

***LES AFFRES DE LA SPÉCIALITÉ:
LE MÉDECIN DOIT-IL CONSULTER?***

**PAR
JANICK PERREAULT**

MAÎTRISE EN DROIT DE LA SANTÉ

ESSAI

DRT 730

PRÉSENTÉ À ME HÉLÈNE GUAY

**BIBLIOTHEQUE DE DROIT
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE**

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FACULTÉ DE DROIT

5 AOÛT 1996

*LES AFFRES DE LA SPÉCIALITÉ:
LE MÉDECIN DOIT-IL CONSULTER?*

ESSAI SOUMIS À LA FACULTÉ DE DROIT
EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE «MAÎTRISE EN DROIT» (LL.M.)

MAÎTRISE EN DROIT DE LA SANTÉ

ESSAI

DRT 730

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FACULTÉ DE DROIT

5 AOÛT 1996

RÉSUMÉ DE L'ESSAI

PERREAULT, Janick: "*Les affres de la spécialité: Le médecin doit-il consulter?*".
Juin 1996. (Directrice: Hélène Guay).

Cet essai s'intéresse à certains aspects de la responsabilité civile médicale et plus particulièrement à l'obligation de recourir à un médecin plus qualifié. Il se divise en deux grandes parties dont la première se penche sur l'analyse des fondements de cette obligation. Il traite d'abord du morcellement de la médecine puis s'attarde à décrire le contenu obligationnel du contrat médical soit les droits et les devoirs du patient et du médecin respectivement. La deuxième partie est consacrée à l'étude de la consultation. Elle se penche notamment sur la relation entre le consultant et le médecin traitant de même que sur la responsabilité de ce dernier face aux recommandations du consultant. Par la suite, la façon d'apprécier le comportement du médecin est analysée eu égard à son statut professionnel. Finalement, une liste est dressée quant aux situations spécifiques où le médecin a l'obligation de consulter dans le but de dégager un modèle d'évaluation.

This essay tackles some aspects in the area of civil liability in the medical profession. More specifically, it focuses on the duty of the physician to refer a patient to or to consult a more qualified physician in certain circumstances. This paper is divided into two parts. The first part analyzes the fundamental principles of the duty to consult or to refer. It initially describes the schism within the medical community regarding this topic, and it then examines the obligations of both patients and physicians in the context of the medical contracts. The second part is devoted to the study of the relationship between doctors and specialists, as well as the liability of the treating physician with respect to consultants' opinion. Further, this section analyzes the standard applied when analyzing a physician's behaviour in relation to his professional status. Finally, in order to create an evaluative model, a list of specific situations in which the doctor has the obligation to consult, is presented.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I- LES AFFRES DE LA SPÉCIALITÉ	5
A- LE MORCELLEMENT DE LA MÉDECINE	7
1. La limite des compétences	8
2. La responsabilité civile médicale	16
B- LE CONTRAT MÉDICAL	23
1. Le patient	24
2. Le médecin	30
II- LA CONSULTATION	38
A- L'ACTE DE CONSULTATION	41
1. La relation entre le médecin traitant et le consultant	43
2. La responsabilité du médecin traitant face à l'opinion du consultant	50
B- L'APPRÉCIATION DU COMPORTEMENT	53
1. Le statut professionnel et les ressources	55
2. Le modèle d'évaluation applicable à l'obligation de consulter	65
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE	73

INTRODUCTION

Les mises en cause d'un médecin se sont multipliées au cours des dernières décennies. En 10 ans, le nombre de procédures engagées au Canada dans ce domaine a subi une augmentation de 33.3%¹. Ainsi, depuis quelques années, il est courant de parler de «crise» de la responsabilité médicale. Mais, en réalité, à la lumière de l'incidence des nouvelles poursuites, rien ne laisse croire à une «crise»² comparable aux États-Unis³. L'augmentation du nombre de poursuites intentées contre les médecins ne peut être considérée comme un signal d'alarme⁴. L'augmentation du nombre de médecins, l'augmentation du nombre d'actes médicaux posés, l'emploi de procédés nouveaux et de plus en plus sophistiqués ont de façon inéluctable des effets sur cette croissance.

Toutefois, cette croissance des litiges en responsabilité médicale illustre bien les changements d'attitude des citoyens envers les médecins, lesquels étaient considérés autrefois comme des thaumaturges. Pendant longtemps, les annales jurisprudentielles

¹ Selon les statistiques de l'association canadienne de protection médicale, 906 poursuites avaient été initiées en 1985 comparativement à 1 208 poursuites en 1994. Dans ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, Quatre-vingt quatorzième rapport annuel, Ottawa, 1995, p. 15

² Daniel JUTRAS, «Réflexions sur la réforme de la responsabilité médicale au Québec», (1990) 31 *C. de D.* 821, 825 et 847

³ Au Canada, le risque moyen couru par un médecin d'être partie défenderesse dans une poursuite était de 1 sur 27 en 1994 alors que le risque relatif aux États-Unis est d'environ 1 sur 6 à 1 sur 7 chaque année. Dans ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *loc. cit.*, note 1, p. 16

⁴ En 1985, le nombre de poursuites représentait une proportion de 21.3 poursuites par mille membres, soit exactement le nombre de nouvelles poursuites par mille membres en 1994. De plus, malgré l'augmentation des poursuites, le nombre tend à plafonner; pour l'année 1993, 1 220 poursuites ont été intentées et 1 208 poursuites ont été intentées en 1994. *Id.*, p. 14 et 15

montraient une rareté de procès intentés par des patients contre des médecins⁵. On peut même lire dans la jurisprudence ancienne que la faute médicale n'existait pas. En effet, dans l'affaire *Caron c. Gagnon*⁶, la Cour s'exprimait ainsi: (...) *il n'y a que l'honneur entre la conscience du médecin et le patient et il n'y a entre eux pour juge que Dieu*⁷. Cependant, cette position s'est modifiée:

*C'est ainsi qu'on a pu être témoin de la transformation de la responsabilité civile du médecin passant d'une quasi-immunité à une responsabilité pour faute grossière seulement pour finalement être traitée comme une responsabilité civile «ordinaire».*⁸

De nos jours, la médecine se diversifie et les méthodes employées dans certains domaines requièrent des enseignements et des connaissances de plus en plus développés. Le progrès des techniques augmente les possibilités de la médecine et exige un degré de connaissances qu'aucun médecin ne prétend plus posséder. Pour agir avec diligence aujourd'hui, les médecins doivent régulièrement solliciter l'avis de confrères mieux qualifiés. D'ailleurs, en scrutant les statistiques recueillies par le *Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec*, la situation en matière de responsabilité civile est plus sérieuse pour les généralistes, ces derniers étant les plus fréquemment mis en cause⁹. Et parmi les fautes alléguées, le défaut de consulter ou

⁵ Jean-Louis BAUDOUIN, *La responsabilité civile*, 4e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1994, n° 1191, p.631. Paul-André CRÉPEAU, «La responsabilité civile du médecin», (1977) 8 *R.D.U.S.* 25, 27

⁶ (1930) 68 C.S. 155

⁷ *Id.*, 164

⁸ François TÔTH, «Contrat hospitalier moderne et ressources limitées: conséquences sur la responsabilité civile», (1990) 20 *R.D.U.S.*, 313, 316-317

⁹ Pierre DESCHAMPS, Kathleen CRANLEY GLASS, Bartha Maria KNOPPERS et Brigitte MORNAULT, *Report on Health Care Liability in Canada*, Centre de

de référer est plus souvent invoqué dans les causes impliquant les généralistes que celles impliquant les spécialistes¹⁰.

Le médecin doit d'abord faire les observations et les interventions qui s'imposent, toutefois, au stade actuel de la médecine, ses propres connaissances ne peuvent plus suffire dans beaucoup de cas¹¹. D'ailleurs, il arrive fréquemment qu'un médecin ait recours aux services d'autres médecins pour déterminer la conduite à privilégier envers son patient. Ainsi, les radiologistes, hématologistes, pathologistes et les isotopistes ou nucléistes interviennent pour fournir au médecin traitant des données nécessaires à sa prise de décision voire son diagnostic¹². Dans l'affaire *Boies c. Hôtel-Dieu de Québec*¹³, où l'hôpital fût reconnu responsable de la négligence de l'interne de s'être abstenu de consulter un spécialiste, le tribunal avait énoncé l'importance de consulter d'autres confrères en ces termes: *ce devoir de consulter*

recherche en droit privé et comparé du Québec, Université McGill, Montréal, 1989, p. 63. (Les statistiques portent sur les poursuites rapportées entre 1976 et 1986; ces statistiques étant les seules disponibles)

¹⁰ *Id.*, p. 63

¹¹ Jean-Pierre MÉNARD et Denise MARTIN, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1992, p.1

¹² D'ailleurs, dès 1952, dans un jugement en appel de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, la Cour suprême du Canada avait conclu qu'un interne, incompetent à lire une radiographie, avait manqué à ses obligations en ne consultant pas un radiologiste. Ledit interne avait admis le patient à l'urgence et pris des radiographies selon lesquelles il ne constatait rien d'anormal et donnait congé au patient. Quelques jours plus tard, le patient se présentait à l'hôpital et le radiologiste, après examen des radiographies, constatait une fracture du cou. Malheureusement, il était trop tard pour intervenir et le patient décédait quelques jours plus tard. *Vancouver General Hospital v. Fraser*, [1952] 2 S.C.R. 36

¹³ [1980] C.S. 596

*apparaît à la Cour tellement impératif et urgent*¹⁴.

Le présent essai traite de l'obligation du médecin de consulter un confrère mieux qualifié. Il se divise en deux grandes parties dont la première s'intéresse à l'étude de diverses obligations du médecin et des facettes de sa pratique qui sont en fait les éléments générateurs de cette obligation de consulter. Les droits et les obligations du patient sont également étudiés. La deuxième partie est consacrée à l'analyse de la relation entre le consultant et le médecin traitant de même qu'à la responsabilité de ce dernier face à l'opinion du consultant. Cette partie traite également de l'appréciation du comportement du médecin. Tout au long du présent essai, nous verrons par des illustrations pratiques de quelle façon les tribunaux reconnaissent le défaut de consulter comme une faute médicale. La faute médicale étant intimement liée à des questions de faits, la seule façon d'en saisir la portée est de compléter les notions théoriques par des illustrations de décisions judiciaires concernant l'obligation de consulter.

¹⁴ *Id.*, 605

I- LES AFFRES DE LA SPÉCIALITÉ

Le titre de médecin ne confère plus la capacité et le droit de pratiquer la médecine partout et dans tout domaine. D'ailleurs, la *Loi médicale*¹⁵ prévoit que le certificat de spécialiste n'est délivré notamment qu'au médecin qui s'est conformé aux conditions et formalités imposées¹⁶ conformément au *Code des professions*¹⁷. Au cours des dernières années, le progrès scientifique et les nouvelles technologies ont entraîné l'apparition de spécialisations de plus en plus poussées¹⁸ dont témoigne le grand nombre de création de nouvelles disciplines autonomes. Par conséquent, la pratique médicale d'aujourd'hui ne permet plus au médecin d'exercer seul ses activités professionnelles¹⁹.

Le haut degré d'instruction dans un domaine spécialisé ne dispense pas le médecin d'être attentif à ses propres limites. En effet, *sur le plan technique, un spécialiste est aussi souvent incapable d'actes de médecine générale qu'un omnipraticien d'actes de spécialités*²⁰. Pour l'omnipraticien, c'est son lot quotidien de s'interroger sur les limites de son action et sur les possibilités et les nécessités de recourir à des

¹⁵ L.R.Q., c. M-9

¹⁶ *Id.*, art. 37

¹⁷ L.R.Q., c. C-26, art. 40

¹⁸ Pauline LESAGE-JARJOURA, Jean LESSARD et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité médicale: le droit dans le quotidien de la médecine*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1995, p. 231

¹⁹ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 21

²⁰ René SAVATIER, Jean-Marie AUBY, Jean SAVATIER et Henri PÉQUIGNOT, *Traité de droit médical*, Paris, Librairies Techniques, 1956, p. 38

consultants²¹. Que le médecin soit spécialiste ou non, le *Code de déontologie des médecins*²² prévoit 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 son patient.*²³

La formulation «doit consulter» indique que la consultation constitue dans certains cas une obligation que le médecin est tenu de respecter. En effet, selon la *Loi d'interprétation (Québec)*²⁴:

*Chaque fois qu'il est prescrit qu'une chose sera faite ou doit être faite, l'obligation de l'accomplir est absolue; mais s'il est dit qu'une chose «pourra» ou «peut» être faite, il est facultatif de l'accomplir ou non.*²⁵

Ainsi, l'emploi du terme «doit», qui d'après les lois d'interprétation indique une obligation, permet de conclure que l'acte en question devrait être accompli²⁶. Il ne permet toutefois pas de conclure que le défaut d'accomplir l'acte de consultation entraîne nécessairement la responsabilité du médecin. D'ailleurs, les auteurs Lesage-Jarjoura, Lessard et Philips-Nootens mentionnent qu'on ne doit pas interpréter cette disposition du *Code de déontologie*²⁷ comme un encouragement au morcellement de

²¹ Jean-Robert DEBRAY, *Le malade et son patient*, Éditions médicales Flammarion, France, 1965, p. 22

²² R.R.Q., c. M-9, r.4

²³ *Id.*, art. 2.03.16

²⁴ L.R.Q., c. I-16

²⁵ *Id.*, art. 51

²⁶ Pierre-André CÔTÉ, *Interprétation des lois*, 2e édition, Éditions Yvon Blais, Montréal, 1990, p. 226

²⁷ Précité, note 22, art. 2.03.16

la médecine²⁸.

A- LE MORCELLEMENT DE LA MÉDECINE

Les progrès de la médecine ont engendré le fractionnement de son exercice en différentes spécialisations, au détriment de la médecine générale telle que pratiquée jusqu'à il y a quelques années par le médecin de famille²⁹. Comme l'exprime bien l'auteur Magnet:

*Developments in modern medicine have required a change in that position. Medical practice has become increasingly specialized; the rule now, rather than the exception, is for doctors to concentrate their skills in one area of medicine only.*³⁰

Le morcellement de la médecine est survenu et, par conséquent, les médecins doivent régulièrement échanger leurs connaissances³¹, ce qui peut devenir une problématique comme le souligne bien un auteur: *l'un des problèmes les plus difficiles posés par la médecine de notre temps est celui d'assembler les connaissances, d'assurer la nécessaire «complémentarité» des connaissances techniques*³². La consultation devient

²⁸ Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 208

²⁹ Louis PERRET, «Analyse critique de la jurisprudence récente en matière de responsabilité médicale et hospitalière», (1972) 3 *R. G. D.*, 58. Alain BERNARDOT et Robert P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions Revue de Droit Université de Sherbrooke, 1980, n° 595, p. 384

³⁰ Joseph-Eliot MAGNET, «Withholding Treatment From Defective Newborns: Legal Aspects», (1982) 42 *R. du B.* 187, 251

³¹ Pauline LESAGE-JAROURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 231

³² Jean-Robert DEBRAY, *op. cit.*, note 21, p.22

alors un instrument nécessaire à cet échange de connaissances et d'habiletés. Devant l'ampleur du mouvement de la spécialisation en médecine, les médecins ne peuvent plus prétendre tout connaître et ainsi l'obligation de consulter trouve son fondement dans l'obligation du médecin de soigner à la limite de ses compétences.

1. La limite des compétences

Au début du siècle, les tribunaux exigeaient des médecins qu'ils exercent leur art avec la conscience et la bonté: *le médecin qui agit dans les limites de son art avec la conscience de son opinion et de la bonté de son système n'encourt aucune responsabilité*³³. À cette même époque, il semblait qu'il n'existait aucun fondement légal à l'obligation de référer:

*The only other negligence alleged is that the defendant McCauley, being unable to diagnose the trouble, should have called in a specialist. I have failed to find in any authorities any support for the proposition that if a physician in charge of a case is unable to diagnose the trouble he is under legal obligation so to inform the patient and to advise the calling in of a specialist. Counsel have not cited to me any case where a physician has been held liable under such circumstances, and I do not think that any liability exists.*³⁴

Depuis cette époque, une nette évolution est survenue dans la notion de responsabilité du médecin; la jurisprudence et la doctrine ont circonscrit la notion de faute médicale.

