

## Les Cahiers de droit



### A - L'inscription

---

Volume 15, Number 2, 1974

La responsabilité hospitalière

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/041926ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/041926ar>

[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). A - L'inscription. *Les Cahiers de droit*, 15(2), 423–427.  
<https://doi.org/10.7202/041926ar>

---

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/>

réserve exprimée à l'article 4 de la Loi (« compte tenu de l'organisation et des ressources de l'établissement ») n'aura pas d'application pratique puisque tout centre hospitalier de soins de courte durée doit être en mesure d'offrir des soins externes généraux<sup>27</sup>. Par contre, l'article 5 de la Loi s'appliquera et l'enregistrement ne pourra être refusé pour un motif discriminatoire. Et, tout comme pour l'admission, l'obligation d'enregistrer le patient en est une de résultat.

## Sous-section 2 – En cas d'urgence

Deux des mécanismes d'accès au centre hospitalier pourront s'appliquer en cas d'urgence. Dans un premier temps, le centre hospitalier devra recevoir le patient et lui assurer les soins d'urgence de première ligne. À ce moment, le patient ne sera alors qu'inscrit au centre hospitalier. Puis, si nécessaire, on procédera à son admission.

### A – L'inscription

Dans notre étude sur l'inscription dans les cas ordinaires, nous avons vu que trois conditions étaient nécessaires pour que le patient soit inscrit. La première était que le patient nécessite des soins. Évidemment, cette condition s'applique également dans les cas d'urgence comme le prévoit l'article 3.2.1.6 du règlement de la Loi 48 :

« 3.2.1.6: Urgence: Tout centre hospitalier doit s'assurer que toute personne qui nécessite des soins d'urgence reçoive le traitement requis par son état ».

La seule différence relativement à cette condition, c'est qu'ici les soins doivent être urgents. Mais qu'entend-on par « cas d'urgence » ?

Ni la Loi 48, ni son règlement ne nous donnent une définition de « cas d'urgence ». Évidemment, une telle définition n'est sans doute pas nécessaire puisqu'il s'agit avant tout d'une question de jugement, laissée à l'appréciation du médecin, comme l'indique le *Règlement concernant la loi de l'assurance-maladie* à l'article 8.01 :

« 8.01: Est un cas d'urgence aux termes de la présente loi et des règlements, toute condition pathologique jugée par un professionnel de la santé comme devant requérir dans l'immédiat la dispensation des services assurés »<sup>28</sup>.

---

27. Voir la note précédente.

28. (1970) 102 G.O.Q. 4157 (17/7/1970), tel que modifié par (1970) 102 G.O.Q. 4501 (29/7/70). Évidemment, cette définition n'est légalement applicable qu'à la Loi et aux règlements de l'assurance-maladie. C'est d'ailleurs ce qui explique que cet article limite les services requis aux « services assurés ».

S'il s'agit avant tout d'une question d'appréciation des faits<sup>29</sup>, soulignons cependant qu'il n'est sûrement pas nécessaire qu'une personne soit en danger de mort pour qu'il y ait « cas d'urgence ». C'est avant tout le caractère de l'immédiateté du besoin de soins plutôt que sa gravité, qu'il faut considérer.

Quant à la seconde condition, à savoir que le patient doit signer la formule prévue à l'article 3.2.1.11 du règlement de la Loi 48, elle n'existe plus en cas d'urgence. En effet, l'article 3.2.1.11 prévoit qu'en cas d'urgence, les soins nécessaires doivent être donnés même en l'absence d'une telle signature.

