

LES RECOURS POUR L'UTILISATIONS ABUSIVE DES CONTENTIONS

ME DENISE BOULET, *B. ED., LL.B., LL.M.**

RÉSUMÉ

Les incidents liés à l'utilisation des contentions ont soulevé l'indignation de l'opinion publique, de nombreux intervenants et des juristes au cours de la dernière année. Plusieurs enquêtes publiques ont tenté de faire la lumière sur les causes et les circonstances de décès survenus dans des établissements alors que la victime était sous contention. Dans certains cas, des recours civils ont été intentés. Qui sont les responsables d'incidents aussi déplorables sur une clientèle des plus vulnérables et victime d'un système qui fait défaut? Comment le droit civil devrait-il sanctionner l'incompétence, l'exploitation, l'abus de pouvoir et l'abus de droit et offrir une compensation équitable pour les dommages causés aux victimes de ces fautes? Tous seront d'accord pour affirmer que de tels décès n'auront jamais leur place dans notre société. En cas de faute médicale ou hospitalière, un recours en responsabilité peut être intenté par toutes les victimes afin d'obtenir une compensation en dommages et intérêts pour les dommages subis.

* Avocate au cabinet Boulet Blaquière et détentrice d'une maîtrise en droit de la santé. Elle enseigne le Droit des personnes âgées dans le cadre du programme de maîtrise en droit et politiques de la santé à l'Université de Sherbrooke, le droit des personnes et la responsabilité civile, à l'École du Barreau. **LES RECOURS POUR L'UTILISATIONS ABUSIVE DES CONTENTIONS**

ME DENISE BOULET, B. ED., LL.B., LL.M.*

PLAN

INTRODUCTION

PARTIE PRÉLIMINAIRE

- A. DÉFINITIONS
- B. LE CADRE LÉGAL

PARTIE 1 : LES FAUTES ET LEURS AUTEURS

SECTION 1 : Les responsabilités du médecin

- A. L'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé
- B. L'obligation de soigner et de suivre

SECTION 2 : Les responsabilités de l'établissement

- A. Le réseau public
- B. Le secteur privé

PARTIE 2 : LES VICTIMES ET LEURS DOMMAGES

SECTION 1 : Le patient

- A. Les souffrances physiques et morales
- B. L'atteinte à certains droits fondamentaux

SECTION 2 : La succession et les victimes par ricochet

- A. Les souffrances de la victime avant son décès
- B. Le *solatium doloris*

CONCLUSIONS

*Avocate au cabinet Boulet Blaquière et détentrice d'une maîtrise en droit de la santé. Elle enseigne le Droit des personnes âgées dans le cadre du programme de maîtrise en droit et politiques de la santé à l'Université de Sherbrooke, le droit des personnes et la responsabilité à l'École du Barreau.

LES RECOURS POUR L'UTILISATIONS ABUSIVE DES CONTENTIONS

ME DENISE BOULET, avocate

INTRODUCTION

Au cours de la dernière année, les incidents liés à l'utilisation des contentions ont soulevé l'indignation de l'opinion publique, de nombreux intervenants et des juristes. Au Québec, il y a au moins trois décès par année depuis dix ans dus à la contention. Généralement, ce sont des personnes âgées non autonomes¹, un total de 50 depuis 1986. Parmi ces 50 décès, 73% sont survenus en centre hospitalier de soins de longue durée, 13% en centre hospitalier, 6% en centre privé et 6% en famille d'accueil. Il est étonnant de constater que la moyenne d'âge des personnes décédées est de 67 ans dont 35 étaient dans leur lit. Selon la loi, l'utilisation de la contention n'est permise que pour empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. Parmi les dangers potentiels de lésions auxquels une personne hébergée en établissement est exposée, le premier qui nous viendrait à l'esprit n'est certainement pas le cas d'une personne de 67 ans couchée dans son lit. On se demande alors dans combien de cas, parmi ces 35 victimes, et même parmi les 50, l'utilisation de la contention était *minimale et exceptionnelle* et a tenu « *compte de l'état physique et mental de la personne* »². Pourquoi placer sous contention une personne âgée, pendant la nuit?

1 L. Malouin, « Rapport d'enquête publique sur le décès de Marie-Louise Brunard », 5 mai 2003, [non publié, archivé au Bureau du Coroner à Ste-Foy].

2 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S 4-2, art. 118.1.

Pour justifier l'utilisation de la contention chez une personne âgée qui peut parfois être confuse ou errer la nuit, nous avons lu et entendu que celle-ci est un moyen pour prévenir les chutes et les blessures. C'est une fausse croyance, bien documentée aujourd'hui. En effet, des études récentes démontrent que le nombre de chutes a été réduit chez les personnes libérées de leur contention, mais aussi que les blessures étaient moindres, en sévérité et en nombre. Ces mêmes études mettent en relief les dangers potentiels associés à l'utilisation des contentions tels que la diminution de l'état d'éveil ou, à l'opposé, l'augmentation de l'agitation³.

