

Les transformations de l'établissement hospitalier et ses conséquences sur le droit de la responsabilité

Paul A. Crépeau

Volume 34, numéro 4, 1967

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1103593ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1103593ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (imprimé)

2817-3465 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Crépeau, P. (1967). Les transformations de l'établissement hospitalier et ses conséquences sur le droit de la responsabilité. *Assurances*, 34(4), 302-317. <https://doi.org/10.7202/1103593ar>

Les transformations de l'établissement hospitalier et ses conséquences sur le droit de la responsabilité¹

par

302

PAUL A. CRÉPEAU

I — Introduction

Le problème de la responsabilité civile médicale et hospitalière a pris, en ces dernières années, une importance grandissante. Le nombre croissant des décisions judiciaires que l'on peut lire dans les recueils de jurisprudence en constitue un indice frappant. Et encore ne donne-t-on là qu'une faible idée de l'ampleur du phénomène, car chacun sait que l'actuel système de publication des décisions judiciaires ne permet, malheureusement, surtout en ce qui concerne les jugements de la Cour supérieure, que la publication d'un nombre restreint d'arrêts. Aux décisions judiciaires, il convient également d'ajouter un nombre, sans doute, encore plus considérable de litiges qui, suivant l'expression reconnue au Palais, sont "réglés" en cours de procès ou avant même de parvenir au prétoire.

Un tel phénomène ne saurait surprendre. Il constitue la réponse du droit aux conditions nouvelles dans lesquelles s'exerce, aujourd'hui, dans notre milieu, l'art de guérir.

Les progrès extraordinaires de la science et de la technique médicales ont entraîné une déconcertante spécia-

¹ Communication présentée par Me Paul A. Crépeau, professeur à la faculté de droit de l'Université McGill aux Journées du Centenaire du Code civil, le 1er octobre 1966. Ce travail fera l'objet d'un chapitre du livre sur le centenaire du Code Civil, qui paraîtra incessamment.

lisation de la médecine, provoqué l'avènement du gigantisme hospitalier et exigé le recours aux services d'auxiliaires de plus en plus nombreux; mais, par la même occasion, n'ont-ils pas eu pour effet de démultiplier les occasions d'accidents, d'erreurs et de négligence, d'entraîner aussi la dépersonnalisation de l'œuvre de guérison ?

De plus, le développement prodigieux de l'assurance, soit sous forme de régimes privés ou publics d'assurance-maladie, d'assurance-hospitalisation, soit sous forme d'assurance-responsabilité, a profondément modifié, en fait sinon en droit, le caractère des établissements hospitaliers. N'a-t-il pas de ce fait bouleversé les rapports entre le malade et le médecin ou l'hôpital, en faisant intervenir des tiers, tenus, en fin de compte, d'assumer, chacun à sa manière, la responsabilité financière des soins médicaux ou hospitaliers ?

Doit-on, dès lors, s'étonner devant une telle radicale modification des données scientifiques et sociologiques du problème, qu'une malheureuse victime de soins médicaux ou hospitaliers soit, plus qu'autrefois, portée à exercer un recours, à "tenter sa chance" dirait-on parfois, devant les tribunaux. Elle le sera d'autant plus facilement que suivant un nouvel esprit qui tend à s'instaurer, elle ne s'adresse plus désormais au tribunal comme le bénéficiaire d'actes de bienveillante générosité, mais bien comme un créancier qui cherche un responsable tenu, envers lui, d'une dette de réparation. Et la partie adverse, souvent, n'est plus un médecin de famille, connu et estimé ou encore une œuvre de bienfaisance, mais bien un simple débiteur, dont on sait que l'acte qu'on lui reproche, s'il est sans doute susceptible de ternir sa réputation, sera malgré tout assumé financièrement par une société d'assurance.

Les événements que je viens de décrire ont, dans une large mesure, exercé, en droit civil canadien, une influence

considérable sur le droit de la responsabilité civile médicale et hospitalière. Un examen des décisions judiciaires permet, en effet, de constater une remarquable évolution du droit positif en ce qui concerne notamment le caractère, le régime et la preuve de la responsabilité civile professionnelle. Mon propos est précisément de décrire succinctement, pour chacune de ces trois questions, les diverses étapes de l'évolution de la jurisprudence québécoise.

