

Les Cahiers de droit



Introduction du chapitre III

Volume 15, Number 2, 1974

La responsabilité hospitalière

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/041918ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/041918ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté de droit de l'Université Laval

ISSN

0007-974X (print)

1918-8218 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

(1974). Introduction du chapitre III. *Les Cahiers de droit*, 15(2), 409–414.
<https://doi.org/10.7202/041918ar>

Tous droits réservés © Faculté de droit de l'Université Laval, 1974

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

Chapitre III

LES OBLIGATIONS DU CENTRE HOSPITALIER ENVERS LE PATIENT

Introduction du chapitre III

Que ce soit au niveau de la jurisprudence, de la doctrine ou de la législation, une évolution très nette s'est fait sentir en ce qui a trait aux obligations du centre hospitalier envers le patient. Si en 1940, on pouvait croire que la seule obligation du centre hospitalier consistait à mettre à la disposition du patient un personnel qui soit compétent¹, tel ne semble plus être le cas aujourd'hui.

Ainsi, le juge Deschênes, après avoir déclaré qu'il fallait « disposer du présent litige à la lumière de l'état de la loi en 1965 », sans tenir compte « de l'effet possible de la législation postérieure à 1965 », tirait de la jurisprudence les propositions suivantes :

- « 1 - Entre le patient et l'hôpital naît un contrat de soins hospitaliers : hospitalisation, pension, soins courants de garde et d'entretien du malade, etc. ;
- 2 - ce contrat ne comprend pas toutefois les soins proprement médicaux, sauf dans les cas où l'hôpital fournit directement ceux-ci par ses préposés, v.g. en radiologie, en anesthésie »².

Quant à la législation récente et plus particulièrement la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*³, elle venait établir clairement un droit pour toute personne de recevoir des services de santé⁴, droit impliquant pour celui appelé à le fournir une obligation correspondante. C'est donc à la lumière de toute cette évolution que nous nous proposons d'analyser les diverses obligations du centre hospitalier.

Mais de quelle façon procéderons-nous pour chacune d'entre elles? Comme le souligne Bernardot :

-
1. « The hospital authority merely holds itself out as providing an institution where patients will be able to meet with skilled persons who will attend them. When such authority retains the services of competent and qualified medical advisers and nurses and has provided fit and proper appliances for the treatment of patients, it has fully met its legal obligation ». *Petit v. Hôpital Ste-Jeanne d'Arc*, (1940) 78 C.S. 564, 565.
 2. *Coulombe v. Hôtel-Dieu de Montréal* [1973] C.A. 856 (arrêt résumé) ou C.A. Mtl, n° 13042, 9 mai 1973 (jj. RINFRET, MONTGOMERY, DESCHÊNES), notes du juge Deschênes à la page 2A, infirmant C.S. Mtl, n° 713-325, 7 janv. 1970 (j. Hector PERRIER).
 3. L.Q. 1971, c. 48 : nous la désignerons désormais comme « Loi 48 ».
 4. *Id.*, art. 4 et ss. : nous y reviendrons tout au long de ce chapitre.

« Au lieu de se demander à quoi s'engage un hôpital lorsqu'un malade y est soigné, à quelles obligations est-il tenu, et tirer les conséquences qui s'imposent lors de la violation ou de l'inexécution de ses obligations, le problème a été résolu d'une manière différente. On s'est demandé si le fait ou plus exactement la faute d'un médecin, chirurgien, infirmière, interne, etc... n'est pas de nature à engager la responsabilité de l'hôpital sur la base de l'article 1054 al. 7 du *Code civil* »⁵.

De fait, si l'on exclut Crépeau qui le premier aborda la question du contenu des principales obligations du centre hospitalier⁶, c'est presque uniquement sur la question du lien entre celui-ci et les médecins et autres membres du personnel que la jurisprudence et la doctrine se sont attardées dans l'étude de la responsabilité civile du centre hospitalier.

Or, à cet égard, nous nous limiterons strictement au cours de ce chapitre à décrire et analyser le contenu des diverses obligations du centre hospitalier, à partir de la législation, de la doctrine et de la jurisprudence, délaissant complètement cette question du lien entre le centre hospitalier et les médecins et autres membres du personnel y travaillant. Cette étude du lien ayant été faite au chapitre II, nous croyons en effet inutile d'y revenir.