Ces statistiques émanent des cas rapportés au bureau du coroner, conformément aux exigences de la loi. Le nombre pourrait bien être beaucoup plus élevé. En effet, ce sont les personnes âgées et les personnes atteintes de maladie mentale vivant en institution qui font surtout l'objet de l'utilisation de contentions. Or, ces personnes sont parfois isolées de leur famille, lorsqu'elles en ont une, et souvent inaptés. Elles ont donc peu de capacité pour s'exprimer et se plaindre si les contentions sont utilisées de façon abusive, et celles-ci ont un réseau fort limité pour les écouter et intervenir. Si leur décès survient, il peut donc passer inaperçu. Par ailleurs, l'utilisation des contentions n'entraîne pas toujours un décès. Ainsi, plusieurs situations d'accidents ou de blessures sans décès peuvent survenir et demeurer sous silence.

³ Association des hôpitaux du Québec, *Cadre de référence - Utilisation de la contention et de l'isolement: une approche intégrée*, juin 2000, à la page 30.

Tous les décès liés à l'utilisation des contentions sont inacceptables dans notre société, eu égard à plusieurs aspects dont les deux suivants. D'abord, le législateur, qui représente la volonté populaire, a choisi de placer au premier plan l'inviolabilité de la personne humaine. Ensuite, ce même législateur a choisi de placer pas très loin derrière l'inviolabilité, la nécessité de protéger la personne vulnérable. Alors, comment expliquer, justifier, excuser qu'on puisse appliquer une telle mesure de protection qui, dans certains cas, a entraîné la mort d'une personne? Cette apparente incohérence est-elle la manifestation d'un résultat malheureux et imprévisible lié aux risques inhérents d'un *soin* qui comporte des risques, certes, mais nécessaire? Nous ne le croyons pas. Est-ce la preuve que la mesure est dangereuse et devrait être bannie en toutes circonstances? Cette position semble un peu excessive. Est-ce plutôt l'illustration d'un cas d'application par une personne incompétente ou un cas d'utilisation abusive et illégale de contentions appliquées sans la surveillance requise? C'est notre hypothèse. Toutefois, l'analyse ne peut pas s'arrêter là, à la recherche du responsable unique donnant ainsi bonne conscience aux autres membres d'un système qui fait défaut.

En effet, la personne incompétente qui donne des soins ou applique des mesures aussi extrêmes à un patient vulnérable ne le fait pas dans l'intimité d'un bureau, avec la porte fermée. Elle le fait à l'intérieur d'un établissement dont les membres ou les gestionnaires ferment à demi les yeux sur le problème réel. Certes, ces derniers se plaignent certainement des coupures dans les ressources ou dans les budgets. Toutefois, en acceptant d'exposer leur clientèle aux risques des contentions appliquées illégalement, ils

continuent à être complices de situations où une clientèle vulnérable ne reçoit pas des services adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée. Lorsque l'inéluctable incident finit par survenir, la solution simpliste consistera à pointer du doigt la dernière personne de la chaîne qui a finalement posé le geste répréhensible. Mais nous croyons que la situation n'est pas aussi simple et mérite une analyse sérieuse qui mènera à l'élaboration de solutions durables. Pour ce faire, une chose est certaine : chaque cas doit être étudié individuellement. Les pages qui suivent auront pour but d'énoncer comment cette étude devrait se faire.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, quelques mots pour préciser qu'il n'y a pas de jurisprudence qui porte spécifiquement sur la responsabilité des intervenants relativement aux dommages causés par les contentions. Bien qu'il y ait peu de sources judiciaires, nous avons bénéficié de plusieurs sources d'inspiration. Ainsi, ce texte a été principalement inspiré par la tragique histoire de deux personnes au parcours semé d'embûches engendrées principalement par leur maladie incurable. Leur vie de personne malade s'est terminée abruptement, certainement suite à des souffrances atroces et dans des circonstances qui n'auraient jamais dû se produire.

La première personne s'appelle Jonathan Dubé, décédé le 23 janvier 2000 à l'âge de 23 ans d'une asphyxie par pendaison incomplète du cou. Cette strangulation a été causée par la contention thoracique croisée attachée au fauteuil gériatrique auquel il était confiné, en quasi permanence, depuis de longs mois.