304

II — Caractère de la responsabilité

Les tribunaux ont longtemps refusé de juger l'acte professionnel du médecin. On trouve une expression caractéristique de cette conception dans la décision de la Cour supérieure: *Caron v. Gagnon*,¹ où il s'agissait d'une demande en responsabilité pour préjudice résultant de l'ablation des ovaires, sans le consentement de la malade, au cours d'une intervention pour l'appendice. Le juge a rejeté l'action au motif que le défendeur avait suivi les prescriptions scientifiques et chirurgicales, qu'il avait agi sagement et d'après son jugement, dans l'intérêt de la malade.

En ce qui concerne le problème de la faute professionnelle, le juge a déclaré :

"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... L'exercice de la médecine, au point de vue scientifique, ne peut entraîner aucune responsabilité... Suivant le langage des auteurs, dans les cas graves d'interventions chirurgicales, il n'y a entre eux, pour juge, que Dieu. Le médecin qui a agi d'après son savoir, sa conscience et l'honneur, a bien fait... La responsabilité du médecin est presque illimitée, toute de morale et de conscience."

Cette première conception a ensuite fait place à la théorie dite de la faute professionnelle lourde. Les tribunaux

¹ (1930) 68 C.S. 155, aux pp. 157 et 164. Voir aussi les notes de M. le Juge Rivard dans *X. v. Rajotte* (1936) 64 B.R. 484, à la p. 491, infirmé par [1940] S.C.R. 203. Cpr. *Marchand v. Bertrand*, (1911) 39 C.S. 49 (C. de R.).

acceptèrent de rendre le praticien responsable de ses actes professionnels, mais ils ne voulaient retenir la responsabilité que si le défendeur s'était rendu coupable d'une faute lourde, "grossière", "inexcusable". C'est ce que déclarait à ce propos, en 1948, la Cour supérieure dans *Fafard v. Gervais*:²

"Les hommes de l'art ne peuvent être recherchés à l'occasion d'un acte de leur profession qu'autant qu'il constitue une faute grossière tombant sous le sens indépendamment de toute controverse d'école".

305

L'actuel état du droit montre une hardiesse accrue des tribunaux. Les tribunaux, appliquant désormais à la responsabilité médicale et hospitalière, le droit commun de la responsabilité civile, n'hésitent plus à apprécier la conduite d'un praticien ou d'une infirmière offrant leurs services, soit à titre personnel, soit au nom d'un établissement hospitalier et, répudiant la théorie de la faute lourde, exigent, selon l'heureuse formule de la Cour de Cassation,³ "des soins prudents, attentifs et consciencieux et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science".⁴

Le médecin et l'établissement hospitalier se voient donc imposer désormais ce que, en termes techniques, l'on nomme une "obligation de moyens", c'est-à-dire une obligation de prudence et de diligence dont la violation doit être appréciée, non pas suivant un critère subjectif en demandant simplement si le débiteur a fait de son mieux — ce qui accorderait en fait une prime à l'inconscience —, mais bien d'après un critère objectif, *in abstracto*, qui consiste pour le tribunal à se demander ce qu'aurait fait, en pareil cas, une personne prudente et diligente.

² [1948] C.S. 128, à la p. 129; *Poulin v. Williams*, [1950] C.S. 25; *Ashby v. Gauthier*, [1963] C.S. 178, à la p. 180. Il convient de noter que cette opinion avait déjà été émise, dès 1911, par la Cour supérieure, dans l'affaire *Vachon v. Moffet*, (1911) 40 C.S. 166. Aussi dans *Hogue v. X...*, (1937) 75 C.S. 63.

³ Voir notamment Civ. 20 mai 1936, D. 1936.1.88.

⁴ Voir, en ce sens, *Gendron v. Dupré*, [1964] C.S. 617, à la p. 620; *Fillion v. Hôpital Ste-Justine*, jugement C.S. (Montréal - 521, 137) 28 fév. 1966.

On arrive ainsi à comparer la conduite d'un médecin, d'un spécialiste de laboratoire, d'une infirmière à ce qu'aurait dû être la conduite d'un médecin, d'un spécialiste ou d'une infirmière, s'ils avaient été placés dans des circonstances "externes" de temps, de lieu, de spécialités, semblables à celles où se trouvait le défendeur.

306 C'est ainsi que M. le juge Bissonnette pouvait, en 1957, dans l'affaire *X . . . v. Mellen*,⁵ déclarer :

"La règle est donc que la faute professionnelle est une faute comme une autre et qu'elle s'apprécie *in abstracto*"⁶.