³³ *Caron c. Gagnon*, précité, note 6, 157

³⁴ *Jarvis c. International Nickel Co. Ltd.*, (1929) 63 O.L.R. 564, 571 (High Court of Justice)

On a commencé par dire qu'elle n'existait pas dans l'affaire précitée *Caron c. Gagnon*³⁵. Puis, en 1948, dans l'affaire *Fafard c. Gervais*³⁶, la Cour supérieure énonçait:

*Les hommes de l'art ne peuvent être recherchés à l'occasion d'un acte de leur profession qu'autant qu'ils constituent une faute grossière tombant sous le sens, indépendamment de toute controverse d'école.*³⁷

Ce n'est que plus tard, qu'on acceptait définitivement le principe de la responsabilité civile du médecin. En effet, le tournant fût marqué en 1957, par la cause *X. c. Mellen*³⁸ où la Cour affirmait que: *la règle générale est donc que la faute professionnelle est une faute comme une autre*³⁹. Les tribunaux requièrent désormais la présence d'une faute évaluée d'après les normes reconnues en matière de responsabilité civile⁴⁰. D'une part, trois éléments doivent être réunis pour engager la responsabilité civile du médecin: une faute, un dommage et un lien de causalité. D'autre part, la jurisprudence⁴¹ et la doctrine⁴² s'entendent à l'effet que le médecin

³⁵ Précité, note 6

³⁶ (1948) C.S. 128

³⁷ *Id.*, 129

³⁸ [1957] B.R. 389

³⁹ *Id.*, 413

⁴⁰ Pierre DESCHAMPS, «L'obligation de moyens en matière de responsabilité médicale», dans *La responsabilité et les assurances*, vol. 15, Service de la Formation permanente du Barreau du Québec, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1990, p. 55

⁴¹ Voir notamment: *Villemure c. Hôpital Notre-Dame*, [1973] R.C.S. 716; *Savoie c. Gaudet*, [1976] C.A. 127; *Horn c. Tabah*, [1976] C.S. 988; *Cloutier c. C.H.U.L.*, [1990] R.J.Q. 717 (C.A.); *Lacroix c. Léonard*, [1992] R.R.A. 799 (C.S.); *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351

⁴² Jean-Louis BAUDOIN, *La responsabilité civile*, *op. cit.*, note 5, n° 1200, p. 637. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 37, p. 26. Paul-André CRÉPEAU, *La responsabilité civile du médecin et de l'établissement hospitalier*, Montréal, Wilson

n'est tenu qu'à une obligation de moyens.

La classification des obligations selon leur intensité datant de 1925 revient au juriste français Demogue⁴³. Selon ce dernier, la classification regroupe trois degrés d'intensité: l'obligation de moyens, l'obligation de résultat et l'obligation de garantie. Dans les trois cas, le débiteur est tenu à la même prudence et à la même diligence. La différence réside dans l'analyse à savoir si le résultat est obtenu dans le cas du débiteur d'une obligation de résultat et s'il y a eu une inexécution dans le cas d'une obligation de garantie. Alors que dans le cas du débiteur d'une obligation de moyens, il sera nécessaire d'examiner la nature des moyens qu'il a pris pour s'acquitter de son obligation et ce, à l'instar d'une personne raisonnable. L'obligation de moyens n'est pas moins astreignante que l'obligation de résultat; elle ne s'y différencie que sur la finalité⁴⁴.

C'est donc dire que le médecin est tenu de prendre les moyens raisonnables et d'agir avec prudence et diligence mais sans garantir le résultat⁴⁵. Par conséquent, seule la

& Lafleur, 1956, p. 214-215. Paul-André CRÉPEAU, «La responsabilité civile du médecin», *loc. cit.*, note 5, 28-29. Pierre DESCHAMPS, «L'obligation de moyens en matière de responsabilité médicale», *loc. cit.*, note 40, p. 56. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 34.

⁴³ 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, n° 89, p. 50. Jean-Louis BAUDOIN, *Les obligations*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1993, n° 36, p. 26. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p.32. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 284, p. 195

⁴⁴ Pierre DESCHAMPS, «L'obligation de moyens en matière de responsabilité médicale», *loc. cit.*, note 40, p. 60

⁴⁵ Jean-Louis BAUDOIN, *Les obligations*, *op. cit.*, note 43, n° 36, p. 26.

faute dans l'utilisation des moyens peut engager sa responsabilité⁴⁶. En responsabilité médicale, l'obligation de résultat n'a sa place que lorsque l'acte médical se cantonne en l'utilisation de techniques ou d'appareils bien spécifiques ne comportant aucun aléa⁴⁷.

La consultation constitue alors un outil parmi d'autres pour le médecin lui permettant de s'acquitter de son obligation de moyens. La Cour supérieure l'a énoncé en ces termes: *prendre les meilleurs moyens, c'est aussi se renseigner et aussi d'ailleurs référer sa patiente au bon endroit, si nécessaire*⁴⁸. Et le plus haut tribunal l'a d'ailleurs reconnu dans l'arrêt *McCormick c. Marcotte*⁴⁹ où le médecin fût reconnu fautif pour avoir écarté l'opinion du consultant sans avoir l'expertise suffisante. Quelle que soit sa spécialité, le médecin est légalement autorisé à traiter seul les patients qui se confient à ses soins et il n'est pas obligé, dans tous les cas, de recourir aux avis de ses confrères⁵⁰. Cependant, lorsque le médecin est confronté avec un cas qui dépasse ses capacités médicales personnelles ou devant un cas complexe, il doit faire appel à un confrère plus compétent⁵¹.

Il importe de préciser qu'en matière de responsabilité médicale, il existe plusieurs

⁴⁶ *Id.*, p. 60

⁴⁷ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 20

⁴⁸ *Rouiller c. Chesnay*, [1993] R.R.A. 528, 542 (C.S.)

⁴⁹ [1972] R.C.S. 18

⁵⁰ Henri ANRYS, *La responsabilité civile médicale*, Bruxelles, Larcier, 1974, p. 155

⁵¹ *Id.*, p. 156. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 219.

dénominateurs communs aux différents régimes de droit: droit civil québécois, droit civil français et *common law*. Ces dénominateurs communs nous permettent de puiser dans ces divers régimes de droit afin de dégager des tendances et des principes applicables à l'obligation de consulter.

Le droit civil français, la *common law* et le droit civil québécois s'entendent sur le postulat que le médecin n'est, en principe, tenu qu'à une obligation de moyens⁵². En effet, le concept de l'obligation de moyens est le même en droit civil qu'en *common law*⁵³. Par conséquent, les causes canadiennes sans avoir d'autorité de droit au Québec s'inspirent de principes qui prévalent également dans notre système de justice. Le critère applicable pour déterminer s'il y a faute est celui d'un médecin raisonnablement prudent et diligent, de la même spécialité et placé dans les mêmes circonstances⁵⁴. Quant au lien de causalité, les divers régimes de droit recherchent une probabilité raisonnable eu égard à l'ensemble des circonstances⁵⁵. Puis, ces régimes de droit s'efforcent d'assurer aux victimes une indemnisation adéquate du préjudice⁵⁶. Pour ces raisons et compte tenu du peu de doctrine et de jurisprudence québécoises sur le sujet, nous nous référerons tantôt au droit français et tantôt au

⁵² Jean-Louis BAUDOUIN, «La réforme de la responsabilité médicale: responsabilité ou assurance?», dans *Rapports généraux du XIII^e congrès international de droit comparé*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1992, p. 107

⁵³ ASSOCIATION DU BARREAU CANADIEN, *Un droit à la santé? Réflexions en vue d'une réforme canadienne*, Ottawa, Association du Barreau canadien, 1994, p. 74

⁵⁴ Jean-Louis BAUDOUIN, *La réforme de la responsabilité médicale: responsabilité ou assurance?*, *loc. cit.*, note 52, p. 108

⁵⁵ *Id.* p. 112

⁵⁶ *Id.* p. 118

common law afin d'élaborer les principes applicables à l'obligation de consulter.

Au Québec, d'après les auteurs Bernardot et Kouri, la participation du consultant n'est qu'une modalité de l'obligation de soigner de façon prudente et diligente⁵⁷. Dans certains cas, comme par exemple lorsque le médecin n'a pas la compétence pour administrer un traitement spécialisé, il doit s'abstenir de le faire et référer son patient⁵⁸, à défaut de quoi, il pourrait avoir à répondre des conséquences de ce manquement. Le *Code de déontologie des médecins*⁵⁹ prévoit expressément que le médecin doit tenir compte de ses limites⁶⁰.

La doctrine française reconnaît au médecin ce besoin de recourir à des confrères⁶¹:

*Le consultant est (...) un individu demandé ou accepté par le praticien pour régler un problème de diagnostic ou de thérapeutique dans lequel le praticien ne se sent pas assez sûr de lui. C'est une autorité supérieure, librement reconnue par le praticien dans un cas déterminé. Il va sans dire qu'un consultant est souvent un spécialiste et que rien n'empêche un spécialiste, non moins qu'un omnipraticien, de s'imposer à ses pairs comme consultant. Toutefois, un spécialiste n'est pas, en tant que tel, un consultant plus souvent qu'un praticien non spécialisé.*⁶²

C'est ainsi que le médecin serait responsable si, avant de procéder, à un acte, il ne recourait pas aux médecins spécialistes pour les recherches, les traitements et les

⁵⁷ Alain BERNARDOT, *op. cit.*, note 29, n° 263, p. 178

⁵⁸ Jean-Louis BAUDOIN, *La responsabilité civile*, *op. cit.*, note 5, n° 1235, p. 658. *Vail c. McDonald*, [1976] 2 R.C.S. 825; *St-Hilaire c. S.*, [1966] C.S. 249

⁵⁹ Précité, note 22

⁶⁰ *Id.*, art. 2.03.16

⁶¹ René SAVATIER et al., *op. cit.*, note 20, p. 39

⁶² *Id.*, p. 243

interventions dépassant ses aptitudes⁶³. Et *il ne fait pas de doute que le refus ou le retard à consulter un spécialiste constitue une négligence*⁶⁴.

En *common law*, on reconnaît que lorsque le médecin prodigue des soins, il doit utiliser toutes les mesures raisonnables mises à sa disposition. *In certain circumstances a doctor will owe a duty to his patient to refer a problem to another physician, possibly a specialist*⁶⁵. C'est pourquoi, pour l'aider dans sa tâche, le médecin doit parfois recourir à la consultation de collègues mieux qualifiés sinon sa responsabilité peut être engagée si un médecin prudent l'aurait fait⁶⁶. Bien entendu, l'obligation de consulter n'est pas absolue comme l'exprime bien l'extrait suivant: *If the doctor uses «a reasonable degree of skill and care» in his treatment of the patient (...), «he has discharged his duty». He is not obliged to refer the case to a specialist*⁶⁷.

Donc, dans les provinces de *common law*, la règle est la même que celle qui prévaut au Québec; l'obligation de consulter émane de l'obligation de donner de bons soins:

The common law duty to consult is flexible and variable (...) A duty to consult, in fine, proceeds from the general obligation of physicians to use due care. A doctor must thus consult «when a prudent practitioner

⁶³ Georges BOYER-CHAMMARD et Paul MONZEIN, *La responsabilité médicale*, France, Presses universitaires de France, 1974, p.166

⁶⁴ Gérard MÉMENTEAU, *La responsabilité civile médicale en droit comparé français et québécois*, Montréal, Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec, 1990, n° 95, p. 60

⁶⁵ John A. CAMPION, Diana W. DIMMER, *Professional Liability in Canada*, Toronto, Carswell, 1994, p. 9-38

⁶⁶ Allen M. LINDEN, *Canadian Tort Law*, 4^d, Toronto & Vancouver, Butterworths, 1988, p. 147

⁶⁷ Joseph-Eliot MAGNET, *loc. cit.*, note 30, p. 250

*would deem it advisable» (...) The duty to consult emanates from the obligation to use due care.*⁶⁸

La jurisprudence canadienne va dans le même sens que la jurisprudence québécoise. Dès 1956, dans l'affaire *Sylvester et al. c. Crits*⁶⁹, déboutée en Cour suprême, la Cour d'appel de l'Ontario avait affirmé: *the law requires a fair and reasonable standard of care and competence*⁷⁰. Plus récemment, dans l'affaire *Crick c. Mohan*⁷¹, le tribunal d'Alberta a énoncé que la norme de soins comportait trois aspects: *The duty to diagnose, the duty to treat and the duty to consult and/or refer*⁷².

Le médecin a légalement l'obligation de soigner⁷³ et ses soins doivent être attentifs, conformes aux données de la science et dans son champ de compétence⁷⁴. L'erreur, la négligence et l'inhabilité du médecin ne sont cause génératrice de responsabilité que s'ils ont dérogé aux règles de la profession ou de la science médicale⁷⁵.

⁶⁸ *Id.*, 251 et 252

⁶⁹ [1956] S.C.R. 991. Lorsque l'anesthésiste administrait de l'oxygène à un enfant à travers un tube, une violente explosion est survenue provoquant de sérieuses blessures au patient. La responsabilité du médecin fut retenue.

⁷⁰ [1956] O.R. 132, (C.A.), p. 143. [1956] S.C.R. 991 (permission d'appel rejetée)

⁷¹ (1993) 142 A.R. 281 (Court Queen's Bench)

⁷² *Id.*, 291. Dans cette histoire, le médecin généraliste fût considéré négligent et sa responsabilité fût engagée vu son défaut d'avoir référé la patiente à un spécialiste.

⁷³ *Loi sur les services de santé et services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 5 et 7. *Code de déontologie des médecins*, précité note 22, art. 2.02.01

⁷⁴ *X. c. Mellen*, précité, note 38, *Code de déontologie des médecins*, précité, note 22, art. 2.03.14 à 2.03.18

⁷⁵ *Nelligan c. Clément*, (1939) 67 B.R. 328; *McCormick c. Marcotte*, précité, note 49

2. La responsabilité civile médicale

Le tribunal doit rechercher si le médecin a satisfait aux obligations dont il était le débiteur. Lorsque les tribunaux sont confrontés à évaluer la conduite du médecin relativement à l'action d'avoir consulté ou non, les principes généraux de la responsabilité civile devront les guider. Comme l'exprime bien un auteur: (...) *sur le «management» d'un cas, le tribunal doit exercer son sens critique et se laisser guider par les principes généraux de prudence et de diligence qui doivent inspirer toute conduite humaine*⁷⁶. À ce sujet, les tribunaux n'ont pas à trancher la controverse scientifique⁷⁷; ils *doivent éviter de s'ériger en «Sorbonne médicale»*⁷⁸. De toute manière, *les tribunaux n'ont pas la compétence pour trancher des différends scientifiques et partager les opinions divergentes des médecins sur certains sujets*⁷⁹. Donc, lorsque se confrontent deux théories médicales reconnues, ce n'est pas le rôle du tribunal de trancher ces opinions.

La responsabilité civile comme mentionné précédemment nécessite trois éléments à prouver. Par conséquent, si le défaut de consulter n'entraîne pas de préjudice, il est clair que la responsabilité du médecin ne pourra être engagée sur la base de cette

⁷⁶ Pierre DESCHAMPS, «L'obligation de moyens en matière de responsabilité médicale», *loc. cit.*, note 40, p. 67

⁷⁷ Voir notamment *Savoie c. Gaudette*, précité, note 41. *Boies c. Hôtel-Dieu de Québec*, précité, note 13. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 372, p. 574

⁷⁸ Paul-André CRÉPEAU, «La responsabilité civile du médecin», *loc. cit.*, note 5, 29

⁷⁹ André NADEAU, «La responsabilité médicale», (1946) 6 *R. du B.*, 153, 155

faute⁸⁰. Il en est de même dans la jurisprudence canadienne tel que confirmé dans une affaire récente, *Cranwill c. James*⁸¹, où la Cour d'Alberta, bien que d'avis que le pédiatre, après avoir reçu les résultats de l'électrocardiogramme, aurait dû demandé une consultation en cardiologie pédiatrique, rejeta l'action car les dommages neurologiques à l'enfant n'avaient pas été affectés par ce défaut de consulter⁸².

De plus, au Québec, le patient ne pourra alléguer la perte de chance découlant d'une omission de consulter. En effet, en droit québécois, la théorie de la «perte de chance» est irrecevable comme l'a écrit le juge Gonthier dans l'arrêt *Laferrrière c. Lawson*⁸³. Le demandeur doit donc démontrer que le dommage est réel puisque l'exigence du lien de causalité demeure⁸⁴.

Le premier élément à prouver lors d'un procès en responsabilité médicale est la faute médicale puisque la réparation ne pourra se faire qu'avec la preuve d'une faute⁸⁵. Toutefois, il est difficile de définir la faute médicale⁸⁶. La doctrine tente de la définir

⁸⁰ *Code civil du Québec*, art. 1457

⁸¹ (1994) 164 A.R. 241 (Court of Queen's Bench)

⁸² *Id.*, 314

⁸³ [1991] 1 R.C.S. 541

⁸⁴ Jean-Louis BAUDOIN, *La responsabilité médicale*, *op. cit.*, note 5, p.58

⁸⁵ *Code civil du Québec*, art. 1457 et 1458

⁸⁶ Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 32. Jean-Louis BAUDOIN, *La responsabilité civile*, *op. cit.*, note 5, n° 107, p. 80. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 13, p. 8

comme une non-conformité avec une norme ou comme un manquement à un devoir⁸⁷. Malgré toutes les précautions prises par le médecin, ce dernier n'est pas infaillible. D'ailleurs, la Cour d'appel s'est déjà prononcée en ces termes: *Il n'est pas question ni d'exiger d'un praticien en médecine, une sorte d'infailibilité, pas plus qu'un degré supérieur d'habileté*⁸⁸. Il peut arriver que le médecin commette une erreur en établissant son diagnostic ou en administrant un traitement; la distinction fondamentale entre l'erreur et la faute prend alors toute son importance.

En responsabilité médicale, toute erreur ne constitue pas nécessairement une faute. En effet, l'erreur de jugement satisfait l'obligation professionnelle des médecins. Ce principe a été établi par la Cour suprême sous la plume du juge Rand dans l'arrêt *Wilson c. Swanson*⁸⁹:

*An error in judgment has long been distinguished from an act of unskilfulness or carelessness or due to lack of knowledge. Although universally-accepted procedures must be observed, they furnish little or no assistance in resolving such a predicament as faced the surgeon here. In such a situation a decision must be made without delay based on limited known and unknown factors; and the honest and intelligent exercise of judgment has long been recognized as satisfying the professional obligation.*⁹⁰

⁸⁷ Jean-Louis BAUDOUIN, *La responsabilité civile*, op. cit., note 5, n° 108 et ss., p. 81. Alain BERNARDOT et al., op. cit., note 29, n° 15, p. 9. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., op. cit., note 18, p. 32

⁸⁸ *Gburek c. Cohen*, [1988] R.J.Q. 2424, 2441 (C.A.)