À sa naissance, Jonathan avait souffert d'une encéphalopathie anoxique qui a entraîné une déficience intellectuelle et des troubles graves du comportement qui ont rendu nécessaires son institutionnalisation. Il est resté 3 ans à l'établissement où il est décédé. Dès les premières heures de son séjour, il a fait l'objet de contraintes physiques, d'isolement et de contention. Ces mesures étaient appliquées régulièrement comme moyens préventifs pour ses comportements problématiques, dont certains étaient violents, et qu'on disait imprévisibles. Rapidement, son état s'est détérioré, glissant vers un point de non retour. Les préposés de l'établissement ont eu recours aux mesures de contention en quasi-permanence. Dans les derniers 30 jours de sa vie, son état physique et son comportement se sont dégradés, et des contentions encore plus lourdes lui ont été imposées. Ces contentions étaient utilisées par du personnel non formé, de façon non sécuritaire ni conforme aux normes du fabricant. Le jour de son décès, Jonathan a été placé sous contention à son fauteuil et laissé sans surveillance entre 13 heures et 14 heures⁴ dans une salle isolée au fond de l'unité. Cet endroit n'était pas visible du poste des infirmières. Jonathan a vraisemblablement essayé de sortir de ce fauteuil en passant sous la tablette. La contention thoracique croisée non fixée à la taille est remontée et s'est resserrée autour de son cou causant une strangulation et son décès.

4 M. Ferland, « Rapport d'enquête publique sur le décès de Jonathan Dubé », 28 avril 2003, [non publié, archivé au Bureau du Coroner à Ste-Foy], aux pages IV, 1, 2, 9 et 10.

Le nom de la seconde personne est Marie-Louise Brunard, décédée le 26 juin 2001 à l'âge de 77 ans des suites d'une asphyxie positionnelle. Sa mort a été occasionnée par le gilet de contention utilisé pour elle en permanence dans les trois derniers mois de sa vie. Madame Brunard était maniaco-dépressive depuis l'âge de 34 ans. Elle fut hospitalisée à de nombreuses reprises, ayant au moins un épisode de dépression par année. Depuis 1996, elle habitait dans une résidence d'accueil pour personnes en perte d'autonomie. Hormis ses périodes d'hospitalisation, elle était relativement en bonne santé et menait la vie normale d'une personne de son âge⁵. Du mois d'avril 2000 au mois de mars 2001, elle du être hospitalisée pour un épisode de dépression alors hors de contrôle. Pendant cette période, son état neurologique et physique se sont détériorés. Les contentions ont été introduites en juin 2000 dans le milieu hospitalier. La prescription médicale précisait qu'elles pouvaient être utilisées « *au besoin* »⁶, afin de prévenir les chutes. À compter du congé de l'hôpital, elles ont été appliquées sans prescription médicale et en permanence à la résidence. Le soir précédant son décès, madame Brunard a été mise au lit à 19 heures et, comme d'habitude, on lui a mis son gilet de contention que l'on fixa à la base de son lit. Elle a été retrouvée à 0h50 « *le corps complètement suspendu par-dessus les ridelles de son lit, face contre terre, pliée en deux au-dessus du sol, sa contention la retenant par le ventre* »⁷. Le coroner a retenu que la contention a exercé une forte pression sur la cage thoracique de la victime, entraînant ainsi l'asphyxie⁸.

5 L. Malouin, *supra* note 1, à la page 3.

6 Dans les dossiers médicaux, l'abréviation « PRN » est souvent utilisée pour signifier « au besoin ».

7 L. Malouin, *supra* note 1, à la page 2.

8 *Idem*.

Par une enquête publique, on a tenté de faire la lumière sur les causes et les circonstances de ces deux décès. Dans les deux cas, un recours civil a été intenté pour les dommages causés par l'utilisation fautive ou abusive des contentions⁹. Ce qui est déplorable, c'est qu'en juin 1987, soit 16 ans auparavant, la coroner Anne-Marie David tenait une audience publique pour examiner la possibilité de faire des recommandations relativement au décès de quatre autres personnes, imputables eux aussi à une compression ou rétention d'un appareil de contention¹⁰. Une de ces personnes est décédée « contentionnée » à une chaise avec une contention artisanale. Le moins que l'on puisse constater, c'est que l'histoire se répète. Dans ces circonstances, il est permis de questionner l'utilité de ces enquêtes longues et coûteuses et de se demander si les recommandations qu'elles génèrent pour assurer une meilleure protection de la vie humaine, ne restent pas purement et simplement lettre morte dans le milieu qu'elles visent. Mais cela est un autre sujet. Attardons nous maintenant au nôtre, soit celui de la responsabilité civile.

PARTIE PRÉLIMINAIRE

9 Une autorisation d'intenter un recours collectif a été accordée récemment dans une autre affaire : *L'En-Droit de Laval et al. c. Institut Philippe Pinel de Montréal*, C.S. Montréal, 22 septembre 2003, 500-06-000181-020, M. le juge F. Rolland.

