

Les Cahiers de droit



A - Au niveau de l'organisation dans l'administration des services de santé

Volume 15, numéro 2, 1974

La responsabilité hospitalière

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/041943ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/041943ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté de droit de l'Université Laval

ISSN

0007-974X (imprimé)

1918-8218 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

(1974). A - Au niveau de l'organisation dans l'administration des services de santé. *Les Cahiers de droit*, 15(2), 452–458. <https://doi.org/10.7202/041943ar>

aux règlements. Elles n'indiqueront en général que le nom de l'établissement, le lieu de son siège social, les membres de son conseil provisoire et, évidemment, qu'il s'agit d'un centre hospitalier¹¹³. Et le permis viendra seulement préciser s'il s'agit d'un centre hospitalier public ou privé, de soins de courte durée ou de soins prolongés ainsi que son nombre de lits¹¹⁴.

Sous-section 2 - Contenu de l'obligation

L'obligation du centre hospitalier envers le patient relativement aux services de santé que requiert son état consistera donc à les lui assurer dans la mesure où le permettent son organisation et ses ressources décrites dans son plan d'organisation. Mais quels moyens devra prendre le centre hospitalier pour y parvenir? Quelles sont les implications de cette obligation générale?

Un manque à cette obligation de la part du centre hospitalier pourra survenir à deux niveaux différents, soit d'abord en raison d'une mauvaise organisation du centre hospitalier concernant l'administration des services de santé, soit en raison de la faute d'un médecin ou d'un membre du personnel assigné auprès du patient dans la fourniture des services requis.

A - Au niveau de l'organisation dans l'administration des services de santé

À ce premier niveau, les autorités du centre hospitalier devront d'abord mettre en place les mécanismes de contrôle prévus par la Loi 48 et son règlement relativement aux services de santé fournis par les médecins, infirmières et autres employés du centre hospitalier. La description et l'analyse de ces contrôles ayant été faites au chapitre II, il n'y a pas lieu de nous y arrêter ici. Signalons toutefois que si ces contrôles sont exercés sur les personnes appelées à fournir des services de santé aux patients, ils ont pour but de voir à l'efficacité et à la qualité de ces services et ils signifient que le centre hospitalier doit prendre les mesures qui s'imposent lorsqu'une faute est constatée. Ceci n'implique donc pas seulement la suspension d'un médecin ou d'un employé, par exemple, mais aussi l'adoption de mesures telles que la réorganisation d'un service inadéquat, l'augmentation des

113. Cf., Loi 48, art. 40.

114. Cf., Annexe 4 du règlement de la Loi 48 : formule de demande de permis. Voir à ce sujet la remarque faite au chapitre I, note 87, *supra*, p. 242.

contrôles concernant certaines activités ou au contraire la simplification de certaines procédures.

L'obligation de mettre en place les mécanismes de contrôle prévus par la Loi 48 et son règlement constitue évidemment une obligation de résultat. Il y aurait sûrement faute de la part du centre hospitalier de ne pas se conformer à ces prescriptions. Mais l'obligation pour ces mécanismes d'exercer un contrôle adéquat n'est qu'une obligation de moyens. En effet, même très bien appliqué, un contrôle ne saurait garantir un résultat et ce n'est pas parce qu'il y a eu faute dans la fourniture des services, que l'on doit conclure que le centre hospitalier a manqué à cette obligation. Et il en est de même, en général¹¹⁵, de l'obligation du centre hospitalier d'apporter les mesures correctives nécessaires. On ne peut exiger des autorités du centre hospitalier de trouver la « solution-miracle » à tous les problèmes ! Dans chaque cas, il faudra évaluer leur conduite, leur diligence, à la lumière des circonstances et compte tenu des ressources du centre hospitalier.