⁸⁹ [1956] S.C.R. 804. Dans cette affaire en appel de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, le chirurgien, lors d'une opération diagnostique, en profitait pour enlever des organes en croyant que le cancer était malin et ce, avant même d'avoir les résultats du pathologiste. Pourtant, les résultats du test montraient qu'il s'agissait d'un cancer bénin.

⁹⁰ *Id.*, 812

Ce principe a notamment été repris dans les affaires *Martel c. Hôtel-Dieu St-Vallier*⁹¹ et *Vail c. McDonald*⁹². Plus récemment dans l'affaire *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*⁹³, la Cour suprême a déclaré: *les professionnels de la santé ne devraient pas être tenus responsables de simples erreurs de jugement, qui sont distinctes de la faute professionnelle*⁹⁴.

Il se présente néanmoins des situations où l'erreur est sans aucun doute fautive. Déjà, il y a vingt ans, dans l'affaire précitée *Vail c. McDonald*⁹⁵, le plus haut tribunal du pays a conclu à l'unanimité que le chirurgien avait l'obligation de consulter un spécialiste en maladies cardiovasculaires. Dans ses conclusions, la Cour a rappelé qu'elle se doit de prendre soin de distinguer entre la négligence et l'erreur de jugement⁹⁶. Cependant, la Cour a jugé que le comportement médical durant une période prolongée n'était pas une erreur de jugement, selon les propos de l'honorable juge Ritchie:

(...) à la lumière des conclusions sur les faits en première instance et

⁹¹ [1969] R.C.S. 745

⁹² Précité, note 58

⁹³ Précité, note 41

⁹⁴ *Id.*, 361

⁹⁵ Précité, note 58. Dans cette affaire, le plaignant était entré à l'hôpital le 19 mars 1969 en souffrant d'une fracture comminutive du tibia et du péroné de la cheville. On lui installait alors un plâtre. Le médecin en cause examinait le patient dès le lendemain et, malgré la perte de sensibilité du pied, il se contentait de faire un examen rapide du plâtre. Les douleurs et les malaises persistaient et l'état de la jambe s'aggravait. Le 21 mars, le médecin voyait le patient et décidait de procéder à une intervention diagnostique le lendemain. Ce n'est néanmoins que le 25 mars qu'un traitement anticoagulant était prescrit. L'issue des interventions et les délais entraînèrent l'amputation du pied.

⁹⁶ *Id.*, 832

en Cour d'appel, on ne peut pas dire, à mon sens, qu'il s'agissait simplement d'un manque de jugement de la part du Dr. Vail; en l'occurrence, le juge de première instance ainsi que la Cour d'appel ont conclu qu'en ne consultant pas un spécialiste en maladies cardiovasculaires lorsqu'il n'a pu diagnostiquer la cause de l'aggravation rapide de l'état de la jambe de l'intimé, le médecin a manqué à son devoir envers ce dernier et que son insouciance durant les semaines qui ont suivi l'opération de diagnostic et son omission de prescrire plus tôt des anticoagulants constituent de la négligence. À mon avis, on peut définir le comportement du médecin comme de l'indifférence à l'égard du bien-être de son patient pendant une période prolongée, ce qui est tout à fait distinct d'une «erreur de jugement».⁹⁷

Dans deux affaires récentes⁹⁸, la responsabilité de dentistes fût engagée vu leur défaut d'avoir consulté ou référé leur patient devant leur manque de technique⁹⁹. Le défaut de consulter peut jouer en la défaveur du médecin, mais il ne saurait entraîner sa responsabilité dans tous les cas. Dans l'affaire *Saucier c. Wise*¹⁰⁰, où le demandeur reprochait à l'ophtalmologiste de ne pas avoir prévu la présence d'un rétinologue pour l'assister dans le cas d'un accident opératoire, le tribunal s'est exprimé ainsi:

Et pourquoi aurait-il fallu que le Dr. Wise retienne les services d'un rétinologue pour faire face à une situation imprévisible et aussi peu fréquente que celle survenue lors de l'opération? D'ailleurs, le rétinologue appelé en consultation n'a-t-il pas jugé plus prudent de retarder la réparation au lendemain? Sans compter que la preuve ne permet pas de conclure que la présence d'un rétinologue sur les lieux et son intervention hâtive auraient produit un résultat différent. Ce grief aussi n'engage pas davantage la responsabilité du Dr. Wise.¹⁰¹

⁹⁷ *Id.*

⁹⁸ *Saheli c. Bahamin*, [1995] R.R.A. 1045 (C.S.). *Hawke c. Hornstein*, [1994] R.J.Q. 965 (C.S.)

⁹⁹ *Id.*, 1054-1055

¹⁰⁰ *Saucier c. Wise*, [1990] R.R.A. 283 (C.S.)

¹⁰¹ *Id.*, 288

La nature de la responsabilité civile du médecin a fait l'objet de controverses. Pour certains, la responsabilité est contractuelle; pour d'autres, la responsabilité est extracontractuelle. En fait, la responsabilité civile du médecin peut être à la fois contractuelle et extracontractuelle ou encore les deux à la fois¹⁰². Depuis longtemps, la jurisprudence¹⁰³ et la doctrine¹⁰⁴ ont reconnu la présence de fautes contractuelles et de fautes extracontractuelles.

La responsabilité contractuelle¹⁰⁵ repose sur le contrat médical voulu par les parties donc, nécessitant le consentement du patient et le devoir d'honorer les engagements contractés par le médecin¹⁰⁶. La responsabilité extracontractuelle¹⁰⁷ repose sur le concept traditionnel de faute¹⁰⁸. Cette responsabilité est engagée, par exemple, dans le cas de soins donnés en situation d'urgence où l'obtention du consentement est impossible ou lorsque le patient s'adresse à un centre hospitalier sans demander les services d'un médecin en particulier¹⁰⁹. Malgré la controverse, il n'en demeure pas moins que l'existence d'un contrat médical ne fait pas de doute depuis déjà fort

¹⁰² Jean-Louis BAUDOUIN, *Les obligations*, *op. cit.*, note 43, n° 50, p.33. Louis PERRET, *loc. cit.*, note 29, 89

¹⁰³ *Griffith c. Harwood*, (1900) B.R. 299. *X c. Rajotte*, (1938) 64 B.R. 484. *Nelligan c. Clément*, précité, note 75. *X c. Mellen*, précité, note 38.

¹⁰⁴ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29. Paul-André CRÉPEAU, *La responsabilité civile du médecin et de l'établissement hospitalier*, *op. cit.*, note 42

¹⁰⁵ *Code civil du Québec*, art. 1458

¹⁰⁶ Claude MASSE, *La responsabilité civile (Droit des obligations III)*, Dans *La réforme du Code civil*, Presses de l'Université Laval, 1993, p. 256

¹⁰⁷ *Code civil du Québec*, art. 1457

¹⁰⁸ Claude MASSE, *op. cit.*, note 106, p.256

¹⁰⁹ Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 25-26

longtemps¹¹⁰. Dans l'arrêt *X. c. Mellen*¹¹¹, la Cour d'appel s'exprimait ainsi:

*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.*¹¹²

Pour le présent essai, la distinction n'a pas d'importance compte tenu de la nature même de l'obligation médicale. Son contenu reste le même qu'il y ait contrat ou absence de contrat¹¹³ et le médecin est tenu à la même diligence¹¹⁴. Ainsi, les règles relatives à l'obligation de consulter reposent sur les mêmes critères que la responsabilité soit contractuelle ou extracontractuelle. La distinction a perdu de son importance en regard des règles de preuve applicables aux cas de responsabilité médicale. Dans l'affaire *Perron c. Hôpital Général de la région de l'Amiante*¹¹⁵, le juge Lajoie écrivait:

*La plupart du temps, en règle générale, que l'on se place sous le régime de la responsabilité délictuelle ou sous le régime contractuelle, l'acte reproché et dommageable sera le même, et l'on n'appliquera pas des critères différents pour le juger. C'est une faute de ne pas exécuter les obligations auxquelles on est tenu par contrat et c'est une faute d'omettre ce qu'un devoir légal nous ordonne ou de commettre ce qu'il défend.*¹¹⁶

De plus, en vertu du *Code civil du Québec*, le médecin est tenu d'exécuter ses

¹¹⁰ Louis PERRET, *loc. cit.*, note 29. *Griffith c. Harwood*, précité, note 103. *Laurier c. Berthiaume*, (1933) B.R. 457. *Bordier c. S.*, (1934) 72 (C.S) 316

¹¹¹ Précité, note 38

¹¹² *Id.*, 408

¹¹³ Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 29

¹¹⁴ André Nadeau, *loc. cit.*, note 79, 154

¹¹⁵ [1979] C.A. 567

¹¹⁶ *Id.*, 574

obligations quel que soit le régime de responsabilité. D'une part, la notion de faute extracontractuelle¹¹⁷ tire son origine des circonstances, des usages et de la loi qu'une personne raisonnable ne peut ignorer. La notion de conduite recouvre tout autant les cas de faute d'omission que de commission¹¹⁸. Par conséquent, le médecin a l'obligation de consulter lorsque les circonstances et les usages médicaux l'exigent à défaut de quoi, il pourra être tenu responsable de négligence pour omission. D'autre part, lorsqu'un contrat médical s'est formé entre le patient et son médecin, ce dernier a le devoir d'honorer les engagements qu'il a contractés¹¹⁹. Ainsi, si le médecin ne remplit pas ses engagements en n'utilisant pas les moyens à sa disposition, il sera responsable du préjudice qu'il cause à son cocontractant¹²⁰.

B- LE CONTRAT MÉDICAL

Avant d'aborder le contenu obligationnel du contrat médical, il importe de mentionner certaines caractéristiques de ce contrat. Il s'agit tout d'abord d'un contrat *intuitu personae*¹²¹. Le contrat médical est également un contrat *sui generis* c'est-à-dire que

¹¹⁷ Code civil du Québec, art. 1457

¹¹⁸ Claude MASSE, *op. cit.*, note 106, p. 257

¹¹⁹ Code civil du Québec, art. 1458

¹²⁰ Claude MASSE, *op. cit.*, note 106, p. 258

¹²¹ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 20. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 233. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 246, p. 166

l'on classe parmi les contrats innomés¹²². S'agissant d'un contrat innomé, les clauses sont déterminées par l'application de l'article 1434 du *Code civil du Québec* selon lequel le contrat crée des obligations non seulement pour ce qui y est exprimé, *mais aussi pour tout ce qui en découle d'après sa nature et suivant les usages, l'équité ou la loi*¹²³. La Cour d'appel a d'ailleurs reconnu l'existence de clauses contractuelles implicites dans le contrat médical dans l'arrêt *X. c. Mellen*¹²⁴. Enfin, il est intéressant de noter que le contrat médical est synallagmatique créant des obligations réciproques pour les parties¹²⁵.

1. Le patient

Le patient a des droits et des obligations découlant de certaines lois et de diverses décisions des tribunaux. Parmi ces droits, nous retrouvons le droit à la vie enchâssé par nos *Chartes*¹²⁶. Implicitement, le *Code criminel*¹²⁷ consacre également le droit à la vie en énonçant que la personne qui cause la mort d'un être humain est coupable

¹²² Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 164, p. 112

¹²³ *Code civil du Québec*, art. 1434

¹²⁴ Précité, note 38

¹²⁵ *Code civil du Québec*, art. 1380

¹²⁶ *Charte canadienne des droits et libertés*, partie 1 de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (1982, R.-U., c.11)], art. 7: *Chacun a droit à la vie(...)*. *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12, art. 1, al.1: *Tout être humain a droit à la vie (...)*

¹²⁷ L.R.C. (1985), c. C-46

d'un homicide¹²⁸. Ce droit à la vie comporte deux aspects: le droit de rester en vie et le droit d'être secouru¹²⁹. Le droit de rester en vie emporte pour le médecin l'obligation de voir à ce que le maintien de la vie soit assuré. Ainsi, le défaut de consulter ou de référer, qui entraînerait la mort ou abrègerait la vie, pourrait engager la responsabilité du médecin.

Le droit à la vie a comme corollaire le droit d'être secouru¹³⁰. D'ailleurs, la *Loi sur la protection de la santé publique*¹³¹ énonce qu'un médecin doit voir à ce que soient fournis des soins ou traitements à une personne dont la vie est en danger¹³². À titre d'exemple, dans l'affaire *Zuk c. Mihaly*¹³³, le médecin fût tenu responsable des dommages subis pour son manque d'action dans une situation d'urgence. En effet, sur les lieux où la personne gisait, le médecin n'apporta aucun secours. Dans l'affaire *Kirschenbaum Green c. Syrchin*¹³⁴, l'action en dommages fût rejetée en raison de l'absence de preuve du lien causal. Toutefois, le tribunal s'est prononcé à l'effet que le médecin avait manqué à ses devoirs d'assistance, de secours et de soins. Cette obligation de porter secours prévoit deux possibilités: le secouriste agit

¹²⁸ *Id.*, art. 229, al. 1 a)

¹²⁹ Bartha-Maria KNOPPERS, Claire BERNARD et Danielle SHELTON, *Les personnes et les familles*, Montréal, Éditions Adage, 1992, p. 2-5

¹³⁰ *Charte des droits et libertés de la personne*, précité, note 126, art. 2. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précité, note 73, art. 7. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 22, art. 2.03.47. Alain KLOTZ, «Le droit au secours dans la province de Québec», (1991) 21 *R.D.U.S.* 479

¹³¹ L.R.Q., c. P-35

¹³² *Id.*, art. 43

¹³³ [1989] R.R.A. 737 (C.S), 500-09-001261-890 (Désistement le 19-04-94)

¹³⁴ [1993] R.R.A. 821 (C.S.) (Jugement porté en appel: 500-09-002016-939)

personnellement ou, s'il a un motif raisonnable de ne pas agir personnellement, il doit obtenir une aide ou une assistance. Cette obligation impose au médecin le devoir de consulter ou de référer lorsque le patient doit être «secouru» et lorsque ce même médecin a un motif raisonnable d'obtenir l'aide d'une tierce personne en raison du manque de connaissances ou d'habiletés nécessaires.

Le patient possède le droit à la vie privée et à la réputation c'est donc dire qu'il a droit à la confidentialité¹³⁵. Malgré ce droit et son corrolaire à l'effet que le médecin a l'obligation de respecter le secret professionnel¹³⁶, le médecin n'est pas fautif lorsqu'il partage les renseignements relatifs au patient avec le consultant¹³⁷. Pour certains, ces exigences en matière de respect du secret professionnel justifient l'obtention du consentement préalable du patient dans le cas d'une consultation¹³⁸.

*Quand il s'immisce dans un traitement, en prodiguant des soins ou en émettant des ordonnances médicales, le consultant doit obtenir le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant. Il doit également s'assurer de l'accord préalable du médecin traitant à son immixtion dans le dossier.*¹³⁹

Cependant, dans une affaire¹⁴⁰ récente, où la demanderesse poursuivait deux

¹³⁵ *Charte des droits et libertés de la personne*, précité, note 126, art. 5. *Code civil du Québec*, art. 35

¹³⁶ *Id.*. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 22, art. 3.01 à 3.05

¹³⁷ Jean-Louis BAUDOIN, *La responsabilité civile*, *op. cit.*, note 5, n° 1239, p. 660. *Code civil du Québec*, art. 37

¹³⁸ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 42

¹³⁹ *Id.*, p. 48

¹⁴⁰ *Marcoux c. Bouchard*, [1995] R.R.A. 1149 (Porté en appel 200-09-000550-951)

chirurgiens en alléguant notamment le défaut d'un des chirurgiens d'avoir obtenu son consentement avant de l'opérer, le tribunal de première instance a conclu que ce médecin n'avait pas opéré la dame sans son consentement. Pour la Cour, il n'avait agi qu'à titre de consultant auprès de l'autre chirurgien. La Cour a de plus jugé que le médecin traitant n'avait pas l'obligation de se constituer d'autres spécialistes lorsque son consultant est sur place et que sa compétence est bien établie.

À la lecture du *Code civil*, nous croyons que le consentement du patient devrait dans tous les cas, dans la mesure du possible, être obtenu tant par le médecin traitant que par le consultant et ce, conformément à l'article 11 qui édicte:

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

De même, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹⁴¹ prévoit que le consentement est requis à des soins «qu'elle qu'en soit la nature»¹⁴². Ces dispositions énoncent clairement que le consentement à des soins doit être obtenu «quelle qu'en soit la nature». La consultation est soit une forme de soins de la part du médecin traitant soit qu'elle fait partie du contrat de soins avec le consultant. De plus, l'expression «toute autre intervention» porte à croire que la consultation pourrait être considérée comme un soin médical non énuméré spécifiquement mais inclut dans la notion «toute autre intervention». Or, le droit à l'inviolabilité vise à interdire de soumettre le patient à des soins médicaux¹⁴³ et par conséquent, à une consultation

¹⁴¹ Précité, note 73

¹⁴² *Id.*, art. 9

¹⁴³ Bartha Maria KNOPPERS et al., *op. cit.*, note 129, p. 6

sans son consentement libre et éclairé¹⁴⁴.