10 A.M. David, « Rapport d'enquête publique sur le décès de Jacques Asselin, Roland Proulx, Jacqueline Pronovost, Gilles-André Routhier », 14 août 1987[non publié, archivé au Bureau du Coroner à Ste-Foy].

Après avoir brièvement défini ce qu'est la contention, nous ferons un survol des dispositions législatives applicables à l'ensemble du réseau des services de santé et des services sociaux de même qu'au réseau privé d'hébergement.

Cette trame de fond étant élaborée, nous verrons en première partie qui sont les auteurs des fautes qui peuvent parfois être commises dans l'utilisation des contentions et quels gestes ou omissions constituent à notre avis de la négligence, de l'exploitation, de l'abus de pouvoir et de l'abus de droit générateurs de responsabilité. Par la suite, en seconde partie, nous verrons comment le droit civil sanctionne ces gestes et tenterons de déterminer si notre droit peut offrir une compensation équitable pour les dommages causés aux victimes des contentions.

A. DÉFINITIONS

La contention mécanique se définit comme étant l'immobilisation d'une personne par des moyens physiques ou mécaniques pour limiter ses mouvements¹¹. La contention chimique est définie comme étant l'administration des médicaments qui serviront à calmer et à contrôler une personne présentant des comportements à risque.

¹¹ Collège des Médecins du Québec, « Recommandations concernant l'utilisation de la contention et de l'isolement », mai 1999, à la page 3.

Notre propos concernera surtout l'analyse des situations et des règles de l'art relatives à la contention mécanique. Les règles du droit de la responsabilité civile étant néanmoins uniformes, le texte pourra facilement être adapté pour répondre à la majorité des questions relatives à la contention chimique.

B. LE CADRE LÉGAL

Pour réaliser l'étendue des droits que l'utilisation abusive des contentions est susceptible de violer, il n'est pas inutile de rappeler que la *Charte canadienne des droits et libertés* prévoit que « *chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne* »¹², à la « *protection contre la détention arbitraire* »¹³ et à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités¹⁴. Cette loi est constitutionnelle et s'applique aux relations entre l'état et ses citoyens. La *Charte des droits et libertés de la personne* prévoit également que tout être humain a droit à la vie, à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne¹⁵, à la sauvegarde de sa

12 L.R.C. (1985), App. II, no 44, art. 7.

13 *Id.*, art. 9.

14 *Id.*, art. 12.

15 L.R.Q., c. C-12, art. 1.

dignité¹⁶, au respect de sa vie privée¹⁷ et à l'égalité¹⁸. Ces principes sont fondamentaux¹⁹ et le législateur n'y tolère que peu d'exceptions²⁰. Cette dernière loi est quasi-constitutionnelle et s'applique aux relations entre les individus entre eux.

En outre, l'article 10 du *Code civil du Québec*²¹ prévoit que « toute personne est inviolable et a droit à son intégrité ». Nul ne peut porter atteinte à la personne, même si elle est atteinte de maladie mentale ou confuse, ni lui administrer des soins sans son consentement libre et éclairé, sauf dans les cas prévus par la loi²². Le droit civil exige que ce consentement soit obtenu avant l'administration de soins et ce, « quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention »²³, sauf dans les cas urgents²⁴ que

16 *Id.*, art. 4.

17 *Id.*, art. 5.

18 *Id.*, art. 10.

19 É. Deleury, et D. Goubau, *Le droit des personnes physiques*, 2e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais Inc., 1997 à la page 92.

20 Voir notamment A. Bernardot et R.P. Kouri, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions Revue de Droit Université de Sherbrooke, 1980, aux pages 129 à 137 ; P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *Éléments de responsabilité civile médicale*, 2e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais Inc., 2001, aux pages 157 et 1581 ; A. Mayrand, *L'inviolabilité de la personne humaine*, Montréal, Wilson et Lafleur, 1975, aux pages 15 et suivantes; *Beausoleil c. La Communauté des Soeurs de la Charité de la Providence*, [1965] B.R. 37; *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361. (C.S.); *Malette c. Shulman*, [1972] O.R. (2d) 417; [1990] O.A.C. 281; *Manoir de la Pointe Bleu (1978) inc. c. Corbeil*, [1992] R.J.Q. 712. (C.S.).

21 Ci-après désigné sous l'abréviation *C.c.Q.*

22 Article 10 *C.c.Q.* Cette exception vise trois situations soit l'urgence, les cas où un consentement substitué peut être obtenu et les cas où une autorisation judiciaire est requise. Voir également É. Deleury, et D. Goubau, *supra* note 19, aux pages 94 et 95.

