The Medical Post*, vol. 34, no. 34, p. 1-65.
- LEPROHON, J., « Vers une culture d'amélioration continue », mai/juin 2000, vol. 7, no. 5.p. 2.
- LESAGE-JARJOURA, P., « Le consentement à l'acte médical : l'obligation de renseigner », mai 1998, *Le Clinicien*, p. 161-172.
- MÉMÉTEAU, G., « Question sur l'influence du droit français sur le droit de la responsabilité médicale », (1995), 29 *R.J.T.* 3, p. 113.
- MULGAN, R. et R.L. LOGAN, « The Coronary Bypass Waiting List : a Social Evaluation », 1990, *New Zealand Medical Journal*, 103, 895, p. 371-372.
- NAYLOR, C.D., C. M. LEVINTON and R. S. BAIGRIE, « Adapting to Waiting Lists for Coronary Revascularization, Do Canadian Specialists Agree on Which Patients Come First ? », march 1992, *Chest*, no. 101, p. 721.
- NAYLOR, C.D., J.P. SZALAI et M. KATIE, « Benchmarking the Vital Risk of Waiting for Coronary Artery Bypass Surgery in Ontario », March 21, 2000, *Canadian Medical Association Journal*; 162(6) p. 775.
- PHILIPS-NOOTENS, S., « La responsabilité civile du médecin anesthésiste », 1<sup>ère</sup> partie, 1988, 19 *R.D.U.S.*, 55, p. 93.

### Autres documents cités

- BRUNELLE, Y., et A. SAUCIER, *Les indicateurs et le système de soins*, 1999, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- FONDATION DES MALADIES DU COEUR DU CANADA, *La maladie cardiovasculaire et les accidents cérébro-vasculaires au Canada*, Fondation des maladies du coeur du Canada, Ottawa, 1997.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. Juin 1998, *Classification des patients en attente de chirurgie cardiaque, énoncé de position*, Montréal.
- COMITÉ DE TRAVAIL DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE, *Cardiologie tertiaire, situation actuelle, perspectives et propositions*, Octobre 2000, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA. 1980, *Le traitement médical et le droit criminel*, Document de travail 21, Approvisionnement et Services Canada.
- DRT 726. 1997, *Droit comparé et droit de la santé*, Université de Sherbrooke.
- GIROUX, C., *Fondements de la responsabilité hospitalière pour le fait des médecins et des résidents*, Mémoire de maîtrise, Montréal, 1992.
- Le Petit Larousse illustré, 1998-1999, Paris
- MANUILA, L., MANUILA, A., LEWALLE, P., NICOULIN, M., *Dictionnaire médical*, 1999, 8<sup>e</sup> éd., Masson, Paris.
- MCDONALD, P., SHORTT, S., SANMARTIN, C., BARER, M., LEWIS, S., SHEPS, S., *Liste d'attente et temps d'attente pour les soins de santé au Canada : plus de gestion !! Plus d'argent ??*, Rapport sommaire, Juillet 1998.
- MÉNARD, J.P., *La responsabilité médicale et hospitalière en salle d'urgence*, étude préparée pour le département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal dans le cadre du programme de formation continue, Étude légale Ménard, Martin, mai 1994.
- MSSS. 1992, *La politique de santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec.
- MSSS. 1993, *Santé et bien-être : La perspective québécoise*, Gouvernement du Québec.
- NAYLOR, D., « A Consensus Proposal for Triage of Patients in Need of Coronary Revascularization »; BAIGRIE, R., GOLDMAN, B., McCARTNEY, M., NAYLOR, D., « A Regional Registry and Triage System for Patients Undergoing Urgent Invasive and Operative Cardiovascular Procedures in Metropolitan Toronto », présenté lors de la conférence *Cardiovascular Resources and Triage Conference*, Provincial Conference, Toronto, Ontario, November 8, 1989.

- PICHÉ, J. et H.CÔTÉ. 1997, *Développement et validation d'un indicateur d'accessibilité géographique aux ressources hospitalières*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- RRSSSM-C (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre). 1996-1997, *Rapport sur les plaintes des usagers*, Direction des relations avec la communauté, Service d'aide à la clientèle, Montréal.
- TÔTH, F., « L'Obligation de renseignement du médecin en droit civil québécois », conférence présentée dans le cadre d'un Colloque du Canadian Institute intitulé *Responsabilité médicale et hospitalière : Aspects éthiques et juridiques*, Montréal, 29 Octobre 1990.
- STATISTIQUES CANADA. 1997, *Les causes principales de décès selon l'âge*, Ministre de l'industrie, Ottawa.
- STATISTIQUES CANADA. « Maladie du coeur et population en âge de travailler », Printemps 1999, *Rapport sur la santé*, préparé par Helen Johansen, vol.10, no.4.
- STATISTIQUES CANADA. « Variations ayant trait à l'angioplastie et au pontage, rapport sur la santé » hiver 1998, préparé par H. Johansen, C. Nair et G. Taylor, vol. 10, no. 3.
- TQS, « Voyage infini, Un goût de santé », documentaire sur l'alimentation, Montréal, jeudi 9 août 2001, 19h00.

### Articles de journaux

- BAUSET, R., « La liste d'attente en chirurgie cardiaque », *Le Devoir*, Montréal, mardi 13 mars 2001, p. A6.
- BÉGIN, J.F., « La liste d'attente s'allonge en chirurgie cardiaque », *La Presse*, Montréal, vendredi 8 décembre 2000, p.E 1.
- BRETON, P., « Un pontage reporté 6 fois! », *La Presse*, Montréal, samedi 30 décembre 2000.
- DUCHESNE, A., « Les budgets des hôpitaux : Pauline Marois ne bronche pas », *La Presse*, Montréal, samedi 3 juin 2000, p. 4.
- DUTIL, R., « Le réseau de la santé au Québec : un examen général s'impose », éditorial, *Le Devoir*, jeudi 30 septembre 1999, p. A 6.
- DUTRISAC, R., « 34 cardiologues en colère », *Le Devoir*, mercredi 19 avril 2000, p. A.1.

- GAGNON, K., « Des patients québécois à Plattsburgh », *La Presse*, mercredi 16 juin 1999, p. A 21.
- HÉBERT, M., « Traitement aux États-Unis : Marois prolonge le programme jusqu'en septembre 2000 », *Le Soleil*, samedi 27 novembre 1999, p. A 30.
- LAROCQUE, S., « La famille d'une malade décédée poursuit l'hôpital : une sexagénaire a du attendre 11 mois pour être opérée d'un anévrisme de l'aorte », *La Presse*, Montréal, 12 juillet 2000, p. A 8.
- MARTEL, J., « Cancer : blitz pour diminuer la liste d'attente », *Le Soleil*, samedi 17 mars 2001, p. A 28.
- PERREAULT, M., « Les États-Unis attendent aussi », *La Presse*, Montréal, jeudi 27 avril 2000, p. A 7.
- RIOUX, C., « La Grande-Bretagne, royaume des files d'attente : en matière de santé, la Grande-Bretagne est le cancre de l'Europe, le système est au bord de l'apoplexie », Montréal, *Le Devoir*, mardi 2 mai 2000, p. A 5.
- SIROIS, A., « Victime de son succès », *La Presse*, Montréal, 22 mai 2001, p. A 10.