Le *Code civil*¹⁴⁵ et la *Charte des droits et libertés de la personne*¹⁴⁶ mentionnent que toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Ce droit à l'intégrité vise le respect de l'autonomie de la personne. Par conséquent, la consultation ne peut être imposée au patient d'une part et d'autre part, le patient a droit de recevoir des soins médicaux d'un professionnel de son choix¹⁴⁷. Une situation d'urgence peut toutefois dispenser le médecin de cette obligation tel qu'édicte dans le *Code civil: en cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire(...)*¹⁴⁸.

En marge de ces droits, le patient a des obligations dans le contrat de soins envers son médecin¹⁴⁹. Le patient doit être franc, c'est-à-dire révéler ses antécédents médicaux et toute autre information pertinente¹⁵⁰, il doit suivre les prescriptions et les

¹⁴⁴ Lorsque la personne ne peut légalement donner son consentement, le *Code civil du Québec* énonce quelles sont les personnes autorisées: le titulaire de l'autorité parentale ou le représentant (art.14), le mandataire (art.15) ou le tribunal (art.16).

¹⁴⁵ *Id.*, art. 10

¹⁴⁶ Précité, note 126, art. 1

¹⁴⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précitée, note 73, art.6

¹⁴⁸ Art. 13. Également, en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique*, précité, note 131, art. 43: *un établissement ou un médecin doit voir à ce que soient fournis des soins et traitements à toute personne dont la vie est en danger; il n'est pas nécessaire, si la personne est mineure, d'obtenir le consentement du titulaire de l'autorité parentale.*

¹⁴⁹ *Code civil du Québec*, art. 1479, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précité, note 73, art. 3, 14, 212, 505 et 512, *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q. c.A-29, art. 9, 9.0.0.1, 14.2 et 14.3, *Loi sur la protection de la santé publique*, précité, note 131, art. 10.

¹⁵⁰ *Genest c. Thérone-Bergeron*, [1976] C.A. 604

recommandations¹⁵¹ et il doit également prendre des initiatives¹⁵². De plus, le patient a une obligation de collaboration de façon à permettre à son médecin de remplir son obligation de bien le soigner¹⁵³. Et en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹⁵⁴, le patient doit, autant que possible, participer aux soins et aux services et être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

Dans le cas de la consultation, lorsque celle-ci est nécessaire pour que le médecin remplisse adéquatement sa tâche, le patient devrait lui permettre de consulter un confrère ou même de le référer à un spécialiste. De plus, le patient doit donner suite à une consultation si elle est requise par le médecin traitant¹⁵⁵. Cependant, le médecin ne peut imposer une consultation au patient¹⁵⁶ car le principe de l'inviolabilité de la personne et le caractère *intuitu personae* du contrat médical permet au patient de refuser¹⁵⁷ c'est-à-dire d'exprimer son choix. Le patient peut donc choisir de ne pas consulter et d'en supporter les conséquences, s'il en est¹⁵⁸. Parallèlement au patient, le médecin a des droits et des obligations découlant du contrat médical.

¹⁵¹ *Cimon c. Carbotte*, [1971] C.S. 622

¹⁵² *Kulczycky c. Dr. Rafferty*, [1994] R.J.Q. 1792 (C.S.). *Lauzon c. Taillefer*, [1991] R.R.A. 62 (C.S.).

¹⁵³ Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 19

¹⁵⁴ Précitée, note 73, art. 3

¹⁵⁵ *Saucier c. Wise*, précité, note 100

¹⁵⁶ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 260, p. 176

¹⁵⁷ *Id.*

¹⁵⁸ *Loi sur les services de santé et services sociaux*, précité, note 73, art. 8

2. Le médecin

Le médecin a les obligations communes à tous les citoyens et son statut professionnel lui en impose d'autres¹⁵⁹. La jurisprudence et la doctrine ont précisé ces obligations que l'on regroupe en quatre catégories¹⁶⁰. Dès 1965, la jurisprudence a énoncé, dans la cause *Beausoleil c. Communauté des Soeurs de la Charité de la Providence*¹⁶¹, quatre obligations inhérentes au contrat médical qui sont, jusqu'à ce jour, demeurées les mêmes. La première est l'obligation de renseigner¹⁶² et d'obtenir un consentement libre et éclairé¹⁶³. La seconde est l'obligation de donner des soins attentifs, prudents, diligents et conformes aux données de la science¹⁶⁴. La troisième

¹⁵⁹ Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p.18. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 22

¹⁶⁰ Paul-André CRÉPEAU, «La responsabilité médicale et hospitalière dans la jurisprudence québécoise récente», (1960) *R. du B.* 434, 454. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 29. Jean-Louis BAUDOIN, *La responsabilité civile médicale*, *op. cit.*, note 5, n° 1210, p. 644. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 165, p.113. Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 16

¹⁶¹ (1965) B.R. 37

¹⁶² *Laferrière c. Lawson*, précité, note 83. *Bolduc c. Lessard*, [1993] R.R.A. 291 (C.A.). *Code de déontologie des médecins*, précité, note 22, art. 2.03.30. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 11, Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 16. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 166, p. 113

¹⁶³ *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192. *Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880. Dès le début du siècle, la Cour s'y réfère dans l'affaire *Griffith c. Harwood*, précité, note 103. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 22, art. 2.03.28 et 2.03.29. *Loi sur les services de santé et des services sociaux*, précité, note 73, art. 120. *Code civil du Québec*, art.10

¹⁶⁴ *X. c. Mellen*, précité, note 38. *Lauzon c. Taillefer*, précité, note 152. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 199. Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 18. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 283, p. 194. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 22, art. 2.03.14 à 2.03.19

est l'obligation de suivre¹⁶⁵. Et la quatrième est l'obligation de respecter le secret professionnel¹⁶⁶. *En d'autres termes, les soins doivent être éclairés, discrets, assidus et prudents*¹⁶⁷.

Parmi les obligations qui incombent au médecin, l'obligation de soigner¹⁶⁸ représente certes l'objectif principal du contrat médical. Ces soins doivent comporter une certaine qualité. Comme la Cour d'appel du Québec l'a exprimé depuis longtemps, il *incombe au praticien le devoir de procurer à son patient des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science(...)*¹⁶⁹. Depuis cette époque, les tribunaux n'ont jamais modifié cette position¹⁷⁰. L'obligation de soigner inclut l'obligation de poser un diagnostic juste et adéquat sur la condition du patient et de traiter le patient en conséquence. Or, cette obligation de soigner en donnant des soins attentifs, prudents et diligents et conformes aux données de la science constitue le fondement de l'obligation de consulter.

¹⁶⁵ X. c. *Mellen*, précité, note 38. *Horn c. Tabah*, précité, note 41. *Larouche c. Boutet*, [1993] R.R.A. 24 (C.Q.). *Desormeaux c. Centre hospitalier St-Mary's*, [1992] R.R.A. 516. *Bergstrom c. G.*, (1967) C.S. 513. *Stacey c. Plante*, (1979) C.S. 665 *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.03.10, 2.03.12 et 2.03.46. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 243, p. 164. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 231

¹⁶⁶ *Charte des droits et libertés de la personne*, précité, note 126, art. 9. Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 17. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 148. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 221, p. 148. *Code de déontologie des médecins*, précité, note 22, art. 3.01 à 3.05

¹⁶⁷ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 165, p.113

¹⁶⁸ *Code de déontologie des médecins*, précité, note 22, art. 2.02.01

¹⁶⁹ X. c. *Mellen*, précité, note 38, 416

¹⁷⁰ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 283, p.195

Dès l'étape du diagnostic, le médecin a fréquemment besoin de consulter¹⁷¹. Le

Code de déontologie énonce que:

*Le médecin doit 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.*¹⁷²

Un auteur canadien s'exprime aux mêmes effets:

*Once the doctor has taken a person as a patient, he is under a duty to make a diagnosis and to advise the patient of it. If he cannot come to a diagnosis he has a duty to refer the patient to others who can.*¹⁷³

Une erreur de diagnostic ne peut à elle seule entraîner la responsabilité du médecin. Cependant, la Cour supérieure a rappelé, dans l'affaire *Harewood-Greene*¹⁷⁴, qu'il y a faute si ce diagnostic résulte du défaut par le médecin d'utiliser les moyens qu'un collègue avisé aurait employés pour parvenir au diagnostic exact. Pour la Cour, *le médecin devra avoir recours à un consultant si son diagnostic est incertain*¹⁷⁵.

Dès que le diagnostic est posé, commence à proprement parler l'étape du traitement. Le médecin doit alors choisir parmi les solutions possibles dans le but de guérir ou à tout le moins soulager le patient. Son choix fixé, le médecin doit alors exécuter le traitement qui requiert une certaine habileté de sa part. Lors de l'administration du

¹⁷¹ *Id.*, note 29, n° 288, p.197

¹⁷² *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.03.18

¹⁷³ Ellen I. PICARD, *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, 2nd Ed., Toronto, Carswell, 1984, p. 204

¹⁷⁴ *Harewood-Greene c. Spanier*, [1995] R.R.A. 147 (C.S.) (Jugement porté en appel: 500-09-000250-951)

¹⁷⁵ *Id.*, 157

traitement, le médecin doit donc tenir compte non seulement des limites de ses connaissances mais également celle de ses habiletés. En effet, *l'étude du contenu de l'obligation de soigner nous révèle que le professionnel de la santé est tenu à une extrême vigilance dans l'exercice de son art*¹⁷⁶.

Outre cette responsabilité civile de donner des bons soins par le biais de la consultation dans les cas qui le justifient, le médecin pourrait être reconnu coupable de négligence criminelle suite à un défaut de consulter ou référer. En effet, certains articles du *Code criminel*¹⁷⁷ prévoient que les cas où il y a lésion corporelle¹⁷⁸ ou mort¹⁷⁹, suite notamment à l'omission de faire un devoir¹⁸⁰ qui démontre une insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui, constituent de la négligence criminelle¹⁸¹. Par ces articles du *Code criminel*, le législateur rend criminellement responsable le médecin qui, ayant fait défaut de consulter, provoquerait des lésions corporelles. La négligence criminelle peut même conduire à des accusations d'homicide¹⁸². L'homicide est défini comme étant le geste d'une personne qui, directement ou indirectement, cause la mort d'une autre personne par quelque moyen¹⁸³.

¹⁷⁶ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 320, p. 217

¹⁷⁷ Précité, note 127

¹⁷⁸ *Id.*, art.221

¹⁷⁹ *Id.*, art. 220

¹⁸⁰ *Id.*, art. 219 (2)

¹⁸¹ *Id.*, art. 219

¹⁸² *Id.*, art. 222(5)

¹⁸³ *Id.*, art 222 (1)

L'affaire *St-Germain c. R.*¹⁸⁴ illustre bien ce principe. Dans cette affaire, la Cour d'appel renversa le jugement de première instance en acquittant le médecin. Ce dernier était accusé de négligence criminelle causant la mort vu l'absence d'examen du patient avant de lui recommander de se rendre à un autre hôpital. Lors du transport, le patient est mort mais la preuve n'a pas été jugée suffisante aux yeux du tribunal relativement au lien de causalité entre la négligence et la mort. Cependant, le tribunal considéra que le médecin n'avait pas rempli son devoir légal et qu'il avait montré une insouciance envers le patient: (...) *le docteur St-Germain a montré à l'égard de Demers une insouciance telle qu'aucun médecin consciencieux, respectueux de son devoir professionnel, n'aurait agi ni ne se serait abstenu d'agir comme il le fit*¹⁸⁵.

Outre ses obligations, le médecin possède certains droits spécifiques dans le cadre du contrat médical et en tant que citoyen. Il a notamment le droit à l'erreur¹⁸⁶! Le médecin a le droit de ne pas contracter avec le patient sauf dans les cas d'urgence et lorsqu'il est en service de garde¹⁸⁷. Les motifs sous-jacents à cette décision de ne pas contracter sont à la discrétion du médecin. Il ne peut bien entendu l'invoquer pour un motif de discrimination prévu à la *Charte*¹⁸⁸. Il peut l'invoquer pour des raisons

¹⁸⁴ [1976] C.A. 185

¹⁸⁵ *Id.*, 193

¹⁸⁶ *Supra*, pp. 18-19

¹⁸⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, précitée, note 73, art. 6

¹⁸⁸ *Charte des droits et libertés de la personne*, précitée, note 126, art. 10. *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.03.05

de conscience telles que des convictions religieuses et morales¹⁸⁹. Ce droit de ne pas contracter inclut le droit de refuser un transfert ou une consultation pour les mêmes motifs que ceux du médecin traitant. Donc, le consultant peut refuser de procéder à la consultation et lorsque le médecin traitant réfère son patient à un autre médecin, ce dernier peut refuser le transfert. Ce droit de ne pas contracter n'est pas absolu, il doit s'exercer dans les limites raisonnables car il ne faut pas oublier que le médecin possède le droit à l'exclusivité de plusieurs actes médicaux¹⁹⁰.

Le médecin doit pouvoir compter sur la collaboration de son patient compte tenu de l'obligation de ce dernier de collaborer¹⁹¹. Ce droit consiste à l'obtention de l'information médicale et sociale et à la franchise de la part de son patient. Le médecin a également le droit de choisir le traitement donc le droit de consulter un confrère; dans certains cas, ce droit devient un devoir¹⁹². Cependant, ce droit doit s'exercer avec l'accord du patient¹⁹³ puisque ce dernier a le droit de refuser¹⁹⁴ et que le médecin doit respecter son choix¹⁹⁵. Également, le médecin a le droit de se faire remplacer temporairement en avisant le patient au préalable¹⁹⁶. En résumé, le droit du médecin au choix du traitement s'exerce sous réserve de l'autonomie du

¹⁸⁹ *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.03.06

¹⁹⁰ *Code des professions*, précité, note 17, art. 31 et 32

¹⁹¹ *Supra*, section I.-B.-1.

¹⁹² *Code de déontologie des médecins*, précité, note 22, art. 2.03.16

¹⁹³ *Supra*, Section I.-B.-1

¹⁹⁴ *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.03.02, 2.03.01

¹⁹⁵ *Id.*, art. 2.03.01, 2.03.02

¹⁹⁶ *Id.*, art. 2.03.46, 2.03.10, 2.03.12, 2.04.05

patient.

Dans l'hypothèse où le patient refuse la consultation, le médecin traitant peut se retirer du dossier en autant qu'il estime la consultation indispensable. Ou il peut continuer à assurer les soins en autant que le patient sait qu'il assume alors lui-même les risques et inconvénients que son refus entraîne¹⁹⁷. C'est à cette conclusion que la Cour en est venu dans l'affaire *Saucier c. Wise*¹⁹⁸, où le patient n'avait pas revu le spécialiste à la date convenue. Vu l'absence de faute du médecin et la présence d'une faute du patient, la demande fût rejetée.

Le droit de mettre fin¹⁹⁹ au contrat de soins s'exerce en conformité avec le *Code de déontologie des médecins*²⁰⁰ qui énonce clairement que quelles que soient les circonstances, la continuité des soins au patient doit être assurée. Par conséquent, le médecin qui se retire doit alors référer son patient à un autre médecin²⁰¹. En résumé, le médecin doit exercer ses droits à la limite des droits du patient. Les motifs pour mettre fin au contrat sont nombreux: l'impossibilité de fournir les soins²⁰², une demande inacceptable du patient telle qu'une demande de soins, de traitement ou de

¹⁹⁷ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 43. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 260, p. 176. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 23

¹⁹⁸ Précité, note 100

¹⁹⁹ Gérard, MÉMETEAU, «Volonté du malade opposée à l'intérêt du malade: provocation à une réflexion hérétique», (1988) 18 *R.D.U.S.* 265

²⁰⁰ Précité, note 22

²⁰¹ *Id.*, art. 2.04.05, 2.03.10 et 2.03.12

²⁰² *Id.*, art. 2.03.16

consultation jugés médicalement inutiles²⁰³ ou illégales²⁰⁴, l'absence de collaboration²⁰⁵ ou encore la limite des compétences²⁰⁶.

Le patient est en droit de demander une consultation. Le médecin doit reconnaître ce droit²⁰⁷ mais il est aussi en droit de refuser la consultation si celle-ci ne répond à aucune nécessité médicale puisqu'il a un droit de retrait. De plus, cette consultation ne doit pas se faire avec un charlatan, un rebouteur ou un empirique²⁰⁸.

Au-delà de ses droits, le médecin a des obligations; quant à l'obligation de consulter, elle n'est pas absolue. Mais lorsque le médecin utilise cette modalité de soins, doit-il, dans tous les cas, respecter et se soumettre aux recommandations du consultant? Et ce dernier a-t-il une part de responsabilité dans les soins apportés au patient? Avant de répondre à ces questions, il importe de préciser que tous les échanges d'informations et de connaissances ne constituent pas de véritables consultations qui pourraient aider le médecin à démontrer qu'il s'est conformé à son obligation de consulter.