Le lecteur ne devra donc pas se surprendre si au moment de nous interroger par exemple sur l'attitude du médecin lorsqu'il doit renseigner le patient relativement aux soins qu'il va donner, nous parlons alors d'obligation ou de responsabilité du centre hospitalier sans nous arrêter pour établir le lien entre celui-ci et le médecin. En effet, afin d'avoir une vue globale et la plus étendue possible des obligations du centre hospitalier, nous tenons pour acquis, pour les fins de ce chapitre, au niveau de chacune des obligations de celui-ci que les personnes appelées à s'occuper du patient (médecins ou autres membres du personnel) engagent alors la responsabilité du centre hospitalier.

Cette position, conforme aux conclusions que nous avons dégagées au chapitre II, ne constitue pas en soi une « hérésie » aux yeux de la doctrine actuelle qui n'admet pas qu'un lien de préposition puisse exister entre le centre hospitalier et le médecin. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, la doctrine actuelle semble distinguer le cas où un patient contracte uniquement avec le centre hospitalier de celui

5. Alain BERNARDOT, *La responsabilité médicale*, Sherbrooke, Publication de la Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke, 1973, p. 74.

6. P.-A. CRÉPEAU, « La responsabilité médicale et hospitalière dans la jurisprudence québécoise récente », (1960) 20 *R. du B.* 433, 458 et ss.; P.-A. CRÉPEAU, « La responsabilité civile médicale et hospitalière; évolution récente du droit québécois », [1968] *Cahiers Futura-Santé*, n° 2, 16 et ss.

où il contracte en plus avec un ou plusieurs médecins. Dans ce second cas, le centre hospitalier ne serait pas alors responsable des soins donnés par ce ou ces médecins (conclusion que notre analyse de la Loi 48 vient contester). Toutefois, la majorité de la doctrine actuelle admet que dans le premier cas, le centre hospitalier puisse être tenu responsable de la totalité des soins requis et qu'alors les diverses obligations du médecin deviennent celles du centre hospitalier.

En plus d'être juridiquement valable, cette position a le mérite de nous permettre de nous concentrer spécifiquement sur l'objet de ce chapitre, soit l'analyse du contenu des diverses obligations du centre hospitalier envers le patient. À cette fin, nous nous pencherons sur le fondement, le contenu et les limites de chacune d'entre elles, le tout à la lumière des principales situations de fait pouvant se présenter. Et, de façon particulière, nous ferons ressortir tout au long de ce chapitre les répercussions de la Loi 48 et de son règlement⁷ sur le contenu des obligations du centre hospitalier. Enfin, pour chacune d'entre elles, nous nous interrogerons afin de savoir s'il s'agit d'une obligation de moyens ou de résultat. À ce sujet, quelques précisions s'imposent.

Pour les auteurs français Henri et Léon Mazeaud et André Tunc, il y a obligation de résultat lorsque « le débiteur est responsable si le résultat n'est pas atteint, sauf à prouver force majeure »⁸ alors que pour une obligation de moyens, « le débiteur promet seulement de faire diligence pour parvenir à un résultat donné »⁹. Cette distinction, devenue classique, fut adoptée par la jurisprudence et la doctrine québécoise particulièrement en ce qui concerne l'obligation du médecin envers son patient¹⁰ :

« L'obligation du médecin ne serait pas de guérir, mais tout au plus de donner "des soins assidus, éclairés et prudents" ou "consciencieux,

7. *Règlement en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (1972) 104 *Gazette Officielle du Québec*, 10566 (n° 47, 25/11/1972) modifié par (1973) 105 G.O.Q. 4683 (n° 25, 22/8/1973), (1973) 105 G.O.Q. 5451 (n° 26, 26/9/1973), (1973) 105 G.O.Q. 5567 (n° 28, 10/10/1973) et (1974) 106 G.O.Q. 63 (n° 1, 9/1/1974). Nous le désignerons désormais comme « règlement de la Loi 48 » ou simplement comme « règlement ».

8. Henri et Léon MAZEAUD et André TUNC, *Traité théorique et pratique de la responsabilité civile*, t. 1, 5^e éd., Paris, Éditions Montchrestien, 1957, n° 103-3, p. 116.

9. *Id.*, n° 103-4, p. 117.

10. Voir entre autres à ce sujet : P.-A. CRÉPEAU, *loc. cit.*, *supra*, note 6, et A. BERNARDOT, *op. cit.*, *supra*, note 5, 100. Ce dernier, notamment, cite de la jurisprudence à ce sujet. Signalons en outre qu'à notre connaissance, aucun auteur ni aucun juge n'ont décrit l'obligation du médecin comme une obligation de résultat, c'est-à-dire comme l'obligéant à guérir son patient.

attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science": obligation de moyens et non de résultat »¹¹.