Mais la troisième condition, à savoir que l'établissement ne doit être obligé de fournir que les soins qu'il peut prodiguer compte tenu de son organisation et de ses ressources (art. 4 de la Loi 48), ne pourra s'appliquer, en cas d'urgence, qu'aux centres hospitaliers de soins prolongés. En effet, en vertu des articles 4.5.2.4, 4.5.2.7 et 4.5.2.8 du règlement de la Loi 48, tout centre hospitalier de soins de courte durée, contrairement aux centres hospitaliers de soins prolongés, doit être en mesure de fournir des soins d'urgence de première ligne<sup>30</sup>. Toutefois, un centre hospitalier de soins prolongés organisé pour fournir ces soins serait alors tenu lui aussi de recevoir le patient. Ceci est d'ailleurs confirmé par l'article 3.2.1.6 du règlement qui ne restreint pas l'obligation de recevoir le patient aux seuls centres hospitaliers de soins de courte durée<sup>31</sup>.

Mais que signifie en pratique pour le centre hospitalier organisé pour donner des soins d'urgence de première ligne cette obligation de recevoir le patient? Elle signifie d'abord, sur un plan médical, que le centre hospitalier devra, dans l'application des soins d'urgence, faire appel aux spécialistes que requiert l'état du patient s'ils sont disponibles<sup>32</sup>.

Mais elle signifie aussi qu'il ne saurait refuser de recevoir un patient à l'urgence sous prétexte qu'il ne peut lui donner les soins

---

29. Ainsi, dans la cause *St-Germain*, les médecins ont admis le caractère urgent que présente la situation d'un malade qui vomit du sang. Cf., *supra*, note 18, p. 18 et 22.

30. Cf., *supra*, note 26. Les remarques qui y sont faites s'appliquent également aux soins d'urgence de première ligne.

31. Cet article parle en effet de « tout » centre hospitalier et fait mention de l'article 3.2.1.4 qui n'est applicable qu'aux centres hospitaliers de soins prolongés. Nous y reviendrons en parlant de l'admission en cas d'urgence.

32. Voir *Dame Pontbriand v. Hôtel-Dieu de Sorel*, C.S. Richelieu, n° 19-532, 21 octobre 1971 (J. P. LAMARRE). Dans cette cause, l'hôpital fut trouvé responsable parce que le médecin assigné à l'urgence ne fit pas appel au spécialiste que requérait l'état du patient alors que pourtant ce spécialiste était disponible.

requis en raison de la gravité de son état. Si l'état du patient est tel qu'il nécessite des soins spécialisés que le centre hospitalier ne peut lui fournir, ce dernier pourra, et même devra, à moins que ce ne soit matériellement impossible, le transférer dans un autre centre hospitalier. Mais la nécessité de soins spécialisés ne saurait justifier en aucune façon un centre hospitalier équipé pour fournir des soins d'urgence de première ligne de refuser de prodiguer ces derniers à un patient dont l'état le requiert<sup>33</sup>.

Cette obligation signifie enfin pour un tel centre hospitalier, qu'il doit être capable matériellement de faire face à la demande de soins d'urgence. Ceci suppose donc que l'espace affecté à l'urgence doit être suffisant et que le personnel et l'équipement nécessaires doivent être disponibles<sup>34</sup> afin de pouvoir répondre à toute demande de soins d'urgence.

Cette obligation pour le centre hospitalier de recevoir et de prodiguer immédiatement les soins d'urgence de première ligne que requiert l'état d'une personne constitue selon nous une obligation de résultat. Seule une situation équivalant à cas fortuit ou force majeure pourra, selon nous, justifier le centre hospitalier de refuser de recevoir un patient. Ainsi, de façon générale, nous ne croyons pas que l'abondance des patients à l'urgence puisse constituer une telle situation<sup>35</sup>. Il faudrait vraiment que cette abondance soit absolument démesurée (par exemple, à la suite d'un cataclysme...). Si, à un moment, le service d'urgence est débordé, nous croyons que le centre hospitalier doit alors faire appel à du personnel supplémentaire et mettre d'autres locaux à la disposition de ces patients plutôt que de les refuser. Le débordement du service d'urgence (à condition qu'il ne soit pas totalement démesuré) est une situation prévisible et le centre

33. Obligation confirmée dans la cause *St-Germain*, cf. *supra*, note 18, 32. Ainsi, un examen sommaire du patient doit au moins avoir lieu avant que ne soit ordonné son transfert, *id.*, 18, 20-22, 27 et 31.