²⁰³ *Id.*, art. 2.03.23 et 2.03.21

²⁰⁴ *Id.*, art. 2.03.35

²⁰⁵ *Supra*, section I.-B.-1

²⁰⁶ *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.03.16

²⁰⁷ *Id.*, art. 2.03.03

²⁰⁸ *Id.*, art. 2.03.35

II- LA CONSULTATION

La consultation peut survenir dans de nombreuses circonstances mais certaines situations impliquant plus d'un médecin ne sont pas des consultations au sens juridique²⁰⁹. Ainsi en est-il des situations où le médecin a recours à un radiologiste ou à un pathologiste. Dans ces cas, le médecin intervenant exécute une obligation distincte de celle du médecin traitant: il n'exécute pas des soins que le médecin traitant devait exécuter²¹⁰. En fait, les radiologistes, pathologistes et hématologistes sont mis à contribution pour fournir au médecin traitant des données supplémentaires et nécessaires dans sa prestation professionnelle²¹¹.

Même si sur le plan juridique, les actes du tiers médecin sont indépendants de ceux du médecin traitant, celui-ci n'est pas pour autant libéré de son obligation de suivre. Ainsi, si les résultats de laboratoire sont anormaux, le médecin traitant doit être vigilant et en faire part à son patient. La Cour d'appel dans un jugement²¹² récent a confirmé ce principe en retenant la responsabilité du médecin traitant pour avoir fait défaut de prendre en considération le rapport de pathologie et ainsi d'avoir manqué à son devoir de suivi et de divulgation²¹³.

²⁰⁹ Alain BERNARDOT, *op. cit.*, note 29, n° 258, p. 175

²¹⁰ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p.51

²¹¹ *Id.*, p. 21

²¹² *Suite c. Cooke*, [1995] R.J.Q. 2765 (C.A.)

²¹³ *Id.*, 2772. Dans cette histoire, le Dr.Cooke omet de prendre connaissance du rapport du pathologiste qui démontre que les tissus enlevés lors de l'intervention proviennent d'une veine et non pas de la trompe de Fallope. La patiente, madame Suite, devient donc enceinte puisque le Dr.Cooke n'a, dans les faits, pas réussi la ligature des

Également, la pratique de groupe ou l'exercice collectif de la médecine n'est pas un acte de consultation. Dans ce mode de pratique, les médecins se regroupent par champs de spécialité et exploitent une clinique ensemble sous une même administration²¹⁴. Les médecins soignent à tour de rôle les patients et chacun est autonome dans ses actes. Ainsi, s'il y a faute, ils pourront tous être tenus responsables²¹⁵. En fait, dans la pratique de groupe, les médecins se remplacent mutuellement. Le remplacement vise à s'assurer la suppléance du médecin de façon temporaire. Le médecin traitant se substituant un autre médecin pour remplir ses propres obligations²¹⁶. Dans ce contexte, aucun rapport de subordination n'est présent²¹⁷ mais si l'on démontre que le médecin s'est fait fautivement remplacer, il peut être tenu responsable des dommages²¹⁸.

De même si le médecin traitant se renseigne auprès d'un confrère qui a déjà soigné ce patient, cette situation ne saurait constituer une consultation²¹⁹. Également, si le médecin ne fait que recommander un confrère pour certains soins mais qu'il ne participe pas au diagnostic ou au traitement, il n'encourt aucune responsabilité face

trompes et ne l'a pas informée du résultat de pathologie pour la mettre en garde contre les risques d'une grossesse.

²¹⁴ Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 257

²¹⁵ Art. 1480 C.C.Q., Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 279, p. 189

²¹⁶ *Id.*, n° 269, p. 182

²¹⁷ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 23

²¹⁸ Jean-Louis BAUDOUIN, *La responsabilité civile*, *op. cit.*, note 5, n° 1245, p. 662

²¹⁹ Alain BERNARDOT, *op. cit.*, note 29, n° 258, p. 175

à cette intervention puisqu'il ne consulte pas²²⁰; en fait, il réfère son patient à un spécialiste pour un traitement.

Référer, c'est-à-dire transférer, son patient à un autre médecin ne constitue pas pour le médecin traitant un acte de consultation. Toutefois, l'obligation de référer repose sur les mêmes principes que l'obligation de consulter: le médecin reconnaît les limites de ses compétences et fait appel à un autre médecin plus qualifié dans les circonstances. Or, quand le médecin procède à un transfert, il respecte son obligation de soigner à la limite de ses compétences. À noter que dans la pratique quotidienne médicale, il arrive fréquemment que les médecins utilisent le terme «consulter» même lorsqu'il s'agit de situations où un véritable transfert survient pour certains aspects des soins apportés au patient. Sur le plan juridique, ce sont pourtant deux situations différentes²²¹.

De plus, les demandes informelles adressées à un confrère pour connaître son avis ne constituent pas des consultations véritables²²². Le plus haut tribunal en est arrivé à cette conclusion dans l'affaire *Vail c. MacDonald*²²³ en faisant siens les commentaires du juge de la Cour d'appel²²⁴ et du juge de première instance²²⁵.

²²⁰ *Id.*

²²¹ *Infra*, pp. 44-46

²²² Pauline LESAGE-JARJOURA, *op. cit.*, note 18, p. 220. Jean-Pierre MÉNARD, *op. cit.*, note 11, p.40

²²³ Précité, note 58

²²⁴ *Id.*, 829

²²⁵ *Id.*, 830

Dans cette affaire, le médecin se défendait en prétextant avoir eu des «consultations de corridor» avec un confrère. Cependant, il fut incapable de dire quand ou avec qui, il avait eu ces consultations²²⁶. Il fût alors reconnu négligent vu son défaut de recourir à un consultant en temps utile. Au plan juridique, les «consultations de corridor» n'ont pas d'existence. Si un médecin allègue qu'il a respecté son obligation de consulter en procédant à une «consultation de corridor», la preuve qu'elle a bel et bien eu lieu peut s'avérer difficile depuis l'arrêt *Ares c. Venner*²²⁷. Dans cet arrêt, la Cour suprême a établi que *les dossiers d'hôpitaux (...) doivent être reçus comme preuve prima facie des faits qu'ils relatent*²²⁸. Le médecin qui prétend avoir procédé à des consultations a donc le fardeau de prouver que la consultation a bien eu lieu notamment par le biais d'une demande ou d'un rapport se trouvant dans le dossier médical. D'ailleurs, dans l'affaire *Vail*²²⁹, les juges mentionnent que *les dossiers ne révèlent aucune indication au sujet de la consultation*²³⁰.

A- L'ACTE DE CONSULTATION

L'acte de consultation s'accomplit chaque fois qu'un médecin appelle un autre

²²⁶ *Id.*

²²⁷ (1970) R.C.S. 608

²²⁸ *Id.*, 626

²²⁹ Précité, note 58

²³⁰ *Id.*, 829

médecin à confronter ses opinions au sujet d'un patient²³¹ ou sollicite l'opinion d'un confrère au sujet d'un diagnostic ou d'un traitement²³². Le rôle du consultant est complémentaire au rôle du médecin traitant²³³. La consultation peut avoir lieu à la demande du médecin ou à la demande du patient²³⁴ puisqu'*un médecin doit reconnaître en tout temps le droit du patient de consulter un confrère, un membre d'une autre corporation professionnelle ou une autre personne compétente*²³⁵. Dans les deux cas, l'effet est le même, un second médecin s'immisce dans le diagnostic ou le traitement²³⁶.

*En réalité, il y a consultation lorsque le médecin traitant, voulant agir dans le meilleur intérêt du patient ou agissant à la demande de ce dernier, consulte un autre médecin au sujet du diagnostic ou de mesures thérapeutiques à prendre.*²³⁷

Compte tenu que toute intervention d'un tiers-médecin ne constitue pas nécessairement un acte de consultation, la relation juridique entre le médecin traitant et le tiers-médecin diffère selon les situations. Il en va de même de leur responsabilité respective: consultant n'égale pas médecin traitant²³⁸. De façon générale, un médecin est personnellement responsable du dommage causé au patient par sa propre

²³¹ René SAVATIER et al., *op. cit.*, note 20, p. 39

²³² Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 39. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 259, p. 175

²³³ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 262, p. 176

²³⁴ *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.03.16 et 2.03.18

²³⁵ *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.03.03

²³⁶ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 259, p. 175

²³⁷ *Id.*, n° 258, p.175

²³⁸ *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.04.04

négligence. De même, il peut être tenu responsable du dommage causé par la négligence d'un de ses employés ou mandataires; c'est la responsabilité pour le fait d'autrui²³⁹. Le principe de la responsabilité du fait d'autrui se résume comme suit: une personne est responsable pour l'acte dommageable d'une autre personne sans avoir commis de faute elle-même. Mais qu'en est-il de la responsabilité respective du consultant, du médecin traitant ou du médecin à qui on a référé un patient?

1. La relation entre le médecin traitant et le consultant

Que la consultation survienne à la demande du patient ou à la demande du médecin, un certain nombre d'obligations réciproques entre les deux médecins prennent naissance. *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*²⁴⁰ et lui donner suffisamment d'informations pour que ce dernier sache ce qu'on attend de lui²⁴¹. Le médecin consultant doit quant à lui *fournir au médecin traitant, avec diligence et par écrit, les résultats de sa consultation et les recommandations qu'il juge appropriés*²⁴². D'ailleurs, dans l'affaire *Law Estate c.*

²³⁹ Jean-Louis BAUDOUIN, *La responsabilité civile*, *op. cit.*, note 5, n° 587, p. 342. Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 71. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 71. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 372, p. 245.

²⁴⁰ *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.04.09

²⁴¹ *Id.*, art.2.04.02. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 261, p. 176

²⁴² *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.04.03. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 261, p. 176

*Simice*²⁴³, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a considéré que le médecin avait été négligent en ne donnant pas suffisamment d'informations au spécialiste à qui le patient avait été dirigé. Et le médecin vers qui le patient avait été référé fut reconnu négligent de ne pas avoir donné promptement son rapport au médecin traitant.

Le consultant ne doit pas s'immiscer dans le traitement sans l'accord du médecin traitant car *sauf urgence, le médecin consultant ou expert ne doit devenir médecin traitant d'un patient qu'à la demande ou après autorisation de ce dernier*²⁴⁴. Ainsi, le rôle du consultant diffère de celui du médecin traitant²⁴⁵. Tel que discuté dans les pages précédentes, le contrat médical naît entre le médecin et le patient et il entraîne des obligations de part et d'autre. Ce contrat prend fin notamment lorsque le médecin confie son patient à un confrère et se retire de la relation. On parle alors de transfert²⁴⁶. Le médecin référant ne se substitue personne à lui-même. Il ne conserve aucun contrôle sur le diagnostic ou le traitement²⁴⁷: un second contrat naît entre le nouveau médecin et le patient²⁴⁸. Ce nouveau médecin devient le médecin traitant²⁴⁹.

²⁴³ (1994) 21 C.C.L.T. (2d) 228

²⁴⁴ *Code de déontologie*, précité, note 22, art. 2.04.04

²⁴⁵ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 39

²⁴⁶ Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 24 et 248

²⁴⁷ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 32

²⁴⁸ Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 24. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 280, p. 191

²⁴⁹ Pauline LESAGE-JARJOURA, *Id.*, p. 222

Dans la plupart des consultations, aucun transfert au sens juridique ne survient²⁵⁰ puisque la consultation s'effectue sans que le lien qui unit le médecin au patient soit rompu et donc sans rompre son obligation de suivi²⁵¹. L'appel en consultation n'atténue en aucune façon les responsabilités et obligations du médecin traitant. En fait le consultant et le médecin traitant ne fournissent que des soins simultanés. Cependant, dans la consultation, il peut survenir un transfert partiel, le consultant prend alors charge du patient pour ce qui concerne son champ d'expertise et le surplus relève encore du médecin traitant²⁵². Règle générale, le consultant n'émet qu'une opinion et des recommandations sans prendre de décisions. Cette opinion n'a pas de force obligatoire à moins que le médecin traitant ne l'ait entérinée.

Lorsqu'un tiers-médecin est appelé, le médecin traitant devrait préciser avec ce médecin s'il s'agit d'une consultation pour opinion seulement, d'un partage ou d'un transfert de soins. Ainsi, tel que mentionné précédemment, le terme consultation diffère du terme référence. Lorsqu'il y a demande de consultation, il n'y a pas de véritable transfert de l'obligation de soigner. Lorsqu'il y a référence d'un patient, celle-ci implique un transfert de l'obligation de soigner. Toutefois, le médecin référant demeure responsable jusqu'à la prise en charge par ce dernier et ce, en vertu de son obligation de suivre. En effet, le *Code de déontologie des médecins*²⁵³ prévoit que *le médecin, désirant adresser son patient à un autre médecin, doit assumer la*

²⁵⁰ *Id.*, p. 223

²⁵¹ *Id.*, p. 218

²⁵² *Id.*, p. 224

²⁵³ Précité, note 22

*responsabilité de ce patient tant que le nouveau médecin n'a pas pris celui-ci en charge*²⁵⁴. Le médecin n'assume alors aucune obligation de soins face aux soins que le tiers-médecin fournira, le médecin à qui on réfère est présumé apte à prodiguer les soins.

*Le médecin qui réfère un patient à un autre médecin n'est d'aucune façon responsable de la faute du médecin auquel il réfère ce patient puisqu'il ne se substitue personne à lui-même et que celui auquel il réfère le patient n'est pas son préposé. Il ne conserve d'ailleurs aucun contrôle sur le diagnostic ou le traitement qui sera établi par cet autre médecin.*²⁵⁵

Le médecin désirant référer ou transférer son patient doit assumer certaines obligations: aviser le patient au préalable, obtenir son consentement au transfert, lui fournir les soins appropriés tant que le nouveau médecin ne l'a pas pris en charge et fournir à ce dernier tous les renseignements nécessaires²⁵⁶. L'obligation du médecin traitant demeure tant et aussi longtemps que le nouveau médecin n'a pas pris en charge le patient²⁵⁷. Dans l'arrêt *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*²⁵⁸, le plus haut tribunal du pays réaffirma le principe que l'obligation de soins ne se termine pas avec le transfert du patient. Le médecin doit voir au bien-être, à la sécurité du patient pendant le transport et s'assurer que le Centre hospitalier ou le médecin qui recevra le patient comprendra l'urgence du cas. L'obligation de suivre ne se termine pas avec la décision de transférer le patient. C'est à cette conclusion qu'en est arrivé la Cour

²⁵⁴ *Id.*, art. 2.03.12

²⁵⁵ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 32

²⁵⁶ *Id.*, p. 34-35. *Supra*, p.41

²⁵⁷ *Id.*, p. 35. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 265, p. 179

²⁵⁸ Précité, note 41

supérieure dans l'affaire précitée *St-Hilaire c. S.*²⁵⁹:

*Considérant que la prétention du défendeur qu'il considérait sa responsabilité dégagée du moment qu'il avait mandé le spécialiste Leclerc est inadmissible, puisqu'il avait accepté de traiter le malade, qu'il devait le suivre (...) et qu'il ne pouvait être dégagé de sa responsabilité tant et aussi longtemps qu'un autre médecin dûment qualifié n'avait pas pris charge définitivement du malade et que son client ne l'avait pas libéré*²⁶⁰.

Donc, ce n'est qu'une fois seulement le patient pris en charge par le nouveau médecin que la responsabilité du médecin transférant se termine et seul le nouveau médecin assume la responsabilité du patient²⁶¹. De même dans l'affaire précitée *Rouillier*²⁶², le principal reproche que le tribunal fit à l'endroit du Dr.Colpron fut d'avoir laissé la patiente sans suivi: *il avait certes le droit de prendre des vacances d'été, il devait prendre les dispositions nécessaires pour qu'elle puisse être référée ailleurs*²⁶³.

A contrario, la présence d'un consultant n'altère pas les obligations du médecin traitant vis-à-vis de son patient²⁶⁴. L'obligation de suivre représente la continuation

²⁵⁹ Précité, note 58. Dans cette affaire, le patient présentait une fracture du fémur suite à un accident de la circulation. Malgré la demande des parents, le médecin traitant tarda à consulter un chirurgien-orthopédiste et lorsqu'il le fit, le consultant recommanda de transférer le patient dans un autre hôpital. Toutefois, le médecin traitant tarda à respecter cette recommandation jusqu'à ce qu'un autre spécialiste recommande ce transfert. En défense, le médecin traitant prétendait que dès le moment où il avait appelé un spécialiste en consultation, il n'assumait plus la responsabilité du patient. Cependant, la Cour refusa d'admettre cette défense.