Mais que signifie exactement cette distinction? Pour Crépeau, cette distinction permettrait de déterminer l'intensité de l'obligation contractée, celle-ci étant plus ou moins grande selon que l'obligation en est une de résultat ou de moyens:

« Ainsi dans le cas de l'obligation de résultat, l'intensité du devoir est plus grande, plus forte, car il ne suffit pas au débiteur d'avoir agi en bon père de famille, d'avoir pris les moyens raisonnables pour accomplir son obligation, il doit s'exécuter, fournir le résultat que le contrat ou la loi lui avait imposé »¹².

Cet avis n'est toutefois pas partagé par Perret:

« Il serait inexact de penser qu'à une obligation de résultat correspond un degré de diligence très élevé, alors qu'à une obligation de moyen correspond un degré de diligence plus faible. Un exemple suffit à le démontrer: la prudence et la vigilance que nécessite de la part du chirurgien une opération cardiaque (obligation de moyen) sont infiniment supérieures à celles qu'exige le transport d'une marchandise (obligation de résultat) »¹³.

De fait, la distinction semble basée essentiellement sur le critère de l'aléa du résultat recherché:

« Cet aléa tient habituellement aux seules circonstances. Dans certains cas seulement, il peut tenir au degré de diligence du débiteur [...]. La distinction est donc fondée sur l'objet de l'obligation et non sur son degré, comme on se l'imagine parfois »¹⁴.

C'est donc en analysant l'objet de l'obligation, en regardant si avec la diligence requise, on peut s'attendre à ce que le résultat soit atteint, que l'on établit s'il s'agit d'une obligation de moyens ou de résultat. Et dans le cas d'une obligation de résultat, seul un cas fortuit ou de force majeure pourra justifier le débiteur de ne pas avoir atteint le résultat voulu.

-
11. *Nelligan v. Clément*, (1939) 67 B.R. 328, 334. Il s'agit du premier arrêt où l'obligation du médecin fut explicitement qualifiée d'obligation de moyen.
 12. P.-A. CRÉPEAU, « Le contenu obligationnel d'un contrat », [1965] 43 *Can. Bar. Rev.*, 1, p. 36.
 13. Louis PERRET, « Analyse critique de la jurisprudence récente en matière de responsabilité médicale et hospitalière », [1972] 3 *Rev. Gen. de Droit*, 58, p. 76.
 14. MAZEAUD & TUNC, *op. cit.*, *supra*, note 8, n^{os} 103-4, p. 118. À signaler que ceux-ci réfèrent d'ailleurs à une série d'auteurs à ce sujet (p. 117, note 3). D'ailleurs, Crépeau lui-même (*loc. cit.* note 12) admet « l'aléa du résultat » comme critère (p. 43).

Mais pourquoi tenter d'établir une telle classification à l'égard des différentes obligations du centre hospitalier? De façon générale, l'intérêt de la distinction se situe principalement, selon les auteurs¹⁵, au niveau de la preuve: lorsque l'obligation en est une de moyens, c'est au créancier de l'obligation qu'il reviendra d'en prouver l'inexécution; lorsque par contre il s'agit d'une obligation de résultat, c'est au débiteur qu'il reviendra de prouver, en cas de non-exécution, cas fortuit ou force majeure¹⁶.

Mais ce chapitre ne portant pas sur la question de la preuve, cet intérêt n'est pour nous qu'indirect. De fait, notre but se situe à un tout autre niveau. Si nous tenons à faire une telle distinction, c'est en raison du fait que la jurisprudence actuelle tendrait à confondre le caractère des obligations du centre hospitalier avec l'obligation de soins du médecin faisant automatiquement des premières une obligations de moyens¹⁷. Peut-on ainsi généraliser le caractère de cette obligation du médecin à l'ensemble des obligations du centre hospitalier? Nous ne le croyons pas. C'est pourquoi, au cours de cette étude des obligations du centre hospitalier, nous nous pencherons plus particulièrement sur cette question.