Mais cette obligation n'est pas la seule à laquelle peut être tenu le centre hospitalier à ce niveau. Il incombera aussi au centre hospitalier d'assigner auprès du patient tout le personnel nécessaire afin de lui fournir tous les services de santé requis par son état. Cette obligation se distingue particulièrement de la première en ce sens que souvent, comme nous le verrons, il reviendra à un médecin ou même à un autre membre du personnel, plutôt qu'aux autorités du centre hospitalier, de désigner le personnel requis.

Cette obligation du centre hospitalier implique d'abord qu'un personnel suffisant en nombre soit mis à la disposition des patients requérant des services de santé. C'est ainsi qu'un centre hospitalier pourra se voir blâmé si le personnel médical qu'il assigne à l'urgence s'avère insuffisant pour répondre à la demande possible¹¹⁶. De même, dans la cause *Dionne v. Baie Comeau Company & Thurber*, il fut mis en preuve que ne répondait pas aux normes courantes un hôpital où seulement deux infirmières, alors qu'il y avait 22 patients,

« devaient non seulement prodiguer des soins d'ordre médical mais également faire les lits, donner des bains et donner des repas ; en plus, lorsque des patients sortaient de la salle d'opération, ces deux infirmières étaient les seules préposées à leur garde »¹¹⁷.

115. Si nous disons « en général », c'est que nous verrons à la fin de cette section que parfois le centre hospitalier peut être tenu ici d'une obligation de résultat.

116. Cf., *La Reine v. Jacques St-Germain*, supra, note 18, p. 33.

Mais le centre hospitalier devra aussi mettre à la disposition du patient un personnel qui soit compétent. Or, cette question a une acuité toute particulière pour le centre hospitalier en raison du fait que couramment les infirmières qui y travaillent sont appelées à poser des actes médicaux et que cette pratique est sinon encouragée, du moins tolérée par les autorités de l'établissement.

Au niveau de la responsabilité civile du centre hospitalier¹¹⁸, il est évident au départ que celle-ci ne pourra être engagée que s'il y a eu faute dans l'exécution de l'acte médical posé par l'infirmière et que cette faute a entraîné un dommage. Même si elle n'est pas habilitée à le faire, l'infirmière qui réussit parfaitement l'acte médical qu'on lui a demandé de poser ne pourrait voir sa responsabilité engagée.

Mais la question qu'il nous faut ici régler est de savoir si, lorsque le centre hospitalier autorise une infirmière à poser un acte médical et qu'une faute est commise dans l'exécution de celui-ci, l'obligation de l'infirmière (et de là du centre hospitalier) ne se trouverait pas transformée en une obligation de résultat.

Telle nous semble être l'opinion de Gingras et Vallières :

« Lorsque le médecin pose un acte et qu'un accident survient chez ce malade, il pourrait être exonéré, là où l'infirmière serait trouvée en faute, s'il a pris toutes les mesures raisonnables pour exécuter son acte médical et s'il a agi d'une manière diligente, compétente et consciencieuse, comme tout bon médecin de sa catégorie aurait agi dans les circonstances.

À retenir que l'infirmière en posant un acte médical, acte qui n'est pas du ressort de sa qualité d'infirmière, ne pourrait être exonérée, puisqu'au départ il y a faute, c'est-à-dire un manque de prudence [...] Elle a commis l'imprudence d'exécuter un acte qu'elle était inhabile à accomplir »¹¹⁹.

Ainsi, l'infirmière qui pose un acte médical serait tenue de démontrer que le dommage résulte d'une cause extérieure à cet acte et il ne lui suffirait pas de démontrer qu'en fait elle a été prudente et qu'elle a agi comme un médecin prudent l'aurait fait. Elle serait donc tenue à une obligation de résultat.