Il s'agit là pour les tribunaux d'une recherche délicate, difficile certes. Et, sans doute, éviteront-ils de s'ériger en "Sorbonne médicale" et de s'ingérer dans l'examen de théories préconisées par diverses écoles pour ne retenir la responsabilité du défendeur que si, à l'aide des témoignages d'experts⁷ et des usages professionnels sérieux,⁸ le caractère fautif de l'acte qui lui est reproché apparaît d'une façon nette et certaine.⁹

⁵ [1957] B.R. 389, à la p. 413.

⁶ Voir aussi, en ce qui concerne le médecin, *Munro v. Pauly*, [1956] R.L. 359 (C.S.); *Cardin v. La Cité de Montréal et al.*, [1961] S.C.R. 655, à la p. 658; *Beausoleil v. La Communauté des Sœurs de la Charité de la Providence*, [1965] B.R. 37, à la p. 40; *Martel v. Hôtel-Dieu St-Vallier*, jugement C.S. (Chicoutimi - 29,089) 18 juin 1965; *Villemure v. Hôpital Notre-Dame*, jugement C.S. (Montréal - 592,139) 24 août 1966. Il convient cependant de noter que cette théorie avait déjà été acceptée par M. le juge Trahan, dès 1932, dans l'affaire *St-Onge v. Bernier*, (1932) 70 C.S. 205, et, en 1930, par M. le juge Mercier dans *Chagnon v. Charron*, (1930) 75 C.S. 185.

⁷ On doit, à ce propos, approuver l'attitude de la Cour supérieure dans l'affaire récente *Bergstrom v. Pelkonen*, jugement C.S. (Montréal - 659,723) 7 février 1966, où M. le juge Demers, en présence de témoignages contradictoires de la part des médecins appelés par les parties, suggéra la tenue d'une expertise. Voir, à ce propos, les art. 414 et s. C.p.c. En ce qui concerne l'attitude des tribunaux relative à la crédibilité des experts: voir notamment *St-Onge v. Bernier*, précité supra, note 6, à la p. 207; *The Tobin Manufacturing Co. v. Lachance*, (1916) 22 R.L. 192 (C.A.).

⁸ Voir, en ce sens, *Lafrénière v. Hôpital Maisonneuve*, [1963] C.S. 467, à la p. 474.

⁹ Voir, à ce propos, *Hogue x. X . . .*, (1937) 75 C.S. 63; *Ashby v. Gauthier*, [1963] C.S. 178; *Munro v. Pauly*, [1956] R.L. 359 (C.S.); *Nelligan v. Clément*, (1939) 67 B.R. 328; *Bouillon v. Paré*, (1937) 63 B.R. 1; *Lalumière v. X . . .*, [1946] C.S. 294; *X . . . v. Rajotte*, (1938) 64 B.R. 484, inf. pour d'autres motifs par [1940] S.C.R. 203.

Une telle règle qui écarte toute garantie d'immunité et qui place la responsabilité professionnelle dans le cadre des règles du droit commun, mérite d'être approuvée. Il s'agit, à notre avis, d'une règle sage qui sait concilier l'intérêt de la science et l'exigence de la justice.

III — Le régime de la responsabilité

Un examen de la jurisprudence montre également une remarquable évolution du droit positif en ce qui concerne le fondement juridique de la responsabilité civile médicale et hospitalière.

307

Alors, en effet, que, jusqu'en ces dernières années, la faute était, dans la plupart des cas, appréciée dans le cadre du régime extracontractuel de responsabilité, fondé sur l'article 1053 du Code civil,¹⁰ les tribunaux québécois ont récemment admis que la responsabilité du médecin et de l'établissement hospitalier découlait en général de la violation d'un contrat, le plus souvent tacite, des soins professionnels et que la violation d'un tel contrat est susceptible d'entraîner une responsabilité de même nature également contractuelle, fondée sur l'article 1065 et s. du Code civil.¹¹

Il ne s'agit pas là d'une simple vue de l'esprit, dénuée de tout intérêt pratique. Bien au contraire, les deux régimes de responsabilité civile se présentent, en droit civil québécois,

¹⁰ Voir notamment: *Chagnon v. Charron*, (1930) 68 C.S. 185; *Rocheleau v. Laberge*, (1930) 48 B.R. 495; *St-Onge v. Bernier*, (1932) 70 C.S. 205; *Bacon v. Hôpital du St-Sacrement*, (1935) 41 R.L. 497 (C.S.); *Bouillon v. Paré*, (1937) 63 B.R. 1.; *Hogue v. X...*, (1937) 75 C.S. 63; *Nelligan v. Clément*, (1939) 67 B.R. 328; *Petit v. Hôpital Ste-Jeanne d'Arc*, (1940) 78 C.S. 564; *Munro v. Pauly*, [1956] R.L. 359 (C.S.).