²⁶⁰ *Id.*, 268

²⁶¹ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 37

²⁶² Précité, note 48

²⁶³ *Id.*, 544

²⁶⁴ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 267, p. 181

de l'obligation de soigner. Cette obligation est parfois décrite comme l'interdiction d'abandonner son patient. De façon plus spécifique, le médecin doit demeurer de manière raisonnable à la disposition de son patient²⁶⁵. Cette obligation a certes des conséquences sur l'obligation de consulter. Quand le consultant est appelé, le médecin traitant n'est pas pour autant libéré de son obligation de suivre, le patient demeure sous sa responsabilité²⁶⁶. Le médecin traitant garde la direction générale même quand s'impose l'intervention de consultants²⁶⁷. En effet:

*La consultation ne vise qu'à rechercher l'opinion d'un autre médecin sans que ce dernier ne devienne le médecin traitant ou ne pose d'acte médical à l'égard du patient. L'entière responsabilité du patient demeure donc entre les mains du médecin traitant.*²⁶⁸

Quant au consultant, il n'engage sa responsabilité que s'il pose un acte:

*Dans la limite où son intervention se limite à l'émission d'une opinion ou de suggestions, le consultant n'engage jamais sa responsabilité. Le médecin consultant n'engage sa responsabilité que s'il pratique lui-même un acte à l'égard du patient, dans la mesure où cet acte est fautif.*²⁶⁹

En fait, le médecin traitant et le consultant prennent en commun les responsabilités du diagnostic et du traitement selon le cas²⁷⁰. Cependant, leurs responsabilités respectives correspondent aux actes qu'ils posent eux-même car chacun est lié par un

²⁶⁵ Code de déontologie, précité, note 22, art. 2.03.46

²⁶⁶ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 259, p. 175

²⁶⁷ René SAVATIER et al., *op. cit.*, note 20, p. 261

²⁶⁸ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p.40

²⁶⁹ *Id.*, note 11, p. 43 et 46

²⁷⁰ René SAVATIER et al., *op. cit.*, note 20, p. 351

contrat médical distinct²⁷¹. En effet, chaque médecin est autonome de ses actes²⁷² et un médecin n'est pas le préposé d'un autre et ce, qu'il agisse comme remplaçant, comme consultant ou comme expert spécialiste²⁷³. Selon certains auteurs:

*En conclusion, il n'y a pas lieu d'appliquer les règles de la responsabilité du fait d'autrui à l'égard du consultant. Il n'est jamais substitué au médecin traitant pour l'exécution d'un acte médical et il n'est jamais le préposé du médecin traitant.*²⁷⁴

La responsabilité du médecin est limitée aux actes pour lesquels il prend des décisions et pose un acte quelconque. Donc, en ce qui concerne l'obligation du médecin consulté ou de celui à qui on réfère, ceux-ci conservent leur pleine compétence professionnelle dans l'exercice de leur jugement médical. *Le principe à retenir est donc que tout médecin qui pose un acte dans le cadre d'une intervention auprès d'un patient engage sa responsabilité personnelle*²⁷⁵. Le consultant n'est pas substitué au médecin traitant et il n'est pas son préposé²⁷⁶. Le médecin a un certain degré de responsabilité face à l'opinion du consultant compte tenu du fait qu'il demeure le médecin traitant:

le médecin traitant peut engager sa propre responsabilité en cas de faute des tiers médecins qu'il a sollicités dans la conduite d'un

²⁷¹ *Id.*, *Infra*, pp. 44-45

²⁷² Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 224

²⁷³ Jean-Louis BAUDOUIN, *La responsabilité civile*, *op. cit.*, note 5, n° 1245, p. 662. Nous entendons par expert spécialiste le médecin qui est sollicité pour intervenir dans un champ de compétence particulier comme le pathologiste, l'anesthésiste, le microbiologiste, le radiologiste ou encore le nucléiste ou l'isotopiste.

²⁷⁴ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 48

²⁷⁵ *Id.*, p. 56

²⁷⁶ *Id.*, p. 48

*traitement, dans la mesure où il peut, par ses connaissances et son expérience, constater l'erreur commise par un de ces tiers médecins.*²⁷⁷

2. La responsabilité du médecin traitant face à l'opinion du consultant

La décision du médecin traitant peut être de trois types: suivre la recommandation du consultant, ne pas la suivre ou transférer le patient. Le médecin ayant requisitionné une consultation n'est pas tenu de suivre la recommandation du consultant comme le souligne les auteurs Ménard et Martin:

*(...) le médecin traitant demeure celui qui conserve le pouvoir de prendre les décisions médicales à l'égard du patient. Ainsi, l'établissement du diagnostic et le traitement de la maladie demeurent son entière responsabilité: un médecin traitant n'est donc jamais légalement tenu de suivre l'opinion d'un consultant.*²⁷⁸

Toutefois, si le médecin traitant n'endosse pas les recommandations du consultant, il doit avoir des raisons valables et une expertise suffisante pour écarter ces recommandations. S'il n'a pas l'expertise suffisante, qu'il écarte l'opinion et que le traitement échoue en raison du fait qu'il n'a pas tenu compte de cette opinion, il engage alors sa responsabilité²⁷⁹. *Le médecin traitant peut faire siennes les opinions et recommandations du consultant avec les erreurs qu'elles peuvent comporter*²⁸⁰

²⁷⁷ *Id.*

²⁷⁸ *Id.*, p. 43

²⁷⁹ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 265, p. 179-181

²⁸⁰ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 43

alors que s'il passe outre, sans raison valable, à l'opinion et aux recommandations d'un consultant, la tendance est de sanctionner sa conduite²⁸¹. Il est à noter qu'il en sera de même pour le médecin qui ne tient pas compte des rapports des experts spécialistes sollicités²⁸².

En appel de la Cour d'appel du Québec, la Cour suprême du Canada a, dans l'affaire *McCormick c. Marcotte*²⁸³, retenu la responsabilité du médecin pour n'avoir pas suivi les recommandations du consultant, médecin plus qualifié que lui et ainsi, d'avoir exposé son patient à un plus grand risque d'échec. Dans cette histoire, le médecin, à la demande du patient, a appelé en consultation un chirurgien-orthopédiste qui a conseillé un mode d'intervention. Le défendeur a procédé à une intervention qui n'était pas celle recommandée par le spécialiste et ce traitement fût un échec. Pour la Cour, le défendeur n'avait pas la compétence voulue pour pratiquer l'intervention recommandée et a eu recours à une méthode désuète contrairement aux conseils d'un spécialiste.

Au sujet de la désuétude des traitements, *le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles; à cette fin, il doit tenir à jour et perfectionner ses connaissances*²⁸⁴. Dans la cause *Rouillier c. Chesnay*²⁸⁵,

²⁸¹ *Id.*, p. 44

²⁸² *Suite c. Cooke*, précité, note 212

²⁸³ Précité, note 49

²⁸⁴ *Code de déontologie des médecins*, précité, note 22, art. 2.03.15

²⁸⁵ Précité, note 48

l'honorable juge Ginette Piché énonce ce qui suit:

*Celui ou celle qui consulte un spécialiste a certainement le droit de s'attendre de recevoir des soins par un professionnel à jour et qui se documente et est au courant des derniers développements et des dernières recherches faites dans sa spécialité. (...) C'est un grand spécialiste et les défauts constatés par le tribunal sont d'autant plus importants et graves.*²⁸⁶

Le médecin traitant doit s'assurer que les recommandations du consultant sont appropriées avant de les suivre²⁸⁷. Certains auteurs vont jusqu'à prétendre que si le médecin traitant ne peut évaluer l'acte de la consultation, il devrait référer son patient à un spécialiste²⁸⁸. Contrairement à cette prétention, nous estimons, tout comme d'autres auteurs, que si le médecin traitant ne peut évaluer l'acte, ce sera le consultant qui engagera sa responsabilité:

*Le médecin qui a recours à un spécialiste sera responsable d'un fait qu'il aurait pu, ou dû, contrôler, mais pas d'une erreur propre à ce spécialiste: il n'a pas d'obligation à cet égard.*²⁸⁹

Cela n'aurait aucun sens si le généraliste ne pouvait faire confiance aux rapports des spécialistes²⁹⁰. L'extrait suivant résume bien la responsabilité du médecin qui ne peut évaluer l'acte du consultant:

Si le médecin traitant n'est pas en mesure d'évaluer l'acte de l'autre médecin qu'il a sollicité, pour des raisons de compétence ou de spécialisation, il n'assume pas la responsabilité de l'acte de ce dernier en cas d'erreur ou de négligence (...) il ne répond pas de la faute de ces derniers même s'il les a sollicités dans l'exécution du traitement

²⁸⁶ *Id.*, p. 542

²⁸⁷ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 264, p. 179

²⁸⁸ *Id.*, n° 265, p. 180

²⁸⁹ Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 95

²⁹⁰ Henri ANRYS, *op. cit.*, note 50, p. 156

*d'un patient, car il ne s'agit pas d'une véritable substitution où le tiers sollicité exécute l'obligation principale du médecin.*²⁹¹

Au-delà des normes externes qui précisent la conduite acceptable et conforme aux normes professionnelles qu'aurait dû avoir le médecin poursuivi, le tribunal doit prendre en considération les paramètres propres au litige, notamment la compétence personnelle du médecin et les ressources disponibles²⁹².

B- L'APPRÉCIATION DU COMPORTEMENT

Le droit civil reconnaît deux modèles théoriques d'appréciation de la faute, soit l'appréciation *in concreto* et l'appréciation *in abstracto*. L'appréciation *in concreto* consiste à analyser le comportement reproché de la personne avec son comportement habituel. L'appréciation *in abstracto* consiste à évaluer la conduite du débiteur par rapport à la conduite «standard» qu'aurait adoptée un débiteur raisonnablement prudent et diligent²⁹³. L'obligation du médecin envers son patient est une obligation de moyens et c'est l'appréciation *in abstracto* qui sera utilisée pour en évaluer l'inexécution. En effet, tous semblent unanimes à retenir l'appréciation *in*

²⁹¹ Jean-Pierre MÉNARD et al., *op. cit.*, note 11, p. 53

²⁹² Jean-Louis BAUDOUIN, *La responsabilité civile, op. cit.*, note 5, n° 1201, p. 639

²⁹³ Pierre DESCHAMPS, «L'obligation de moyens en matière de responsabilité médicale», *loc. cit.*, note 40

*abstracto*²⁹⁴.

Transposé en responsabilité médicale, ce principe permet de comparer la conduite du médecin à celle du «bon médecin», prudent et diligent qui, placé dans des circonstances similaires, se conforme aux usages professionnels et aux données acquises de la science actuelle ou aux règles de l'art²⁹⁵. La juge L'Heureux-Dubé, dans l'arrêt *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*²⁹⁶ de la Cour suprême, a réaffirmé ce principe reconnu et appliqué depuis longtemps:

*Généralement les médecins ont une obligation de moyens et leur conduite doit être évaluée par rapport à la conduite d'un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances.*²⁹⁷

La doctrine canadienne retient également ce principe:

*A classical statement of the standard of care is that a doctor is to meet the standard of the normal, prudent practitioner of the same experience and standing.*²⁹⁸

Ainsi, la notion de médecin prudent et diligent doit s'accorder avec le statut

²⁹⁴ Jean-Louis BAUDOUIN, *La responsabilité civile*, *op. cit.*, note 5. Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 21, p. 12. Paul-André CRÉPEAU, «La responsabilité civile du médecin», *loc. cit.*, note 5, 28-29. Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18. *Nelligan c. Clément*, précité, note 75; *X. c. Mellen*, précité, note 38; *Lefebvre c. Lamontagne*, [1970] C.A. 47; *Cloutier c. C.H.U.L.*, précité, note 41; *Morrow c. Hôpital Royal-Victoria*, [1990] R.R.A. 41 (C.A.); *Tremblay c. Claveau* [1990] R.R.A. 268 (C.A.); *Perron c. Hôpital Général de la Région de l'Amiante*, précité, note 115; *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, précité, note 41

²⁹⁵ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 317, p. 215.

²⁹⁶ Précité, note 41

²⁹⁷ *Id.*, 361.

²⁹⁸ Ellen I. PICARD, *op. cit.*, note 173, p. 157

professionnel du médecin²⁹⁹.

1. Le statut professionnel et les ressources

La performance d'un généraliste ne sera pas appréciée de la même façon que celle d'un spécialiste³⁰⁰ et le comportement d'un spécialiste sera jugé en fonction non pas d'un généraliste mais bien d'un confrère spécialisé, prudent et avisé, placé dans les mêmes circonstances³⁰¹. Dans l'appréciation du comportement du médecin, la doctrine enseigne que:

Le spécialiste sera référé à un spécialiste et le généraliste à un généraliste, à condition toutefois que ce dernier ne sorte pas de son champ de compétence: 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 patient³⁰². (...) le Tribunal tient compte du statut du professionnel. Il ne devrait pas apprécier de manière identique la performance d'un omnipraticien et celle d'un spécialiste.³⁰³

C'est donc dire que dans l'évaluation du comportement, certains éléments subjectifs, c'est-à-dire rattachés au médecin, s'infiltrèrent dans le processus. Selon certains auteurs,

²⁹⁹ Pierre DESCHAMPS, «L'obligation de moyens en matière de responsabilité médicale», *loc. cit.*, note 40

³⁰⁰ Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 40 et 205. Pierre DESCHAMPS, «L'obligation de moyens en matière de responsabilité médicale», *loc. cit.*, note 40, p. 58. Jean-Louis BAUDOUIN, *La responsabilité civile, op. cit.*, note 5, n° 1201, p. 639

³⁰¹ Alain BERNARDOT et al., *op. cit.*, note 29, n° 21, p. 12

³⁰² Pauline LESAGE-JARJOURA et al., *op. cit.*, note 18, p. 23

³⁰³ *Id.*, p. 205

cet élément *in concreto* vise à maintenir la compétence et les aptitudes des professionnels au niveau le plus souhaitable³⁰⁴.

*Chaque médecin est censé être pourvu d'un degré raisonnable d'habileté. On ne peut exiger de tous la science éminente dont quelques-uns sont gratifiés. Le terme de comparaison est ici la science et l'habileté normales parmi les membres de la profession médicale*³⁰⁵.

Notons que l'obligation de consulter est reconnue même dans le cas de spécialistes. Dans l'affaire *Rouillier*³⁰⁶, la Cour a conclu qu'*il fait partie des obligations d'un professionnel spécialiste de consulter d'autres collègues si nécessaire (...)*³⁰⁷. Dans l'affaire *Lévesque c. Hôpital Notre-Dame de Ste-Croix*³⁰⁸, le tribunal a pris soin d'énoncer qu'il faut distinguer la situation du médecin spécialiste de celle du généraliste: *En premier lieu, il faut distinguer la situation du médecin spécialisé comme orthopédiste de celle du médecin de pratique générale qui pratique en clinique d'urgence*³⁰⁹. Toutefois, si le généraliste dépasse ses limites, il sera soumis à une norme de spécialiste. En effet, si un omnipraticien entreprend un acte relevant ordinairement des habiletés d'un spécialiste, son comportement, en cas de litige, sera comparé à celui du bon spécialiste prudent et diligent. Il ne pourra se retrancher derrière le fait qu'il est généraliste pour justifier une maladresse³¹⁰. Dans l'affaire

³⁰⁴ Alain BERNARDOT et al., *op.cit.*, note 29, n° 22, p. 13

³⁰⁵ André NADEAU, note 79, p. 155

³⁰⁶ Précité, note 48

³⁰⁷ *Id.*, 542

³⁰⁸ [1993] R.R.A. 93 (C.S.)

³⁰⁹ *Id.*, 102

³¹⁰ *McCormick c. Marcotte*, précité, note 49, 21

*Hawke c. Hornstein*³¹¹, la Cour a réitéré que devant un généraliste qui fournit des soins de spécialiste, on examinera son comportement en fonction du spécialiste³¹². Dans cette histoire, le tribunal a conclu qu'un praticien prudent aurait certainement consulté un spécialiste de la discipline appropriée et lui aurait référé son patient³¹³.

Dans l'affaire *St-Hilaire v. S.*³¹⁴, la Cour supérieure s'est exprimée comme suit:

*Considérant que la prétention du défendeur que le praticien n'est pas tenu de suivre les données de la science de la même façon que le spécialiste ne peut non plus être accueillie par le tribunal, car si un médecin de pratique générale entreprend de réduire la fracture d'un membre, il doit le faire avec les connaissances et l'habileté que la science requiert d'un médecin qualifié, spécialement dans un milieu où il y a de grands hôpitaux et des orthopédistes à proximité.*³¹⁵

Dans l'affaire *Villemaire-Grenier c. Lachapelle*³¹⁶, la demanderesse se fait extraire une dent par le dentiste et suite à cette intervention, une paresthésie au menton est apparue. La preuve a démontré que le risque de paresthésie aurait été moins grand si l'intervention avait été effectuée par un spécialiste. Le juge Charette s'exprimait alors ainsi:

En conclusion, le risque de paresthésie était important, sérieux. Le Dr. Lachapelle devait informer sa patiente de ce risque et devait la référer à un spécialiste en chirurgie buccale, mieux qualifié que lui pour faire

³¹¹ Précité, note 98

³¹² *Id.*, 970

³¹³ *Id.*, 972

³¹⁴ Précité, note 58

³¹⁵ *Id.*, 269

³¹⁶ [1989] R.R.A. 38 (C.Q.) (500-09-000011-890: règlement hors-Cour)

*l'opération. Le Dr Lachapelle a donc commis une faute.*³¹⁷

Le tribunal en est arrivé à la même conclusion dans l'affaire *Saheli c. Bahamin*³¹⁸:
*L'élément de faute surgit lorsque le dentiste généraliste s'entête à reprendre un travail de spécialiste, en plein Montréal, sans demander conseil, ni référer sa cliente*³¹⁹.