23 Article 11 *C.c.Q.* Le *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., 1981, c. M-9, r.4, à l'article 2.03.28 énonce le même principe.

24 Article 13 *C.c.Q.*

nous traiterons ci dessous. Il ne fait aucun doute que les contentions mécaniques sont une *intervention* au sens de l'article 11 *C.c.Q.* et que les contentions chimiques sont un *soin* au sens de ce même article. L'utilisation des contentions sous toutes ses formes et sans consentement constitue une atteinte grave à plusieurs droits fondamentaux dont les droits à l'inviolabilité, à l'intégrité et à la liberté de la personne.

Une situation devrait être considérée comme étant « urgente » lorsque la vie est en danger ou l'intégrité menacée²⁵. Il s'agit d'une « *situation qui ne peut être différée* »²⁶ ou encore « *un concours de circonstances qui menacent de façon immédiate la vie d'un être humain ou qui risquent de lui causer des lésions corporelles graves et permanentes, en l'absence de soins professionnels immédiats* »²⁷. Dans de tels cas, les articles 13 et 16 *C.c.Q.* constituent des exceptions législatives au principe d'inviolabilité de la personne et permettent de prodiguer des soins médicaux sans le consentement de la personne ou de la personne autorisée à consentir pour lui, dans la mesure où un tel consentement ne peut être obtenu en temps utile. Cependant, les soins ne doivent pas être inusités ni devenus inutiles ni leurs conséquences être intolérables pour

25 A. Bernardot et R.P. Kouri, *supra*, note 20, aux pages 137 à 140 et P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *supra*, note 20, aux pages 203 à 206.

26 A. Bernardot et R.P. Kouri, *supra*, note 20, à la page 138.

27 Commission de réforme du droit du Canada, *Le traitement médical et le droit criminel*, document de travail 26, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1980, à la page 99 cité dans P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *supra* note 20, à la page 204.

la personne²⁸. Le consentement doit être obtenu dès que possible pour la suite des traitements. L'article 13 *C.c.Q.* est d'exception et doit être appliqué de façon stricte.

Le *Code criminel* prévoit que quiconque d'une manière intentionnelle, emploie la force directement ou indirectement, contre une autre personne sans son consentement commet des voies de faits et est passible d'une peine pouvant aller jusqu'à 5 ans d'emprisonnement²⁹.

La *loi sur les services de santé et les services sociaux*³⁰ encadre l'utilisation des contentions et précise clairement le contexte dans lequel le recours à la force, à l'isolement et aux contentions sera permis :

Art. 118.1 :

La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions.

28 Article 13 *C.c.Q.* et P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *supra* note 20, à la page 204; É. Deleury, et D. Goubau, *supra*, note 19, à la page 110.

29 L.R.C. (1985) c. C-46, art. 265 et 266. Voir par exemple l'affaire R. c. *Trottier*, 155-01-001094-010, rendue le 8 juillet 2002 par l'honorable juge Pierre Lortie dans laquelle le préposé aux bénéficiaires était accusé de voies de faits contre un patient atteint d'un problème de santé mentale suite à une maîtrise physique qu'on alléguait excessive. Le préposé fut acquitté, l'usage de la force dans ce cas n'ayant pas été jugé excessif. L'analyse du droit applicable que fait le juge dans cette affaire est néanmoins intéressante.

30 *Op. Cit.*, note 2.

L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale (...).

Cette dernière loi ne vise que les établissements régis par elle et ne s'applique donc pas aux ressources d'hébergement privées pourtant en très grand nombre au Québec³¹. Nous croyons par ailleurs que même sans cet article, et quel que soit le lieu d'hébergement ou de résidence d'une personne, le seul motif d'utilisation des contentions à son égard est sa protection ou celle d'autrui. Légalement, le seul moyen d'appliquer des contentions est d'obtenir le consentement de la personne ou, si elle est inapte, de la personne autorisée à consentir pour elle³² tel qu'énoncé à l'article 15 *C.c.Q.* La responsabilité des soignants pourra être engagée si ces obligations ne sont pas respectées ou si les règles de prudence et de diligence ne sont pas suivies, tel que nous le verrons ci dessous.

PARTIE 1 : LES FAUTES ET LEURS AUTEURS

Dans cette première partie, nous verrons quelles sont les fautes que peuvent commettre les intervenants qui ont à œuvrer auprès d'une clientèle sujette à être

31 En 2001-2002, les ressources privées non agréées accueillait près de 100 000 personnes âgées, soit plus de personnes que toutes les ressources publiques réunies qui ne pouvaient en accueillir que 47 344.