¹¹ Voir, à ce propos, *X... v. Mellen*, précité, supra note 5; *G... v. C...*, et de *Coster*, [1960] B.R. 161; *Beausoleil v. La Communauté des Sœurs de la Providence*, précité, supra note 6; *Vézina v. D.*, [1961] C.S. 245; *Martel v. Hôtel Dieu St. Vallier et al.*, précité, supra note 6; *St. Hilaire v. X...*, Jugement C.S. (Québec - 127,415), 29 oct. 1965. Voir aussi à ce propos, *Les filles de Jésus (Trois-Rivières) v. Larue*, [1963] B.R. 354. Il convient cependant de noter que le caractère contractuel de la responsabilité médicale avait déjà affirmé par la Cour d'appel, à la fin du siècle dernier, dans *Griffith v. Harwood*, (1900) 9 B.R. 299. Cpr *Bordier v. S.*, (1934) 72 C.S. 316.

sous des traits différents et entraînent l'application de règles distinctes selon que la faute constitue soit l'inexécution d'une obligation contractuelle, soit la violation d'un devoir légal.¹² Qu'il suffise ici de rappeler, pour montrer le caractère éminemment pratique de la question, que le délai de prescription des actions en dommages-intérêts n'est pas le même: aux termes des articles 2261 et 2262, C. civ., le recours délictuel est soumis à un délai de deux ans ou même d'un an, selon qu'il s'agit de dommages pécuniaires ou de blessures corporelles; le recours contractuel, au contraire, ne se prescrit, en l'absence de dispositions contraires,¹³ que par 30 ans.¹⁴

Mais alors — on le conçoit aisément — cette évolution de la jurisprudence fait naître un autre problème, immense et délicat, celui du contenu du contrat médical et du contrat hospitalier. À quoi s'engage le médecin qui accepte de donner ses soins? À quoi s'engage l'établissement hospitalier qui reçoit un malade dans un de ses services? Une réponse précise à ces questions n'est certes pas aisée. En l'absence de réglementation spéciale dans le Code civil, on doit la chercher dans les dispositions générales du droit des obligations, notamment dans la règle fondamentale d'interprétation des contrats, énoncée à l'article 1024 du Code civil:

"Les obligations d'un contrat s'étendent non seulement à ce qui est exprimé, mais encore à toutes les conséquences qui en découlent d'après sa nature, et suivant l'équité, l'usage et la loi".¹⁵

On ne saurait, dans les limites de cette communication, entreprendre la détermination précise du contenu de ces con-

¹² Voir, à ce propos, P.-A. Crépeau, *La responsabilité médicale et hospitalière dans la jurisprudence québécoise récente*, (1960) 20 R. du B. 433.

¹³ C'est le cas notamment pour les chirurgiens-dentistes. Voir, à ce sujet, *Loi des dentistes*, S.R.Q., 1964, c.253, a.152: deux ans depuis la faute.

¹⁴ Voir, en ce sens, les notes de M. le juge Casey dans *G... v. C... et de Coster*, précité, supra note 11; *St-Hilaire v. X...*, précité, supra note 11. Mais voir *Munro v. Pauly*, précité, supra note 10.

¹⁵ Voir, à ce sujet, P.-A. Crépeau, *Le contenu obligationnel du contrat*, (1965) 43 Rev. bar. can. 3.

trats.¹⁶ Qu'il suffise ici de dire que, s'il paraît assez facile de préciser le contenu du contrat médical,¹⁷ il n'en est plus de même pour le contrat hospitalier, car on se trouve en présence d'une réalité mouvante, en pleine évolution.