De même dans l'affaire *Crick c. Mohan*³²⁰, la Cour d'appel de l'Alberta retient la responsabilité du médecin pour avoir négligé de référer sa patiente à un spécialiste lorsque sa condition le requérait. Le généraliste traitait sa patiente pour des problèmes à la main mais il avait posé le mauvais diagnostic. Sa responsabilité ne fût pas retenue pour avoir posé le mauvais diagnostic mais bien pour le défaut d'avoir référé sa patiente à un spécialiste. Les propos du juge Mason furent les suivants:

*Where I do find the defendant at fault (...) is which respect to his duty to refer his patient to a specialist for further assessment when it was obvious she was not responding well to his treatment. The question then becomes one of causation is there a causal link between this breach to the referral aspect of the duty of care and the impairment of the plaintiff's wrist and hand (...).*³²¹

Il est à noter qu'une situation d'urgence peut dispenser le médecin de recourir à un consultant s'il est justifié de penser que l'attente serait plus grave que l'intervention immédiate³²². Relativement à la notion de délai, la doctrine et la jurisprudence

³¹⁷ *Id.*, p.42

³¹⁸ Précité, note 100

³¹⁹ *Id.*, 1055

³²⁰ Précité, note 71

³²¹ *Id.*, 299

³²² Georges BOYER-CHAMMARD, *op. cit.*, note 65, p. 166

s'entendent à l'effet que pour satisfaire à l'obligation de consulter, le délai représente un des éléments difficiles à évaluer: *A critical factor in the duty to refer is the timing*³²³. À titre d'exemple, dans l'affaire *Patterson c. Dutton*³²⁴, la Cour a retenu la négligence d'un cardiologue en affirmant qu'il avait manqué à son obligation de donner des bons soins en n'appelant pas un neurologue plus tôt. Et dans l'affaire *Kersey c. Wellesley Hospital*³²⁵, la Cour de première instance en Ontario affirmait que lorsque les circonstances le requièrent, un médecin a l'obligation de référer son patient à un spécialiste dans un délai raisonnable³²⁶.

Également, en évaluant le comportement du médecin, il est essentiel de se mettre dans le contexte; tels sont les propos du juge L'Heureux-Dubé dans l'arrêt unanime *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*³²⁷: *un médecin ne sera pas tenu responsable si le diagnostic et le traitement du malade correspondent à ceux reconnus par la science médicale à cette époque*³²⁸. De même, dans l'affaire *Bérard-Guillette c. Maheux*³²⁹, la plaignante reprochait au généraliste de ne pas l'avoir référée pour une

³²³ Ellen I. PICARD, *op. cit.*, note 173, p. 211

³²⁴ (1991) 55 B.C.L.R. (2d) 218 (B.C.C.A.)

³²⁵ (1988) 46 C.C.L.T. 271 (High Court of Justice)

³²⁶ *Id.* Le patient se présente à l'hôpital pour des douleurs importantes à l'abdomen. Le médecin de l'urgence prend la décision de lui donner congé en lui fixant un rendez-vous dans une semaine. Quelques jours plus tard, le patient visite son médecin de famille. Par la suite, sa condition se détériore précipitamment et il retourne à l'urgence. Une rupture de l'anévrisme survient. On l'opère d'urgence mais cinq semaines plus tard, il décède. La Cour conclut que le médecin de l'hôpital et le médecin de famille ont été négligents; ils auraient dû consulter un chirurgien vasculaire plus rapidement.

³²⁷ Précité, note 41

³²⁸ *Id.*, 363

³²⁹ [1989] R.J.Q. 1758 (C.A.)

amniocentèse. La responsabilité du médecin ne fût pas retenue puisqu'à cette époque, soit en 1978, cette technique n'en était qu'à ses débuts. La Cour d'appel confirma le jugement de première instance. Pour la Cour d'appel, la conduite du médecin doit être évaluée non pas à la lumière de ce qui aurait été idéal mais en regard de la conduite qu'auraient normalement adoptée de bons médecins de l'époque.

Dans l'affaire *Dubois c. Gaul*³³⁰, en présence d'un patient à l'urgence, le médecin pose un diagnostic d'entorse, lequel diagnostic s'avère incomplet. Mais pour la Cour, l'omission ne peut être qualifiée de fautive puisqu'étant omnipraticien et non spécialiste, il n'avait pas à connaître le test que les spécialistes auraient connu et appliqué. Toutefois, pour ne pas le reconnaître fautif de ne pas avoir consulté, le tribunal a tenu compte du contexte, c'est-à-dire du fait que le système de santé oblige les hôpitaux à avoir dans les salles d'urgence un généraliste et que le test utile dans le cas en l'espèce n'est pas enseigné aux généralistes. Pour le tribunal:

*Il est inacceptable que le défendeur soit tenu en faute pour ne pas s'être comporté comme un spécialiste (...) Les gestes du médecin étaient tout à fait conformes à ce que l'on doit s'attendre d'un omnipraticien dans les circonstances où il se trouvait.*³³¹

Au-delà du statut professionnel et des qualifications propres au médecin, l'évaluation du comportement quant à cette obligation de consulter ne saurait passer sous silence le milieu de pratique et les ressources disponibles. Il en résulte que le critère de comparaison ne sera pas le même pour un médecin pratiquant selon le cas à proximité

³³⁰ [1989] R.J.Q. 1260

³³¹ *Id.*, 1266

d'une ville ou dans un centre hospitalier universitaire, puisque la possibilité de faire appel à un consultant peut différer largement d'un cas à l'autre³³². Le tribunal aura plus d'exigence en face d'un médecin oeuvrant dans un centre hospitalier de pointe. Dans l'affaire *Challand c. Bell*³³³, l'action fût rejetée et le tribunal a mentionné que: *From a general practitioner at a rural point a different standard is exacted than from a specialist at an urban point*³³⁴. Mais l'éloignement ne justifie pas un défaut de consulter si la situation n'est pas urgente. C'est à cette conclusion que le juge Charette arriva dans l'affaire *Villemare-Grenier c. Lachapelle*³³⁵:

*L'éloignement peut-il être une excuse? (...) Il n'a pas été établi qu'il y avait un risque quelconque à attendre une journée ou deux de plus pour qu'elle puisse voir un spécialiste en chirurgie buccale pour l'extraire. Certes, elle aurait eu à souffrir quelques heures de plus.*³³⁶

Dans l'affaire *St-Hilaire*³³⁷ précitée, la Cour mentionne que le praticien doit faire une intervention avec les connaissances et habiletés que la science requiert d'un médecin qualifié, spécialement dans un milieu où il y a de grands hôpitaux et des spécialistes à proximité. Il en fût de même dans l'affaire *Harewood-Greene c. Spanier*³³⁸, où la Cour a confirmé que s'il s'agit de grands spécialistes travaillant

³³² Jean-Robert DEBRAY, *op. cit.*, note 21, p. 44

³³³ (1959) 18 D.L.R. (2d) 150 (Supreme Court)

³³⁴ *Id.*, 154

³³⁵ Précité, note 316

³³⁶ *Id.*, 42

³³⁷ Précité, note 58

³³⁸ Précité, note 174

dans un hôpital universitaire de pointe, l'exigence est plus grande³³⁹. La Cour s'est exprimée comme suit:

*Il est clair que toutes les décisions de nos tribunaux sont à l'effet que le même degré de soins ne peut être demandé à un médecin qui fait une visite d'urgence à domicile de celui qui voit un patient dans un grand centre universitaire, pourvu de tout l'équipement nécessaire et entouré de spécialistes divers.*³⁴⁰

De même dans l'affaire précitée *Saheli*³⁴¹, le tribunal a jugé que les soins du dentiste n'étaient pas conformes aux normes applicables à ceux auxquels la patiente avait droit de la part d'*un dentiste spécialiste exerçant dans une clinique située dans un territoire des mieux organisés de la province, à l'intérieur du plus grand centre urbain: Montréal*³⁴².

En terminant sur l'appréciation de la faute, soulignons que l'avenir nous permettra de voir l'influence du critère économique -si présent de nos jours dans l'utilisation du système de santé- sur le respect de cette obligation de consulter. Une diminution des frais de consultation repose sur les épaules des médecins dans la prise de leurs décisions. Mais lorsque ce critère économique intervient dans les décisions, les répercussions sur l'obligation de consulter sont réelles.

Si la limitation au recours des consultants fait l'objet d'une politique de réduction des

³³⁹ *Id.*, 168

³⁴⁰ *Id.*, 158

³⁴¹ *Saheli c. Bahamin*, précité, note 98

³⁴² *Id.*, 1054

coûts et que cette politique a un effet direct sur les diverses possibilités de traitement pour le patient, il semble que le médecin doive en informer le patient. C'est ce qu'affirme l'auteure Nootens: *lorsqu'une alternative est indiquée dans le cas du malade et qu'elle n'est pas proposée pour des raisons de contraintes budgétaires, celui-ci doit en être avisé*³⁴³.

L'affaire *Landry c. Hôpital St-François d'Assise*³⁴⁴ illustre bien ce principe. Dans cette affaire, la responsabilité du médecin fût retenue non pas à cause d'une négligence, mais bien parce qu'il avait omis d'informer son patient que certains risques auraient pu être évités étant donné que des soins moins risqués étaient disponibles dans un autre hôpital. Pour la Cour, le patient a en outre été privé de son droit de choisir³⁴⁵. Le tribunal a souligné que l'omission du médecin d'informer le patient des risques courus l'empêchait de donner un consentement éclairé au traitement ou d'opter pour un autre hôpital utilisant de l'eau purifiée³⁴⁶. Dans un tel cas, nous croyons que le médecin, en plus d'avoir manqué à son obligation d'information, n'a pas respecté son obligation de référer. En effet, il aurait dû, devant la constatation des problèmes subis par son patient, le transférer dans un autre hôpital mieux équipé donc mieux qualifié pour le traiter.

³⁴³ Suzanne NOOTENS, «La relation médecin-patient et les décisions de traitement», (1990) 20 *R.D.U.S.* 377, 388

³⁴⁴ *J.E.* 96-370 (200-05-001935-852) (j. LaRue, 1995-12-14)

³⁴⁵ *Id.*, 28. Le patient développa une intoxication à l'aluminium imputable au fait que l'hôpital utilisait de l'eau de l'aqueduc municipal, laquelle contenait un fort pourcentage d'aluminium. D'autres hôpitaux possédaient l'équipement nécessaire pour purifier l'eau.

³⁴⁶ *Id.*

Devant les restrictions budgétaires, le médecin sera alors pris entre deux feux: ou il consulte ou il choisit d'économiser même si ce choix est contraire à son jugement médical³⁴⁷. Dans ce dernier cas, il s'expose alors à une action en responsabilité si son patient subit des dommages dus au défaut d'avoir consulté un confrère mieux qualifié. L'aspect économique pourrait même devenir avec le temps un moyen de défense en quelque sorte!³⁴⁸ Mais dans l'affaire *Law Estate c. Simice*³⁴⁹, face aux contraintes budgétaires invoquées par les médecins, le juge Spencer énonça:

*But this is a case where, in my opinion, those constraints worked against the patient's interest by inhibiting the doctors in their judgement of what should be done for him. That is to be deplored (...) I also say that if it comes to a choice between a physician's responsibility to his or her individual patient and his or her responsibility to the medicare system overall, the former must take precedence in a case such as this.*³⁵⁰

Donc, la rationalité économique devra trouver une réponse entre le recours à la consultation lorsque nécessaire et à l'évitement d'actes de consultation lorsque le but premier repose sur la peur justifiée ou injustifiée de poursuites. Le trop grand nombre de consultations peut comporter un aspect négatif:

Plus d'un médecin, en effet, qui avant se fait uniquement ou principalement à son diagnostic personnel exige maintenant, pour éviter le risque d'erreur, soit des batteries de tests souvent inutiles, soit des consultations de spécialistes ou même de superspécialistes pour diluer la probabilité des erreurs. Il n'est pas sûr qu'à long terme le patient

³⁴⁷ Suzanne NOOTENS, «La relation médecin-patient et les décisions de traitement», *loc. cit.*, note 327, 386. François TÔTH, *loc. cit.*, note 8, 353

³⁴⁸ L'affaire précitée *Landry*, note 344, montre qu'il n'en sera rien si le patient n'est pas avisé de ces contraintes économiques.

³⁴⁹ Précité, note 243

³⁵⁰ *Id.*, 240

*sorte véritablement gagnant de cet état de choses.*³⁵¹

Au cours des pages précédentes, nous avons pu établir que le médecin a diverses obligations et nous nous sommes attardés de façon plus spécifique à celles de consulter et de référer. Nous tenterons maintenant de dresser une liste de circonstances où le médecin doit recourir aux services de confrères sous peine d'être tenu responsable des dommages qui découleront de ce défaut.

2. Le modèle d'évaluation applicable à l'obligation de consulter

Le problème majeur dans l'appréciation du comportement du médecin quant à son obligation de consulter réside dans le fait qu'aucune loi n'indique de façon précise quand le médecin doit le faire. Cette décision repose entièrement sur son jugement professionnel. Pourtant divers instruments légaux imposent au médecin l'obligation de consulter.

Tel que mentionné précédemment, le *Code de déontologie*³⁵² requiert du médecin de reconnaître ses limites et de consulter ou référer³⁵³ et recommande d'avoir

³⁵¹ Jean-Louis BAUDOUIN, *La responsabilité professionnelle médicale: pathologie et thérapie* dans Bartha Maria Knoppers, *La responsabilité civile des professionnels au Canada*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1988, p.119

³⁵² Précité, note 22

³⁵³ *Id.*, art. 2.03.16

recours à des opinions plus éclairées si nécessaire³⁵⁴. Ainsi, au niveau disciplinaire³⁵⁵, le médecin peut faire l'objet d'une sanction par le Collège des médecins pour défaut de consulter ou de référer. Des règles de soin d'un département clinique peuvent rendre obligatoire le recours à un consultant quant à certaines interventions³⁵⁶. Également, certaines normes professionnelles peuvent suggérer de recourir à un consultant dans certains cas³⁵⁷.

Dans une brochure destinée aux médecins et distribuée par l'Association canadienne de protection médicale, on préconise que:

*De plus, le médecin a l'obligation d'orienter le patient vers un autre médecin ou d'obtenir une consultation lorsqu'il est dans l'incapacité de poser un diagnostic sur l'état du patient, lorsque le patient ne réagit pas au traitement administré ou lorsque le traitement exigé dépasse sa compétence ou son expérience.*³⁵⁸

Devant tant de concepts généraux à l'effet que le médecin doit consulter, il devient difficile d'établir avec précision quand le médecin doit consulter. L'auteur Ellen I. Picard, maintenant juge à la Cour d'appel de l'Alberta, a établi le test suivant

³⁵⁴ *Id.*, art. 2.03.18

³⁵⁵ Compte tenu du rôle du Collège des médecins en vertu de la *Loi médicale*, précitée, note 15 et du *Code des professions*, précité, note 17. Denise MARTIN, «Le processus disciplinaire, les obligations du Code de déontologie et la protection du public à la Corporation des médecins du Québec», (1990) 21 *R.D.U.S.* 219

³⁵⁶ Jean-Pierre MÉNARD, *op. cit.*, note 11, p. 41

³⁵⁷ COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA et COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, *Relations entre le médecin de famille et le spécialiste consultant dans la prestation des soins de santé*, Rapport du groupe de travail, 1993

³⁵⁸ Kenneth, G. EVANS, *Le médecin et la loi*, 2^e éd., Ottawa, Association canadienne de protection médicale, 1991, p. 18

relativement à l'obligation de consulter ou de référer³⁵⁹.

There is no absolute test to ascertain when a doctor should refer or consult, but the cases suggest that it is indicated when:

- i) the doctor is unable to diagnose the patient's condition;*
- ii) the patient is not responding to the treatment being given;*
- iii) the patient needs treatment which the doctor is not competent to give;*
- iv) the doctor has a duty to guard against his own inexperience; or*
- v) the doctor cannot continue to treat a patient while on vacation.³⁶⁰*

À la lumière des décisions québécoises, le même modèle d'évaluation peut s'appliquer. En effet, le médecin doit consulter ou référer selon le cas lorsque:

- il est incapable de poser un diagnostic³⁶¹;
- le patient ne répond pas au traitement administré³⁶²;
- l'état du patient nécessite un traitement ou une intervention pour lesquels il n'est pas compétent³⁶³;
- il se trouve devant un cas complexe qui dépasse ses connaissances³⁶⁴;
- il est en vacances³⁶⁵.

³⁵⁹ Ellen I. PICARD, *op. cit.*, note 173

³⁶⁰ *Id.*, p. 210, 211

³⁶¹ *Vail c. McDonald*, précité, note 58 (Ce jugement n'origine pas du Québec mais comme il fût mentionné dans le texte, les jugements de la Cour suprême servent de référence dans le droit civil québécois lorsque, comme c'est le cas en responsabilité civile médicale, les mêmes principes sont applicables.)

³⁶² *Harewood-Greene c. Spanier*, précité, note 174. *Vail c. McDonald*, précité, note 58

³⁶³ *St-Hilaire c. S.*, précité, note 58. *Villemaire-Grenier c. Lachapelle*, précité, note 316. *Hawke c. Hornstein*, précité, note 98

³⁶⁴ *Rouillier c. Chesnay*, précité, note 48. *Villemaire-Grenier c. Lachapelle*, précité, note 316

³⁶⁵ *Rouillier c. Chesnay*, précité, note 48. *Bergstrom c. G.*, précité, note 174

Finalement, nous avons pu constater qu'au sein du panorama des obligations médico-légales des médecins, se retrouvent l'obligation de consulter. Cette obligation découle de l'obligation légale du médecin de procurer de bons soins. Il existe certains critères servant de guides au médecin dans l'accomplissement de cette obligation. La règle est qu'un médecin possède cette obligation dans les situations où il sait ou devrait savoir que l'intervention d'un tiers-médecin est nécessaire si la qualité des soins ne peut être atteinte que par la consultation ou le transfert ou bien entendu dans les cas où le patient le demande. La décision de consulter se situe à l'intérieur du cadre du jugement médical dans l'optique de prodiguer des soins selon les normes acceptables. Les tribunaux acceptent et respectent le jugement médical en autant qu'il soit raisonnable, judicieux et prudent. Certaines circonstances propres à chaque cas peuvent devenir des moyens d'exonération à cette obligation de consulter: citons les cas d'urgence, le refus du patient, les ressources limitées, le transport raisonnable non accessible ou encore l'expertise nécessaire pour exécuter l'acte médical en cause.