34. Ces questions furent débattues dans l'arrêt *St-Germain*, cf. *supra*, note 18. Concernant l'espace nécessaire, la Cour conclut qu'il était amplement suffisant, (*id.*, p. 26, 27) surtout qu'il ne s'était présenté que deux autres patients dans l'heure précédant l'arrivée du patient refusé (*id.*, p. 10, 11). Il fut aussi mis en preuve que l'hôpital était équipé pour fournir les soins d'urgence nécessaires dans ce cas (*id.*, p. 12, 14 et 26). Quant au personnel, il appert qu'il y avait un médecin et cinq infirmières à l'urgence (*id.*, p. 10) mais qu'un seul autre médecin était en devoir sur appel (*id.*, p. 32). Le juge Roche blâma d'ailleurs l'administration de l'hôpital sur ce dernier point (*id.*, p. 33).

35. De même, le fait qu'il n'y ait plus de lits disponibles dans le centre hospitalier ne saurait être un motif pour refuser les patients arrivant à l'urgence par ambulance. Pourtant, il appert qu'un ordre à cet effet fut donné dans l'arrêt *St-Germain*, par l'hôpital Fleury, puisqu'une infirmière savait que si le malade venait en ambulance il ne serait pas accepté (*id.*, p. 11). Même le fait qu'on ait averti les ambulances de ne pas se présenter à l'hôpital (*id.*, p. 12) ne saurait donc justifier un refus de recevoir le patient qui arriverait en ambulance par la suite.

hospitalier doit prendre tous les moyens pour y faire face plutôt que de refuser un patient.

Mais si l'obligation de recevoir le patient en cas d'urgence en est une de résultat, elle est quand même soumise au jugement du médecin qui décide s'il s'agit bien d'un cas d'urgence. Or, l'obligation de soins étant généralement connue comme une obligation de moyens, il peut donc arriver des cas où sans qu'il y ait eu faute, le médecin, suite à une erreur de diagnostic par exemple, juge que le patient ne nécessite pas de soins d'urgence alors que le besoin est réel<sup>36</sup>.

Enfin, bien que les principes dégagés nous semblent clairs, trois points méritent d'être soulignés en raison des problèmes qu'ils ont pu poser en pratique. Il s'agit de trois motifs de refus du patient qui, comme nous le démontrerons, doivent être considérés comme illégaux.

Le premier est le refus qu'ont essuyé certains patients sous le prétexte qu'ils n'étaient que sous l'effet d'une drogue ou de l'alcool et qu'ils ne constituaient pas de véritables patients. Le second alinéa de l'article 3.2.1.6 du règlement de la Loi 48 a cependant réglé clairement cette question :

« 3.2.1.6: Un cas d'urgence au sens du présent article comprend une affection aiguë due à l'alcoolisme ou autre toxicomanie ».

Le second motif invoqué par certains centres hospitaliers, à savoir que le patient ne vient pas de leur secteur, de leur zone, est totalement injustifié. En plus d'aller carrément à l'encontre de l'article 3.2.1.6 du règlement de la Loi 48, il contredit l'esprit de cette loi. En effet, l'article 4 de cette loi qui prévoit le droit pour toute personne de recevoir des services de santé, est complété par l'article 6 qui accorde au patient le choix du centre hospitalier dont il requiert des services :

« 6: Sous réserve de l'article 5 et de toute autre disposition législative applicable, rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a une personne qui réside au Québec de choisir le professionnel ou l'établissement duquel