En effet, l'hôpital n'est plus comme jadis¹⁸ un simple lieu de rencontre entre le malade et son médecin, où l'on ne s'engage qu'à lui fournir, souvent, pension, logement et, toujours, les soins infirmiers que requiert l'exécution des prescriptions médicales. Dans la réalité hospitalière québécoise de 1966, en raison de l'évolution des techniques médicales, qui exige une collaboration de plus en plus étroite entre le médecin et les autorités hospitalières, en raison aussi de la législation récente relative à l'assurance-hospitalisation, l'établissement hospitalier offre non seulement des soins hospitaliers ou infirmiers mais, très souvent aussi, par l'intermédiaire de médecins¹⁹ ou d'infirmières spécialisées,²⁰ des soins professionnels. Il en résulte que l'établissement doit répondre de l'exécution de tous ces soins, infirmiers²¹ ou professionnels,²² qu'il s'est expressément ou implicitement engagé à fournir au malade.

La délimitation de la sphère d'application du contrat médical et du contrat hospitalier est particulièrement diffi-

¹⁶ Voir, à ce sujet, P.-A. Crépeau, *La responsabilité médicale et hospitalière dans la jurisprudence québécoise récente*, (1960) 20 R. du B. 433, à la p. 454 et s.

¹⁷ Voir, à ce propos, *Vézina v. D.*, précité, supra note 11, à la p. 247 et s.

¹⁸ Voir, pour une description de ce stade, dépassé, des choses, *Petit v. Hôpital Ste-Jeanne d'Arc*, (1940) 78 C.S. 564; *X... v. Rajotte*, (1938) 64 B.R. 484, à la p. 492, in fine.

¹⁹ Voir, à ce propos, les règlements de la *Loi de l'assurance-hospitalisation*, R.S.Q. 1964, ch. 163, art. 1, K et M, et l'arrêté en Conseil no 758, 9 avril 1965 visant à inclure dans les services externes les traitements de radio-thérapie et de physiothérapie.

²⁰ On songe ici notamment aux venipunctures: voir, à ce sujet, *Filion v. Hôpital Ste-Justine*, précité, supra note 4.

²¹ Voir, par exemple, en ce sens, *Filion v. Hôpital Ste-Justine*, précité, supra note 4.

²² Voir, par exemple, en ce sens, *Beausoleil v. La Communauté des Sœurs de la Charité de la Providence*, précité, supra note 6; *Martel v. Hôtel-Dieu St-Vallier*, précité, supra note 6.

cile lorsque le malade est hospitalisé. L'imbrication des fonctions médicale et hospitalière est alors telle qu'il devient difficile d'opérer un partage d'autorité et, partant, de responsabilité.

310 Sans doute, l'hôpital ne saurait, en général, répondre de la faute d'un médecin traitant, d'un chirurgien, d'un anesthésiste ou d'une infirmière privée, lorsque les services de ces personnes ont été retenus par le malade lui-même. Et cela se comprend: l'établissement ne s'est pas engagé à donner les soins par eux fournis.

Il en va autrement lorsque la faute d'un médecin, d'un anesthésiste ou d'un spécialiste de laboratoire résulte de l'exécution de soins contractuellement assumés, expressément ou implicitement, par l'établissement. C'est ainsi que, dans l'importante affaire *Beausoleil v. La Communauté des Sœurs de la Charité de la Providence*,²³ M. le juge Casey, de la Cour d'appel, pouvait retenir la responsabilité d'un établissement hospitalier pour la faute d'un anesthésiste, au motif suivant:²⁴

"I am satisfied that he [the chief anaesthetist of the hospital] was held out to plaintiff as the hospital's anaesthetist, that he acted in this capacity and that plaintiff accepted him because of this. In this case the patient contracted with the hospital for all necessary services; of these one was the giving of the anaesthetic. On this premise and since for the purposes of this action I see no essential difference between the position of Dr. [X...] and that of any other employee, the hospital must answer for his fault".

C'est là l'application, dans les faits concrets de l'espèce, d'un principe fondamental du droit de la responsabilité con-

²³ Précité, supra note 6.

²⁴ *Ibid.*, à la p. 43. Mais on peut se poser la question de savoir si, en dehors des cas prévus par la loi de l'assurance-hospitalisation, un établissement hospitalier peut s'engager à fournir des soins professionnels. Voir à ce propos, la Loi médicale, S.R.Q. 1964, ch. 249, art. 52, al. 2.

tractuelle qu'exprime le vieil adage: *Qui facit per alium facit per se*.