32 Pour être en mesure de donner un consentement libre et éclairé, la personne doit être capable et apte à le faire. L'aptitude est la règle et est présumée dans notre droit. Articles 4 et 154 *C.c.Q.*. É. Deleury, et D. Goubau, *supra* note 19, aux pages 102 à 104, 332 et 333.

placée sous contentions. Le sujet de la responsabilité civile médicale et hospitalière étant très vaste, il va sans dire que nous ne reprendrons pas l'ensemble des fautes identifiées par la jurisprudence ou par les auteurs de doctrine. Nous ne retenons que celles qui nous apparaissent pertinentes à notre sujet et référons le lecteur à la littérature disponible à cet égard³³.

SECTION 1 : Les responsabilités du médecin

Au mois de mai 1999, le Collège des médecins publiait à l'attention de ses membres une mise à jour des recommandations émises en 1989 concernant les contentions « *en y apportant les changements nécessaires pour répondre à l'évolution des connaissances, des mentalités et des sensibilités aux aspects clinique, social et légal* »³⁴. Reconnaisant que la contention ne prévenait pas mais pouvait plutôt augmenter les risques de chutes et de blessures graves, le Collège des médecins édictait que la décision du médecin d'appliquer la contention devait se fonder sur « *un jugement médical ou compétence et prudence s'articulent pour parvenir en tout temps à une utilisation judicieuse des ces modalités* »³⁵.

33 Voir notamment l'excellent ouvrage de P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *supra* note 20 de même que J.L Baudouin et P. Deslauriers, *La responsabilité civile*, 6^e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais Inc., 2003.

34 Collège des Médecins du Québec, *supra* note 11, à la page 1.

35 *Id.*

En matière de contentions, deux volets de ce que devrait être une bonne pratique médicale retiennent particulièrement notre attention. Ils retiennent également l'attention du Collège des médecins. Ces obligations du médecin, lorsqu'elles ne sont pas exécutées correctement, sont susceptibles d'avoir un impact considérable sur la fréquence d'utilisation des contentions, leur modalité d'application et leur justification, tel que nous le verrons ci-dessous.

C. L'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé

On ne le dira jamais assez, obtenir le consentement « *signifie qu'avant de prendre sa décision, l'usager a reçu l'ensemble des informations nécessaires afin de prendre une décision réfléchie quant à l'isolement ou à la contention physique recommandée* »³⁶. Si le patient est inapte ou incapable de manifester sa volonté, le consentement doit être donné par une personne habilitée par la loi à consentir pour lui.

Le consentement doit porter sur le diagnostic, la nature et l'objectif de l'intervention et du traitement, « *l'indication ou la **justification** de la mesure* »³⁷, « (1) *e type de contention (...) recommandé et son contexte d'application* »³⁸, « (1) *a durée d'utilisation de la mesure*

36 Association des hôpitaux du Québec, *supra* note 3, à la page 46.

37 *Idem* et Collège des Médecins du Québec, *supra* note 11, à la page 4.

38 Association des hôpitaux du Québec, *supra* note 3, à la page 46.

recommandée qui doit être limitée au temps minimal indispensable»³⁹ et « *la fréquence de révision périodique de la décision* »⁴⁰. Dans cette démarche, le médecin doit divulguer les risques et les conséquences de la contention, les choix thérapeutiques et les alternatives et enfin, les conséquences d'une absence de ce traitement⁴¹.

Le *Code de déontologie des médecins* utilise l'impératif « *doit* »⁴² de sorte que le médecin ne peut se soustraire à cette obligation qui s'inscrit d'ailleurs au centre de la relation médecin-patient⁴³. En outre, le médecin a l'obligation légale de respecter le refus catégorique du patient et de saisir le tribunal au besoin, en application des règles du *Code civil du Québec*. En l'absence de consentement, le médecin qui procède tout de même au traitement en assume tous les risques, même si l'obligation de soigner a été scrupuleusement exécutée⁴⁴. Dans son rapport d'enquête sur les causes et les circonstances du décès de Jonathan Dubé, le coroner Michel Ferland relève que le médecin avait avoué avoir pris pour acquis que le consentement aux soins avait été obtenu. Les médecins qui l'avait précédée n'avaient pas non plus obtenu le consentement des parents du patient inapte avant de prescrire les contentions chimiques et mécaniques. Or, sur une période de

39 Collège des Médecins du Québec, *supra* note 11, à la page 4.

40 Association des hôpitaux du Québec, *supra* note 3, à la page 46.

41 *Id.*

42 *Op. cit.*, note 23, à l'article 2.03.28.

43 P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *supra* note 20, à la page 233.

44 A. Bernardot et R.P. Kouri, *supra*, note 20, à la page 79 et P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *supra* note 20, à la page 231 et *Beausoleil c. La Communauté des Soeurs de la Charité de la Providence*, *supra*, note 20.