---

36. Ce fut le cas, par exemple, dans l'arrêt *Blouin v. Pruneau*, C.S. Hauterive, n° 2466, 3 octobre 1969, (J. BÉDARD) où le médecin à l'urgence crut que la blessure à l'œil du patient n'était que superficielle. Il fut jugé qu'il avait satisfait à son obligation parce que l'état réel du patient n'aurait pu être diagnostiqué qu'en milieu spécialisé. Par contre, dans *Dame Laurent v. Théorêt et Hôpital Notre-Dame de la Visitation*, C.S. Mtl, n° 747-715, 21 nov. 1970 (J. LANGLOIS) et dans *Godette v. Lambert* C.S. Mtl, n° 693-679, 25 février 1969 (J. LEDUC), le médecin fut blâmé pour ne pas avoir fait un examen complet. De même, dans l'arrêt *St-Germain*, *cf. supra*, note 18, le médecin prétendait qu'après avoir « vu » le patient, c'est un jugement d'ordre médical qu'il posa en ordonnant son transfert. Mais le juge Roche démontre que tel ne fut pas le cas puisque le médecin n'examina même pas le patient (*id.*, p. 31). Enfin, on pourra aussi consulter un arrêt de la Colombie britannique, soit *Vancouver General Hospital v. Fraser* [1952] R.C.S. 36, où l'hôpital fut trouvé responsable du fait que les internes affectés à l'urgence ne firent pas appel à un radiologiste pour lire les radiographies.

elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux, ni la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter cette personne ».

Or, il est intéressant de noter que cet article n'accorde pas à l'établissement, contrairement au professionnel de la santé, la possibilité de refuser le patient (qui satisfait aux conditions requises pour être admis ou inscrit) et que la liberté de celui-ci n'est aucunement limitée géographiquement. Le centre hospitalier qui refuse un patient pour ce motif manque donc gravement à son obligation de recevoir le patient en cas d'urgence.

Un troisième motif de refus peut venir non pas du centre hospitalier lui-même mais d'un médecin assigné à l'urgence et qui refuserait de traiter un malade, invoquant sa liberté professionnelle de choisir ses patients. La base de ce motif se trouverait à l'article 6 de la Loi 48 qui accorde la liberté pour tout professionnel de la santé de refuser de traiter un patient, et au second alinéa de l'article 5.3.1.19 du règlement de la Loi 48 qui se lit comme suit :

« Lorsque le délai pour l'obtention d'une autorisation risque d'être préjudiciable à un malade, tout médecin ou dentiste peut donner dans un centre hospitalier les soins requis par l'état de ce malade ».

En vertu de cet article, un médecin ne serait pas obligé de traiter un patient, même en cas d'urgence.

Mais ce motif, que pourrait invoquer un médecin, doit être rejeté. D'abord, le second alinéa de l'article 5.3.1.19 vise les médecins qui ne sont pas membres du personnel du centre hospitalier et a, au contraire, pour but de leur donner le droit d'intervenir d'urgence dans un centre hospitalier étranger<sup>37</sup>. Quant à l'article 6, nous croyons qu'il ne pourrait justifier un refus du médecin car selon nous, le médecin qui accepte de travailler à l'urgence renonce alors implicitement à son droit de refus. De toute façon, l'article 7 du *Code de déontologie médicale*<sup>38</sup> oblige le médecin à s'occuper de toute personne dont l'état requiert des soins d'urgence :

« 7 : Tout médecin, se trouvant en présence d'un malade en danger immédiat, alors que d'autres soins médicaux ne peuvent lui être assurés, doit lui porter secours d'extrême urgence, quelle que soit sa fonction ou sa spécialisation »<sup>39</sup>.

---

37. Dans l'arrêt *St-Germain*, cf. *supra*, note 18, on prétendait que l'article 238 du *Règlement concernant les hôpitaux*, *supra*, note 24 (analogue à l'article 5.3.1.19 du règlement de la Loi 48) donnait pleine liberté au médecin de traiter ou non un patient dans un cas d'urgence. Mais cet argument fut rejeté (*id.*, p. 25).

38. Règlements d'application des lois, 1972, vol. 9, p. 129.

39. Un médecin qui refuserait de traiter une personne dont l'état nécessite des soins d'urgence manquerait d'ailleurs à son serment : cf. *St-Germain*, *supra*, note 18, p. 24.