Mais le problème est plus délicat en ce qui concerne la faute d'une infirmière de l'établissement. On peut, en effet, se poser la question de savoir si, dans l'exécution des prescriptions médicales, elle demeure l'auxiliaire de l'établissement qui retient ses services et lui prescrit généralement la manière d'exécuter ses fonctions, ou si elle devient plutôt, pour un temps, l'auxiliaire du médecin traitant, engageant ainsi la responsabilité de ce dernier. Il semble bien que la solution réside, en fin de compte, dans l'analyse des circonstances particulières de chaque espèce, afin de déterminer si l'acte reproché à l'infirmière entre dans cette catégorie de soins qui, même s'ils présentent parfois un caractère professionnel, ne font pas moins partie du service hospitalier que l'établissement s'engage à fournir au malade. Si tel est le cas — et il semble que ce soit là, en fait, la situation générale — l'hôpital doit, à l'exclusion du praticien, assumer contractuellement²⁵ la responsabilité découlant de l'acte fautif de l'infirmière. Mais si, au contraire et exceptionnellement, un médecin imposait à une infirmière une méthode particulière d'exécution des soins, différente de celle prévue dans les règlements de l'établissement, il y aurait lieu, croyons-nous, de considérer alors l'infirmière comme l'auxiliaire du praticien et de faire assumer par ce dernier, à l'exclusion de l'établissement, la responsabilité de la faute préjudiciable de l'infirmière.

311

Cette nouvelle orientation de la jurisprudence québécoise en ce qui concerne le régime de responsabilité mérite également d'être approuvée. On peut certes regretter que le délai de prescription soit si long — et l'Office de révision

²⁵ Ce qui, bien sûr, ne saurait exclure la responsabilité civile personnelle de l'infirmière sur la base, extracontractuelle, de l'art. 1053 C.C.

312

du Code civil sera saisi d'un projet pour faire abrégé ce délai —; on ne saurait tout de même nier que, sur le plan juridique, cette jurisprudence, par une plus juste analyse du rapport intervenu entre le malade et le médecin ou l'établissement hospitalier, est davantage respectueuse des principes du droit civil canadien. Mais, plus encore que sur le plan juridique, cette jurisprudence qui, rappelons-le, ne change rien au caractère de l'obligation professionnelle, a une signification humaine très profonde car, ainsi que le pouvait si judicieusement affirmer M. le Doyen Azard,²⁶ une telle jurisprudence a pour effet:

"de substituer, précisément en mettant l'accent sur la notion de contrat, à ce que l'on a si justement qualifié d' "impérialisme médical" la conception d'une médecine basée sur des rapports d'homme à homme, de confiance mutuelle, d'engagements sur un pied d'égalité".

IV — La preuve de la responsabilité médicale et hospitalière

La preuve de la responsabilité médicale et hospitalière a enfin, une fois de plus, fourni aux tribunaux québécois l'occasion de faire évoluer le droit de la responsabilité civile.

On sait qu'en matière de responsabilité civile — et notamment sur le plan médical et hospitalier — une poursuite en dommages-intérêts ne peut être accueillie que dans la mesure où sont établis, à la satisfaction du tribunal, d'abord une faute du défendeur, puis un préjudice subi par la victime-demanderesse, enfin un lien de causalité entre la faute et le préjudice.

Or la question se pose ici de savoir sur qui repose le fardeau de la preuve. Qui doit établir l'existence de ces trois conditions génératrices de responsabilité civile ?

²⁶ Voir *l'Evolution actuelle de la jurisprudence médicale au Canada*, [1958] Rev. int. dr. comp. 16, à la p. 35.

Est-ce au malade à prouver que le préjudice qu'il a souffert résulte d'une faute commise dans l'exécution des soins à lui donner ?

Est-ce plutôt au médecin ou à l'hôpital de démontrer que tel préjudice n'est pas imputable à faute, ou encore qu'un tel préjudice résulte d'un événement externe: un cas fortuit, imprévisible et irrésistible ?

C'est précisément sur ce point qu'une évolution du droit 313 s'est fait sentir au bénéfice du malade.

Certes, le principe demeure: il appartient à la victime de prouver la faute du défendeur, en l'occurrence, la faute du médecin, de l'établissement hospitalier. C'est ce que rappelait M. le juge B. Bissonnette, de la Cour d'appel, dans l'affaire *X . . . v. Mellen*:²⁷

“Le patient, s'il subit un préjudice du fait personnel de son médecin, devra rapporter la preuve d'une faute établissant un lien de causalité. Le seul recours que procure la loi à celui-ci, c'est que les tribunaux exigent la preuve certaine et concluante de sa faute”.