342 jours, des médicaments au besoin (PRN) lui avaient été administrés à 415 reprises. Un nombre assez impressionnant de violations de la loi et de l'intégrité du patient.

B. L'obligation de soigner et de suivre

Le médecin doit faire une évaluation clinique pour élaborer un plan de traitement et traiter les causes ayant rendu nécessaire la mise en place des contentions⁴⁵. De plus, « *il doit s'assurer que les mesures alternatives ont été envisagées* » et devrait participer à l'élaboration de protocoles ou de guides d'utilisation à cet égard⁴⁶.

Dans le cadre de l'exécution de son obligation légale de suivre son patient, le médecin doit évaluer l'efficacité du traitement qu'il a prescrit et le modifier en cas d'échec⁴⁷. Étant donné que c'est le médecin qui fait l'ordonnance, c'est lui qui doit en établir l'indication et la justification. Le Collège des médecins est très clair à cet égard. Les prescriptions qui sont renouvelées régulièrement en l'absence d'évolution ou de changement sont un indice que cette obligation n'est pas respectée. Cette absence d'évolution ou de changement peuvent être une indication éloquent de l'échec de la mesure ou du moins, de son inefficacité. Cela devrait amener le médecin à revoir

45 Collège des Médecins du Québec, *supra* note 11, aux pages 2 et 4.

46 *Id.*, à la page 2.

47 P. Lesage-Jarjoura, et S. Philips-Nootens, *supra* note 20, à la page 291.

l'ensemble des soins et surtout, le plan d'intervention qui doit être élaboré pour chaque patient⁴⁸.

Suivre l'évolution clinique d'un patient qui fait l'objet de contentions signifie, entre autre, prendre en considération les symptômes⁴⁹ qu'il présente. L'aggravation des comportements qui ont initialement justifié l'application des contentions, le repli sur soi, la montée de l'agressivité, la diminution de l'autonomie, la perte des acquis et de la mobilité sont des indicateurs qui doivent être pris en considération. L'apparition de ces symptômes indique que le patient ne bénéficie pas de la mesure, bien au contraire, puisqu'il manifeste les effets néfastes bien documentés par l'Association des hôpitaux du Québec que nous verrons plus loin. Le suivi est donc le seul moyen pour identifier si la mesure donne des résultats positifs ou, au contraire, si elle nuit au patient. Si cette démarche avait été respectée dans le cas de Jonathan Dubé de même que dans celui de madame Brunard, nous croyons fermement que le dénouement de leur vie aurait probablement été différent.

En outre, l'ordonnance médicale « *doit indiquer le type de contention (et) la durée maximale d'application de la mesure prescrite* ». Enfin, l'ordonnance médicale « *doit indiquer les indications d'arrêt et de reprise et la surveillance* »⁵⁰. Ceci exclut la prescription « PRN »⁵¹

48 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 2, article 102.

49 P. Lesage-Jarjoura, et S. Philips-Nootens, *supra* note 20, à la page 303.

50 Collège des Médecins du Québec, *supra* note 11, à la page 4.

51 Signifie « au besoin ».

qu'on voit fréquemment dans les dossiers médicaux. Dans son rapport d'enquête sur les causes et les circonstances du décès de Jonathan Dubé, le coroner Michel Ferland relève que le terme PRN utilisé pour prescrire les contentions chimiques et mécaniques « est revenu à répétition qu'il est presque devenu une sorte de leitmotiv ». La mesure était prescrite à titre préventif, ce qui est contraire aux lignes directrices du Collège des médecins et à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. De plus, dans cette affaire, la mesure posait un dilemme au personnel qui ne l'appliquait pas de manière uniforme, le patient étant parfois libre, parfois attaché, selon la tolérance du personnel⁵². Ceci est une parfaite illustration d'une prescription médicale incomplète et imprécise qui ne peut être exécutée correctement. C'est également un exemple d'un suivi déficient puisque les médecins ne se sont pas assurés de l'efficacité de la mesure prescrite.

Le médecin a une obligation de moyens et de diligence⁵³ qu'il exécutera par des soins consciencieux et attentifs conformes aux données de la science⁵⁴. Pour s'acquitter de son obligation de suivre⁵⁵, le médecin doit s'assurer personnellement de l'évolution de son

52 M. Ferland, *supra* note 4, aux pages III et 26.

53 P. Lesage-Jarjoura, et S. Philips-Nootens, *supra* note 20, à la page 244; A. Bernardot et R.P. Kouri, *supra* note 20, à la page 26 ; A. Mayrand, *L'inviolabilité de la personne humaine*, Montréal, Wilson et Lafleur, 1975, à la page 21.