Mais les tribunaux québécois ne nous semblent pas avoir adopté une position aussi catégorique. Dans deux causes, la jurisprudence s'est prononcée sur ce sujet¹²⁰. Dans la première, *Dame Ducharme v.*

117. C.S. Hauterive, n° 3554, 17 sept. 1970, p. 5 (J. DUBÉ).

118. Il ne sera pas question ici de se demander s'il s'agit d'un cas d'exercice illégal de la médecine.

119. Gustave GINGRAS et Joseph VALLIÈRES, *Responsabilités et obligations concernant le soin des malades*, Éditions Intermonde, Montréal, 1970, pp. 11, 12.

120. Voir aussi *Pincovsky v. Tessier* (1930) 36 R.L. 327 où l'on retint comme motif de faute, le fait qu'un dentiste ait utilisé une infirmière pour anesthésier un patient. Toutefois, il est

*Royal Victoria Hospital*¹²¹, un patient mourut quelques minutes après la fin de l'opération alors qu'il était encore sous anesthésie. L'action fut rejetée en Cour supérieure et en Cour d'appel. Toutefois, en Cour supérieure, le juge Denis déclara que l'hôpital avait commis une faute (faute qu'il ne jugea pas être la cause du décès, cependant) en laissant une garde-malade administrer l'anesthésie. En Cour d'appel, les juges Barclay et Hall diffèrent d'opinion avec le juge Denis en ce sens que pour eux, il n'y avait pas eu de faute en soi d'employer cette infirmière comme anesthésiste puisque celle-ci avait reçu l'entraînement nécessaire et acquis l'expérience requise :

« I must therefore, disagree with the opinion of the trial Judge that the employment of a nurse as an anaesthetist, irrespective of her qualifications, is a fault per se »¹²².

Dans la seconde, *Filion v. Hôpital Ste-Justine et Magnan*¹²³, l'hôpital fut tenu responsable parce que la preuve avait révélé qu'il y avait eu négligence et imprudence de la part de l'infirmière dans l'exécution de son acte médical. Toutefois, le principe dégagé par le juge Barclay dans l'arrêt *Dame Ducharme*¹²⁴, à savoir qu'il n'y avait pas de faute en soi de demander à une infirmière de faire un acte médical, fut réaffirmé¹²⁵.

Ainsi, l'avis émis par Gingras et Vallières¹²⁶, à savoir qu'il y aurait faute au départ dès que l'infirmière pose un acte médical, ne nous semble pas suivi par la jurisprudence et nous semble contredit explicitement par une directive administrative du Ministère de la santé du Québec concernant la classification et les fonctions du personnel infirmier. On peut en effet y lire, en introduction :

spécifié que l'on ne connaît rien des qualifications de l'infirmière (p. 335) et l'on s'arrête très peu sur ce motif.

Voir également *Lefebvre v. Lamontagne* [1970] C.A. 471, où l'on semble considérer l'inoculation d'un vaccin BCG à un nouveau-né comme un acte médical et où l'on semble admettre comme courant et normal le fait qu'il soit appliqué par une infirmière lorsque le médecin le recommande. Il n'est pas question toutefois dans cette cause du problème de l'acte médical posé par une infirmière.

121. (1940) 69 B.R. 162 ; (1938) 76 C.S. 309.

122. *Id.*, p. 167 (j. Barclay), *Cf.*, aussi p. 178 (j. Hall). Quant aux juges St-Germain et Francœur, ils ne prirent pas position sur ce problème.

123. C.S. Mtl, n° 521, 137, 28 février 1966 (j. LAMARRE). Conf. dans un jugement non motivé à B.R., Mtl, n° 9371, 30 déc. 1968 (jj. TREMBLAY, PRATTE & HYDE) où seul le *quantum* des dommages fut modifié.

124. *Cf.*, *supra*, note 122.

125. *Cf.*, *supra*, note 123, C.S. p. 20.

126. *Cf.*, *supra*, note 119.

« Certains actes médicaux peuvent, sans danger pour le malade, être généralement délégués à l'infirmière tenant compte de sa formation de base et de toute formation spéciale qu'elle peut avoir acquise »¹²⁷.