Mais on se rend compte, par ailleurs, que, précisément, dans ce domaine de la responsabilité médicale et hospitalière, il est parfois extrêmement difficile, voire impossible, pour le malade d'établir la cause du dommage et, bien plus, de l'imputer à la négligence du médecin, du spécialiste, de l'anesthésiste, de l'infirmière. Qu'on songe, par exemple, au malade qui, sous l'effet de l'anesthésie, subit une intervention chirurgicale. Exiger de lui une preuve rigoureuse d'une faute hospitalière, n'est-ce pas vraiment le priver de tout remède ? N'est-ce pas alors causer un déni de justice ? Ajoutons à cela le fait, bien connu, que médecins et auxiliaires hospitaliers tendent à être moins bavards devant les tribunaux que, paraît-il, dans les salles, dans les couloirs ou les cafeterias

²⁷ Précitée, voir supra note 5.

d'hôpitaux, et l'on comprendra la triste constatation d'un spécialiste de ces matières: le professeur R. Savatier qui déclarait:²⁸

"ne nous faisons pas d'illusions! Le barrage de la preuve est général et sera le plus souvent infranchissable".

314 Or, c'est précisément pour remédier à ce déplorable état de choses que la jurisprudence québécoise permet, conformément d'ailleurs aux règles de preuve, le recours à certains moyens qui allègent le fardeau de la victime.

L'art. 1205, C.C. déclare, en effet:

"La preuve peut être faite par écrit, par témoin, *par présomptions*, par l'aveu de la partie ou par son serment".

Et l'art. 1238, C.C. ajoute:

"Les présomptions sont établies par la loi ou résultent des faits qui sont laissés à l'appréciation du tribunal".²⁹

La jurisprudence a récemment utilisé, à maintes reprises, ce moyen de preuve par *présomptions* dont le but est de déplacer le fardeau de la preuve. En effet, lorsque un événement préjudiciable qui, dans le cours normal des choses, ne se produirait pas, si ce n'est par négligence, mais se produit tout de même, alors le tribunal, devant qui est faite la preuve des circonstances qui ont entouré la réalisation ou l'aggravation du préjudice, peut se déclarer satisfait de la seule preuve du dommage subi et, dès lors, exiger du défendeur, en général plus au courant des circonstances et plus en mesure d'expliquer les faits, une preuve d'absence de faute. Ainsi,

²⁸ *Responsabilité médicale*, (1948), p. 50. Voir aussi *Martel v. Hôtel-Dieu St-Vallier et al.*, précité, où M. le juge Miquelon fait, à ce propos, des observations fort pertinentes: "Si le demandeur était obligé de prouver la négligence du docteur ou d'autres employés de l'hôpital ce serait du temps perdu pour lui que d'essayer d'obtenir réparation. Il faut tout de même réaliser que le malade ne sait pas ce qui se passe et nous ajouterons que s'il compte sur les médecins pour admettre une erreur médicale, ou pour en faire la preuve, il entreprend là une tâche qui est loin d'être facile" (p. 10), aussi à la p. 28. Egalement *St-Onge v. Bernier*, précité, supra note 6, à la p. 207.

²⁹ Voir aussi l'art. 1242, C.C.

par exemple, les tribunaux québécois ont jugé récemment que la présence d'une compresse³⁰ ou d'une pince³¹ dans l'abdomen du malade, le bris d'une aiguille dans le bras³² ou le dos³³ du malade, une nécrose de la peau,³⁴ une paralysie consécutive à une anesthésie caudale,³⁵ suffisent à soutenir une présomption de négligence. Il appartient alors au défendeur, pour s'exonérer, de repousser la présomption en rapportant la preuve qu'il a pris tous les moyens raisonnables pour prévenir l'accident.

315

Il est essentiel de noter que, par ce moyen, le tribunal favorise certes le demandeur, mais il n'impose pas au défendeur, médecin ou hôpital, les risques et aléas inévitables de l'activité médicale ou hospitalière;³⁶ le médecin ou l'établissement n'a pas, à notre avis, comme on semble parfois incliner à le croire,³⁷ à prouver la cause du préjudice et en montrer le caractère imprévisible ou irrésistible: un tel fardeau serait certes parfois impossible à porter et serait sans doute de nature à brimer des initiatives, des hardiesses même, qui ont de tous temps fait la gloire de la profession médicale et hospitalière. Tout ce que les tribunaux exigent, c'est que le défendeur sur qui pèse la présomption, doit, comme le déclarait M. le professeur A. Mayrand:³⁸

³⁰ *Elder v. King*, [1957] B.R. 87.