Mais quelles sont les obligations du centre hospitalier envers le patient? Pour les fins de notre étude, nous avons dû en faire une classification. C'est ainsi que nous étudierons d'abord les obligations du centre hospitalier au moment où le patient entre en contact avec lui (section 1), puis celles relatives à son hospitalisation (sections 2 et 3: hôtellerie, sécurité) et aux soins qui lui sont prodigués (sections 4 à 8:

15. Voir en ce sens: MAZEAUD & TUNC, *op. cit.*, *supra*, note 8, nos 684-695, ainsi que CRÉPEAU, *loc. cit.*, *supra*, note 12, p. 37 et ss.

16. C'est d'ailleurs ce raisonnement qui permet à René Demogue (à qui revient le mérite d'avoir établi la distinction entre les obligations de moyen et les obligations de résultat) de réfuter l'argument voulant qu'en régime contractuel, la faute se présumait toujours; voir René DEMOGUE, *Traité des obligations*, tome 5, Paris, Librairie Arthur Rousseau, 1925, n° 1237, p. 536 et ss. Crépeau reprend d'ailleurs ce raisonnement (*cf.*, *supra*, note 12, p. 37 et ss.). On peut toutefois se demander avec Perret (*cf.*, *supra*, note 13, pp. 82-84) si la présomption *Res ipsa loquitur* appliquée par nos tribunaux contre les médecins ne vient pas à l'encontre de ce raisonnement et ne transforme pas l'obligation de moyen du médecin en obligation de résultat. Voir aussi à ce sujet, CRÉPEAU, *loc. cit.*, *supra*, note 6, p. 29 et BERNARDOT, *op. cit.*, *supra*, note 5, p. 38 et ss.

17. Le texte suivant, tiré du jugement de la Cour d'appel dans la cause *Coulombe v. Hôtel-Dieu de Montréal*, *supra*, note 2, constitue un exemple frappant de cette tendance:

- a 1 - Entre le patient et l'hôpital naît un contrat de soins hospitaliers: hospitalisation, pension, soins courants de garde et d'entretien du malade, etc;
- 2 - ce contrat ne comprend pas toutefois les soins proprement médicaux, sauf dans les cas où l'hôpital fournit directement ceux-ci par ses préposés, v.g. en radiologie, en anesthésie;
- 3 - le contrat de soins hospitaliers crée (art. 983 c.c.) en conformité de la distinction moderne classique, une obligation de moyens et non une obligation de résultat.

services de santé, équipement, consentement aux soins, secret, dossier) pour enfin finir par celles s'appliquant au moment où le patient quitte le centre hospitalier (section 9). Mais si nous avons dû ainsi diviser notre étude en diverses sections, le lecteur devra comprendre que ces obligations sont toutes intimement liées les unes aux autres et que cette catégorisation peut ne pas être toujours aussi claire en pratique.

Section 1 - L'accès au centre hospitalier

Le règlement de la Loi 48 prévoit à l'article 3.2.1.1 trois mécanismes par lesquels le patient peut avoir accès au centre hospitalier, soit l'admission, l'inscription et l'enregistrement. Nous analyserons chacun d'eux d'abord dans les cas où le patient a accès aux services hospitaliers de façon ordinaire puis dans les cas d'urgence. Nous terminerons cette étude en prévoyant un cas d'admission spécial, soit celui où le patient est admis en cure fermée dans un centre hospitalier. Soulignons immédiatement que nous n'avons trouvé qu'une cause dans la jurisprudence québécoise portant directement sur cette question de l'accès du patient au centre hospitalier¹⁸. C'est pourquoi notre étude se fera surtout à partir de la Loi 48 et de son règlement.

Sous-section 1 - En cas ordinaire

A - L'admission

Le mécanisme de l'admission variera, en cas ordinaire, selon que le centre hospitalier en est un de soins de courte durée ou de soins prolongés.

1 - Centre hospitalier de soins de courte durée

C'est l'article 3.2.1.3 du règlement de la Loi 48 qui nous décrit ce en quoi consiste alors l'admission :

« 3.2.1.3: Admission : Une personne est admise dans un centre hospitalier de soins de courte durée lorsque son état nécessite un hébergement et que les deux conditions suivantes sont remplies :

18. *La Reine v. Jacques St-Germain*, C.S.P., Mtl n° 73-1472, 28 février 1974 (J. Redmond ROCHE). Dans cette cause, le médecin affecté à l'urgence refusa d'examiner un patient qui lui avait été amené. Bien qu'il s'agisse d'une cause criminelle, le jugement contient certains éléments fort utiles à l'élaboration de principes régissant la responsabilité civile du centre hospitalier concernant l'accès à son service d'urgence.