Nous concluons sur ce point que le centre hospitalier manquera à son obligation de fournir un personnel qui soit compétent non pas du simple fait qu'il permette à ses infirmières de poser certains actes médicaux, mais bien lorsqu'il le permet alors qu'il ne l'aurait pas dû. Toute la question est de savoir quels actes médicaux une infirmière peut poser comme en fait foi le passage suivant tiré de l'arrêt *Filion v. Hôpital Ste-Justine et Magnan*.

« Que la réglementation de l'hôpital défenderesse de laisser les infirmières, avec expérience si on le veut, faire des veni-punctures, dans tous les cas, aux endroits qu'elles choisissent est une pratique dangereuse et constitue de sa part une imprudence qui entraîne responsabilité. [...] La Cour recommande pour l'avenir à l'hôpital que les prélèvements, dans des cas difficiles, soient faits par les médecins traitants ou les internes »¹²⁸.

Cependant, il semble qu'il faille s'attendre à ce qu'une solution soit bientôt apportée à ce problème. L'article 19 de la *Loi médicale*¹²⁹ prévoit en effet que le Bureau de l'Ordre des médecins du Québec doit, par règlement, déterminer quels actes médicaux pourront être accomplis par des personnes autres que des médecins et dans quelles conditions elles pourront le faire. De plus, l'article 20 prévoit que si l'Ordre des médecins néglige de le faire, l'Office des professions pourra adopter un tel règlement. Sitôt adoptée une telle réglementation, nous ne pouvons que recommander aux centres hospitaliers de s'y conformer afin de satisfaire sur cet aspect à leur obligation de fournir un personnel qui soit compétent.

Mais cette obligation du centre hospitalier de fournir au patient un personnel qui soit compétent n'implique pas que le centre hospitalier doive uniquement s'assurer que le personnel qu'il assigne auprès du patient soit de façon générale compétent. Elle implique aussi que l'on mette à la disposition du patient tous les spécialistes que requiert son état. Ainsi, dans la cause *Pontbriand v. Hôtel-Dieu de Sorel*, la responsabilité de l'hôpital fut retenue¹³⁰ parce que l'on avait placé sous les soins d'un chirurgien général une patiente victime d'une grave fracture à la jambe alors qu'un orthopédiste était disponible¹³¹.

127. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, *Classification et fonctions du personnel infirmier des hôpitaux*, Québec, août 1967, p. 3.

128. Cf., *supra*, note 123, C.S. p. 12.

129. L.Q. 1973, c. 46.

130. Cf., *supra*, note 32, p. 13 et ss.

131. *Id.*, p. 12.

À son arrivée, la patiente, qui ne connaissait aucun médecin, s'en était remis aux médecins et au personnel assignés à l'urgence quant au choix du médecin ¹³².

Cependant, il ne faudrait pas conclure à la responsabilité du centre hospitalier dans tous les cas où il n'a pas fourni tout le personnel requis par l'état de santé du patient. Cette obligation du centre hospitalier sera évidemment fondée sur le diagnostic que l'on a pu établir concernant le patient. Or, il n'est pas assuré que le diagnostic posé par le médecin sera toujours exact. Parfois, il pourra donner lieu à diverses interprétations quant aux mesures qui doivent être prises en conséquence. En ce sens, il faut donc conclure que cette obligation du centre hospitalier en est une de moyens.

Il faudra aussi pour évaluer la conduite du centre hospitalier tenir compte des diverses circonstances entourant sa décision d'affecter tel médecin plutôt que tel autre auprès d'un patient. C'est ainsi que l'on pourra comprendre qu'une infirmière soit appelée dans un cas d'urgence à poser un acte médical pour lequel elle n'est pas compétente ¹³³.