³¹ *G... v. C...*, précité, voir supra note 11.

³² *Cité de Montréal v. Cardin*, [1960] B.R. 1205, inf. par la Cour suprême sub. nom. *Cardin v. la Cité de Montréal et al*, précité, supra note 6.

³³ *Vézina v. D.*, précité, supra note 11.

³⁴ *Elder v. King*, précité, supra note 30; *X... v. Mellen*, précité, supra note 5, à la p. 413; *Gendron v. Dupré*, précité, supra note 4.

³⁵ *Martel v. Hôtel-Dieu St-Vallier*, précité, supra note 6.

³⁶ Voir, en ce sens, *Lafrènière v. Hôpital Maisonneuve* précité, supra note 8.

³⁷ Voir, en effet, les notes de M. le juge Taschereau dans *Cardin v. La Cité de Montréal*, précité, supra note 6, à la p. 659. Aussi *Parent v. Lapointe*, [1952] 1 S.C.R. 376, à la p. 381. À ce sujet, P.-A. Crépeau, *La responsabilité civile du médecin et de l'établissement hospitalier*, 1956, p. 226 et s.

³⁸ *Livres et Revues (Evolution de la responsabilité médicale au Canada)*, (1958) 18 R. du B. 294, à la p. 295.

“... faire de la lumière sur toutes les circonstances de la cause que lui seul connaît bien”.

Il doit donc expliquer ce qu’il a fait et montrer qu’il a pris tous les moyens raisonnables pour prévenir l’accident. Si cette preuve est faite, à la satisfaction du tribunal, l’action doit être rejetée.³⁹

316 Cette évolution du droit de la preuve, à l’avantage certes du malade, mérite une fois de plus approbation. Ce système de preuve par présomptions de faits, sans pour autant imposer au praticien ou à l’établissement hospitalier un fardeau trop lourd, est tout de même susceptible de servir les fins de la justice.

V — Conclusion

Au terme de cette étude qui nous a permis de décrire sommairement l’évolution du droit positif québécois relativement au caractère, au régime et à la preuve de la responsabilité professionnelle, deux conclusions paraissent s’imposer.

Les litiges récents concernant la responsabilité civile, médicale ou hospitalière ont fourni aux tribunaux l’occasion de faire évoluer le droit de la responsabilité civile en général. On doit en effet reconnaître que la responsabilité du médecin ou de l’établissement ne constitue pas un secteur particulier, voire privilégié, du droit de la responsabilité civile. L’évolution que nous avons décrite relativement au caractère de la responsabilité civile médicale et hospitalière le prouve incontestablement. Les tribunaux québécois doivent aussi — sous peine de laisser subsister l’incohérence du droit positif — reconnaître l’empire exclusif du régime contractuel de responsabilité dans tous les cas où le préjudice résulte, aux

³⁹ Voir, en ce sens, les notes particulièrement nettes de M. le juge Bissonnette, dans *X... v. Mellen*, précité, supra note 5, à la p. 413-414. Aussi *Elder v. King*, précité, supra note 30.

termes des articles 1022, 1024 et 1065 du Code civil, de la violation des obligations contractuelles assumées expressément ou implicitement par les parties. Ils voudront enfin faire appel aux présomptions de fait chaque fois que, dans les circonstances particulières d'une espèce, le préjudice paraît, à première vue, résulter d'une erreur de conduite fautive de la part du défendeur; celui-ci devra alors assumer le fardeau de prouver, suivant l'intensité de ses obligations, que le préjudice ne saurait lui être imputable.

317

Une deuxième conclusion s'impose: devant les transformations d'ordre scientifique qui ont marqué, en ces récentes années, l'exercice de la médecine et l'élargissement de la fonction hospitalière, les tribunaux québécois ont réussi, dans le respect des principes du droit civil, à donner des solutions fondées sur une recherche constante de la justice et d'un équilibre entre les deux réalités profondément humaines qu'implique l'œuvre de guérison: une confiance humaine et une conscience professionnelle.

PAUL-A. CRÉPEAU

Montréal, 21 septembre 1966.