En résumé, le médecin a l'obligation de consulter lorsque son évaluation médicale le lui dicte pour le meilleur intérêt du patient ou lorsque ce dernier le réclame. Pour déterminer en quoi consiste le meilleur intérêt du patient, il s'agit d'une question relevant du jugement professionnel et d'indications médicales. En effet, tous les médecins ont l'obligation d'utiliser les ressources de façon appropriée et efficace et d'éviter les consultations et interventions futiles. D'une part, sur le plan économique, l'augmentation du nombre de consultations et les frais de consultations ont un impact pour la société en général. D'autre part, la médecine d'aujourd'hui n'est plus la même que celle d'hier mais le patient, lui, reste le même. Or, celui-ci a besoin d'être soigné

dans le respect de ses droits. Pour le patient, la pratique de la médecine défensive peut difficilement lui être bénéfique comme le résume bien l'extrait suivant:

Le médecin pour ne pas être accusé d'omission dans l'établissement de son diagnostic, aura recours à des analyses, à des radiographies, à des consultations, même si son jugement clinique ne les croit pas nécessaires (...) Les patients doivent aussi subir les inconvénients de la multiplication des analyses, des radiographies et des consultations exigées par une pratique défensive: inconvénients sous forme de déplacement et de perte de temps, inconvénients aussi sous forme de complications possibles à la suite de certaines épreuves diagnostiques.³⁶⁶

D'ailleurs, est-il nécessaire de réitérer que toute décision prise au sujet d'un patient devrait toujours l'être dans le meilleur intérêt de celui-ci et dans le seul intérêt de celui-ci?

³⁶⁶ Jacques BRIÈRE, «Les conséquences de l'augmentation des recours et des indemnités pour les médecins et la société», (1987) 18 R.G.D. 99, 117

CONCLUSION

Au cours des dernières années, le droit de la responsabilité médicale a progressé en parallèle des techniques médicales. La jurisprudence a évolué en admettant d'abord la responsabilité du médecin en cas de faute lourde pour en arriver à la conclusion que le médecin est responsable de toute faute même d'une simple négligence. La notion de faute médicale a donc vu ses contours se préciser avec les années. Parmi les obligations du médecin, celle de soigner doit être considérée comme l'obligation principale du médecin puisqu'elle représente l'objet même du contrat de soins médicaux. Cependant, soigner ne signifie pas guérir. Le médecin ne s'engage qu'à mettre en oeuvre les moyens dont il dispose pour tendre vers la guérison du patient ou à tout le moins, à son mieux-être. En effet, le médecin est soumis à une obligation de moyens et non de résultat. En matière de responsabilité médicale contractuelle et extracontractuelle, le médecin doit agir en professionnel prudent et diligent qui se conforme aux données acquises de la science et tient compte de la limite de ses compétences. Or, pour satisfaire à ces obligations, le médecin a le devoir de consulter ou de référer dans certains cas.

De nos jours, il devient courant de faire appel à des procédés et des techniques plus poussés. Après avoir utilisé les divers guides diagnostiques, si le médecin entretient toujours un doute sur le diagnostic à poser, il ne doit pas hésiter à faire appel à un consultant afin de déterminer le «bon» diagnostic. Il en est de même lorsqu'il arrive à l'étape du choix du traitement et à son administration. Le médecin est généralement autorisé à traiter seul ses patients, cependant, s'il est confronté à un cas dépassant ses

capacités médicales ou personnelles, il doit faire appel à un confrère plus compétent. Loin d'être seulement une obligation, la consultation est devenue une pratique courante en médecine. Le développement des techniques et le morcellement de la médecine en raison de l'accroissement des connaissances ont pour résultat que le médecin se sent de plus en plus souvent confronté à des situations dépassant ses capacités. Ainsi, devant la précision et la sophistication de la médecine, le standard de la faute pourrait renforcer les exigences qui découlent de l'obligation pour le médecin d'utiliser les moyens à sa disposition dont celui de consulter. La consultation doit donc être perçue comme un outil supplémentaire afin de rencontrer les obligations inhérentes au contrat médical.

L'objectif fondamental de cet essai ne consistait pas à étudier de façon exhaustive tous les détails de l'obligation de consulter. Le but était plutôt d'amorcer une étude sur l'existence, le fondement, l'importance et la reconnaissance par la législation, la jurisprudence et la doctrine de cette obligation. Il ne faut surtout pas en conclure que cette obligation de consulter est absolue; y accorder trop d'importance risque d'entraîner la multiplication inutile des consultations. Compte tenu des progrès de la médecine, les patients présentent des attentes de plus en plus grandes face à leur médecin. Lorsque les résultats ne répondent à leurs attentes et qu'ils croient pouvoir déceler un acte fautif de la part de leur médecin, ils lui demandent des comptes. Ainsi, pour éviter ce risque, les médecins tentent de s'assurer de plus en plus de l'orientation privilégiée envers leurs patients. Mais, il ne faut pas que la hantise d'une poursuite réduise à néant l'audace des médecins et conduise à une médecine défensive. Un tel agissement accroît les délais d'intervention et augmente les coûts du système

de santé.

Les tribunaux sont appelés à élaborer et à définir le fragile équilibre entre les droits des patients et les obligations des médecins. Toutefois, il est difficile de baliser et de tracer avec précision l'étendue de l'obligation de consulter ou de référer. Chaque cas demeure un cas d'espèce qu'il faut analyser compte tenu de tous les faits propres au litige. Il ne faudrait pas que les tribunaux en présence de l'évolution de la médecine et de la multiplication de spécialités soient trop exigeants face à cette obligation de consulter. Une telle tendance risquerait de produire une médecine défensive, qui n'est certes pas souhaitable. Il ne faut pas se méprendre, les tribunaux doivent tout de même continuer à tenir compte de l'existence d'une telle obligation.

Certes, le médecin a droit à l'erreur, à condition toutefois, qu'il ait fait preuve de compétence, de diligence et de prudence. Il faut garder à l'esprit que les fautes médicales peuvent être dévastatrices et engendrer des drames humains. En fait, il nous semble impardonnable qu'un préjudice, qui aurait pu être évité par une intervention d'un tiers-médecin, puisse se produire. Nous terminons par un énoncé du traditionnel serment d'Hippocrate qui décrit bien que les médecins doivent tenir compte de la limite de leur compétence:

*Je dirigerai le régime des malades à leur avantage suivant mes forces
et mon jugement et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice
(...) [Nous soulignons]*

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION

- Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12
- Charte canadienne des droits et libertés*, L.R.Q. (1985) App. II, no 44, Annexe B
- Code civil du Québec*
- Code criminel*, L.R.C., (1985), c. C-46
- Code des professions*, L.R.Q., c. C-26
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres lois professionnelles*, L.Q., 1994, c.40
- Loi d'interprétation (Québec)*, L.R.Q., c.I-16
- Loi sur la protection de la santé publique*, L.R.Q., c. P-35
- Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q., c. A-29
- Loi sur les services de santé et services sociaux*, L.R.Q., c., S-4.2
- Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9
- Code de déontologie des médecins*, R.R.Q. (1981), c. M-9, r.4

JURISPRUDENCE

Québécoise

- Beausoleil c. Communauté des Soeurs de la Charité de la Providence*, [1965] B.R. 37
- Bérard-Guillette c. Maheux*, J.E. 84-464 (C.S.), [1989] R.J.Q. 1758 (C.A.)
- Bergstrom c. G.*, [1967] C.S. 513
- Boies c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1980] C.S. 596, J.E. 85-976 (C.A.)
- Bolduc c. Lessard*, [1993] R.R.A. 291 (C.A.)
- Bordier c. S.*, (1934) 72 C.S. 316
- Caron c. Gagnon*, (1930) 68 C.S. 155
- Cimon c. Carbotte*, [1971] C.S. 622
- Cloutier c. Centre Hospitalier Université Laval*, [1990] R.J.Q. 717 (C.A.)

- Desormaux c. Centre hospitalier St-Mary's*, [1992] R.R.A. 516 (C.S.)
- Dubois c. Gaul*, [1989] R.J.Q. 1260 (C.S.)
- Fafard c. Gervais*, [1948] C.S. 128
- Gburek c. Cohen*, [1988] R.J.Q. 2424 (C.A.)
- Genest c. Théroux-Bergeron*, [1976] C.A. 604
- Griffith c. Harwood*, (1900) B.R. 299
- Harewood-Greene c. Spanier*, [1995] R.R.A. 147 (C.S.) (500-09-000250-951)
- Hawke c. Hornstein*, [1994] R.J.Q. 965 (C.S.)
- Horn c. Tabah*, [1976] C.S. 988
- Kirschenbaum Green c. Syrchin*, [1993] R.R.A. 821 (C.S.) (500-09-002016-939)
- Kulczycky c. Rafferty*, [1994] R.J.Q. 1792 (C.A.)
- Lacroix c. Léonard*, [1992] R.R.A. 799 (C.S.)
- Laferrière c. Lawson*, [1991] 1 R.C.S. 541
- Landry c. Hôpital St-François d'Assise, J.E.* 96-370, (200-05-001935-852)
- Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351
- Larouche c. Boutet*, [1993] R.R.A. 24 (C.Q.)
- Laurier c. Berthiaume*, (1933) B.R. 457
- Lauzon c. Taillefer*, [1991] R.R.A. 62 (C.S.)
- Lefebvre c. Lamontagne*, [1970] C.A. 471
- Leclec c. Hôpital St-François d'Assise*, (200-05-000575-741)
- Lévesque c. Hôpital Notre-Dame de Ste-Croix*, [1993] R.R.A. 93 (C.S.)
- Marcoux c. Bouchard, J.-E.* 95-1969 (C.S.) (200-09-000550-951)
- Martel c. Hôtel Dieu St-Vallier*, [1969] R.C.S. 745
- McCormick c. Marcotte*, [1972] R.C.S. 18
- Morrow c. Hôpital Royal-Victoria*, [1990] R.R.A. 41 (C.A.) 549
- Nelligan c. Clément*, (1939) 67 B.R. 328
- Perron c. Hôpital Général de la Région de l'Amiante*, [1979] C.A. 567
- Rouiller c. Chesnay*, [1993] R.R.A. 528 (C.S.)
- Saheli c. Bahamin*, [1995] R.R.A. 1045 (C.S.)
- Saucier c. Wise*, [1990] R.R.A. 283 (C.S.)
- Savoie c. Gaudette*, [1976] C.A. 127

- Stacey c. Plante*, [1979] C.S. 665
St-Germain c. R., [1976] C.A. 185
St-Hilaire c. S., [1966] C.S. 249
Suite c. Cooke, [1995] R.J.Q. 2765 (C.A.)
Tremblay c. Claveau, [1990] R.R.A. 268 (C.A.)
Villemaire-Grenier c. Lachapelle, [1989] R.R.A. 38 (C.Q.) (500-09-000011-890:
 Règlement hors Cour intervenu en 1990)
Villemure c. Hôpital Notre-Dame, [1973] R.C.S. 716
X c. Mellen, [1957] B.R. 389
X c. Rajotte, (1938) 64 B.R. 484
Zuk c. Mihaly, [1989] R.R.A. 737 (C.S.)

Provinces anglaises

- Ares c. Venner*, [1970] R.C.S. 608
Challand c. Bell. (1959) 18 D.L.R. (2d) 150 (Supreme Court)
Cranwill c. James et al. (1994) 164 A.R. 241 (Court of Queen's Bench)
Crits and Crits c. Sylvester et al., [1956] c.a. 132, [1956] S.C.R. 991
Crick c. Mohan, (1993) 142 A.R. 281 (Court of Queen's Bench)
Hopp c. Lepp, [1980] 2 R.C.S. 192
Jarvis c. International Nickel Co. Ltd, (1929) 63 O.L.R. 564 (High Court of Justice)
Kersey c. Wellesley Hospital, (1988) 46 C.C.L.T. 271 (High Court of Justice)
Law Estate c. Simice, (1994) 21 C.C.L.T. 228 (Court of Appeal)
Patterson c. Dutton, (1991) 55 B.C.L.R. (2D) 218 (B.C.Court of Appeal)
Reibl c. Hughes, [1980] 2 R.C.S. 880
Vail c. MacDonald, [1976] 2 R.C.S. 825
Vancouver General Hospital c. Fraser, [1952] S.C.R. 36
Wilson c. Swanson, [1956] S.C.R. 804

DOCTRINE

ANRYS, H. *La responsabilité civile médicale*, Bruxelles, Larcier, 1974

- ASSOCIATION DU BARREAU CANADIEN, *Un droit à la santé? Réflexions en vue d'une réforme canadienne*, Ottawa, Association du Barreau canadien, 1994
- BAUDOUIN, J.-L., *La responsabilité civile*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1994
- BAUDOUIN, J.-L., *Les obligations*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1993
- BERNARDOT, A. et R.P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions Revue de droit Université de Sherbrooke, 1980
- CAMPION, J.A. et D. W. DIMMER, *Professional Liability in Canada*, Toronto, Carswell, 1994
- BOYER-CHAMMARD, G. et P. MONZEIN, *La responsabilité médicale*, France, Presses universitaires de France, 1974
- CÔTÉ, P.-A., *Interprétation des lois*, 2^e édition, Montréal, Éditions Yvon Blais, 1990
- CRÉPEAU, P.-A., *La responsabilité civile du médecin et de l'établissement hospitalier*, Montréal, Wilson & Lafleur, 1956
- 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
- DEBRAY, J.-R., *Le malade et son patient*, Éditions médicales Flammarion, France, 1965
- DESCHAMPS, P., K. CRANLEY GLASS, B. M. KNOPPERS et B. MORNAULT, *Report on health Care Liability in Canada*, (P.A. CRÉPEAU, dir.) McGill University, Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec, 1989
- KNOPPERS, B.-M., C. BERNARD et D. SHELTON, *Les personnes et les familles*, Montréal, Éditions Adage, 1992
- LESAGE-JARJOURA, P., J. LESAGE et S. PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité médicale: Le droit dans le quotidien de la médecine*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1995
- LINDEN, A. M., *Canadian Tort Law*, Fourth Edition, Toronto & Vancouver, Butterworths, 1988
- MASSE, C., *La responsabilité civile (Droit des obligations III)*, Dans la Réforme du Code civil, Presses de l'Université Laval, 1993
- MÉMETEAU, G., *La responsabilité civile médicale en droit comparé français et québécois*, Montréal, Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec, 1990

MÉNARD, J.-P. et D. MARTIN, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1992

PICARD, E.I., *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, 2^e ed., Toronto, Carswell, 1984

SAVATIER, R., J. SAVATIER, J.-M. ABBY, et H. PÉQUIGNOT, *Traité de droit médical*, Paris, Librairies Techniques, 1956

MONOGRAPHIES

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Quatre-vingt-quatorzième rapport annuel*, Ottawa, 1995

BAUDOUIIN J.-L., «La responsabilité professionnelle médicale: pathologie et thérapie», Dans *La responsabilité civile des professionnels au Canada*, KNOPPERS, B.-M., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1988

BAUDOUIIN, J.-L., «La réforme de la responsabilité médicale: responsabilité ou assurance?», Dans *Rapports généraux du XIII^e congrès international de droit comparé*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1992

BRIÈRE, J., «Les conséquences de l'augmentation des recours et des indemnités pour les médecins et la société», (1987) 18 *R.G.D.* 113

COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA et COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, *Relations entre le médecin de famille et le spécialiste dans la prestation des soins de santé*, Rapport du groupe de travail, 1993

CRÉPEAU, P.-A., «La responsabilité médicale et hospitalière dans la jurisprudence québécoise récente», (1960) 20 *R. du B.* 433

CRÉPEAU, P.-A., «La responsabilité civile du médecin», (1977) 8 *R.D.U.S.* 25

DESCHAMPS, P., «L'obligation de moyens en matière de responsabilité médicale», dans *La responsabilité et les assurances*, vol. 15, Service de la Formation permanente du Barreau du Québec, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1990

EVANS, K. G., *Le médecin et la Loi*, ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, 2^e édition, Ottawa, 1991

JUTRAS D., «Réflexions sur la réforme de la responsabilité médicale au Québec»,

(1990) 31 *C. de D.* 821

KLOTZ, A., «Le droit au secours dans la province de Québec», (1991) 21 *R.D.U.S.* 479

MAGNET, J.-E., «Withholding Treatment From Defective Newborns: Legal Aspects», (1982) 42 *R. du B.* 187

MARTIN, D., «Le processus disciplinaire, les obligations du Code de déontologie et la protection du public à la Corporation des médecins du Québec», (1990) 21 *R.D.U.S.* 219

MÉMETEAU G., «Volonté du malade opposée à l'intérêt du malade: provocation à une réflexion hérétique», (1988) 18 *R.D.U.S.* 265

NADEAU, A., «La responsabilité médicale», (1946) 6 *R. du B.* 153

NOOTENS, S., «La relation médecin-patient et les décisions de traitement», (1990) 20 *R.D.U.S.* 377

PERRET L., «Analyse critique de la jurisprudence récente en matière de responsabilité médicale et hospitalière», (1972) 3 *R.G.D.*, 58

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