À cet égard, la limite de l'obligation du centre hospitalier que nous avons analysée précédemment, à savoir que le centre hospitalier n'est tenu de prodiguer les soins requis que « compte tenu de son organisation et de ses ressources », est un facteur important qu'il faut évaluer. C'est ainsi que l'on ne saurait blâmer un centre hospitalier de soins généraux d'entreprendre dans un cas d'urgence une grave opération sans les secours d'un spécialiste dont la présence aurait été souhaitable, si le centre hospitalier n'en possède pas et si tout transfert s'avère impossible.

Par contre, cette limite ne saurait justifier une « mauvaise organisation » des ressources du centre hospitalier. C'est ainsi que l'on ne saurait admettre par exemple qu'un centre hospitalier, par souci de rapidité, tolère des pratiques imprudentes comme permettre à une personne de poser des gestes pour lesquels elle n'a pas la compétence voulue.

132. Voir aussi un arrêt de la Colombie britannique, *Vancouver General Hospital v. Fraser*, cf. *supra*, note 36, où la responsabilité de l'hôpital fut retenue parce que les internes assignés à l'urgence ne firent pas appel à un radiologiste pour lire les radiographies.

133. Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'à la page 4 de la directive du Ministère de la santé (citée à la note 127), on spécifie, après avoir émis le principe que toute réglementation concernant les soins infirmiers a pour but d'assurer la sécurité du patient et la qualité des soins qu'il reçoit, que : « toutefois, aucune règle ne doit être invoquée pour priver un malade de soins d'urgence ».

Le centre hospitalier se doit donc, afin de satisfaire à son obligation de fournir à ses patients tous les services de santé nécessaires, à un premier niveau, de voir à ce que soit bien organisée l'administration des services de santé à l'intérieur du centre hospitalier. Et, pour y parvenir, il devra notamment exercer des contrôles, prendre les mesures correctives qui s'imposent et fournir tout le personnel nécessaire au patient. Mais, même s'il parvient à satisfaire à ces obligations, sa responsabilité ne sera pas déchargée pour autant. Une faute peut en effet survenir à un second niveau, soit celui de la fourniture elle-même des services de santé.

B - Au niveau de la fourniture des services de santé

Parmi les services de santé qu'est appelé à fournir le centre hospitalier se trouvent tout d'abord les soins médicaux. Il faudra donc, dans un premier temps, nous interroger sur les obligations du médecin relativement à la fourniture des soins médicaux. Puis, dans un second temps, nous ferons de même relativement aux soins infirmiers et aux soins et services para-médicaux.

1 - Soins médicaux

De façon générale, la doctrine résume l'obligation du médecin de donner des soins en des termes analogues à donner tous les soins requis de façon prudente, consciencieuse, compétente et conforme aux données actuelles de la science¹³⁴. L'obligation du médecin lui-même rejoint donc celle du centre hospitalier qui se devait de fournir tout le personnel requis, que ce soit sur un plan quantitatif ou qualitatif. Cette jonction est d'ailleurs logique puisque le centre hospitalier et le médecin poursuivent le même but, soit le mieux-être du patient. Mais que signifie exactement pour le médecin cette obligation de prudence et de compétence ?

Tout d'abord, il semble maintenant bien établi par la jurisprudence que l'obligation du médecin n'est pas celle de guérir mais de prendre les moyens pour y parvenir. Que ce soit dans l'établissement de son diagnostic¹³⁵, dans l'application d'un traitement¹³⁶, au cours

134. Voir par exemple, P.-A. CRÉPEAU, *loc. cit.*, note 43, aux pages 14 et ss. et Alain BERNARDOT, *op. cit.*, note 5, p. 100 et ss.

135. Cf., par exemple, *Nelligan v. Clément*, *supra*, note 11 et *Blouin v. Pruneau*, *supra*, note 36.

136. Cf., par exemple, *Lefebvre v. Lamontagne*, *supra*, note 120, où l'inoculation du vaccin BCG sur un nouveau-né avait entraîné une adénite.