54 P. Lesage-Jarjoura, et S. Philips-Nootens, *supra* note 20, à la page 246 et *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 23, à l'article 2.03.15.

55 P. Lesage-Jarjoura, et S. Philips-Nootens, *supra* note 20, aux pages 291 et suivantes. L'article 5 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* fait référence à l'importance du suivi médical personnalisé.

patient⁵⁶, exercer le contrôle nécessaire pour mener sa tâche à bien et contrôler l'efficacité du traitement⁵⁷. Il a le devoir de ne pas abandonner son patient⁵⁸, d'évaluer le traitement et ses effets secondaires et de le modifier suivant l'évolution du patient : « *Au moment des réévaluations périodiques, le médecin devra réviser l'indication des mesures et en **justifier** le maintien* »⁵⁹.

Notre cour d'appel a déjà condamné un médecin pour s'être laissé imposer par l'hôpital une cédule de travail chargée, lourde et possiblement pénible⁶⁰. Le médecin ne peut donc, parce qu'il manque de temps, s'en remettre à l'équipe multidisciplinaire ou au personnel de l'unité pour prendre ses responsabilités ou les décisions que lui seul est habilité à prendre suivant la loi et son ordre professionnel.

SECTION 2 : Les responsabilités de l'établissement

A. Le réseau public

56 *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 23, à l'article 2.03.10. P. Lesage-Jarjoura, et S. Philips-Nootens, *supra* note 20, à la page 294.

57 P. Lesage-Jarjoura, et S. Philips-Nootens, *supra* note 20, à la page 302.

58 *Id.*, aux page 291 et 292

59 Collège des Médecins du Québec, *supra* note 11, à la page 5.

60 *Houde c. Côté* [1987] R.J.Q. 723 (C.A.).

L'établissement doit fournir, à l'intérieur de ses installations, les services requis, incluant les soins infirmiers et les autres services spécialisés. S'il existe des personnes, des centres ou des organismes plus aptes à venir en aide au patient, l'établissement doit le diriger vers cette autre ressource.

La loi québécoise impose aux établissements de santé l'obligation de fournir des soins et des services adéquats, de qualité et sécuritaires⁶¹. Cette obligation comporte nécessairement l'acquisition d'équipement et de matériel pour la prestation des services, incluant le matériel de contention. Le matériel incomplet, désuet, dont les composantes sont incompatibles pourrait permettre de conclure une inexécution des obligations de l'établissement⁶². Si les tribunaux imputent la responsabilité civile à un établissement de santé pour insuffisance de personnel⁶³, l'insuffisance de matériel que ce soit en raison de ressources financières limitées ou en raison des décisions inadéquates de la part des

61 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, supra note 2, à l'article 5; *Favre c. Hôpital Notre-Dame* [1984] C.A. 548.

62 F. Thôt, « La responsabilité civile hospitalière par la faute médicale : quand l'établissement hospitalier répond-il de la faute médicale? » Barreau du Québec, Cowansville, éditions Yvon Blais inc., 1991. Dans son rapport d'enquête sur les causes et les circonstances du décès de Jonathan Dubé, le coroner Michel Ferland relève que 3 ans avant le décès, l'établissement avait procédé à l'évaluation de tout son matériel et l'inventaire avait fait état de la « *désuétude de certaines pièces, de certaines lacunes, (...) et finalement de la détérioration due au lavage* ». Cette situation n'a pas vraiment changé dans les trois années qui ont suivies. M. Ferland, supra note 4, aux pages 25 et 26.

63 *Hôpital général de la région de l'amiante c. Perron* [1979] C.A. 567. Voir également F. Tôth, « Contrat hospitalier moderne et ressources limitées : conséquences sur la responsabilité civile » (1990) 20 R.D.U.S. 313, aux pages 344 à 351.

gestionnaires entraînera à notre avis la responsabilité de l'établissement, s'il en résulte un préjudice⁶⁴ :

*« La sécurité du malade requiert que le centre hospitalier soit pourvu de matériel adéquat. Les autorités devraient donc s'assurer du fonctionnement normal des instruments et des appareils, ainsi que de leur entretien régulier. Seule une surveillance sérieuse leur permettra d'éviter d'éventuels problèmes. [...] il importe que les appareils soient bien installés. »*⁶⁵

Dans l'affaire *Landry c. Hôpital St-François d'Assise*⁶⁶, le patient qui poursuivait l'hôpital lui reprochait de ne pas s'être pourvu d'un purificateur d'eau. Cette omission avait eu pour conséquence de lui causer une intoxication lors de traitements d'hémodialyse. En défense, l'hôpital alléguait les allocations budgétaires insuffisantes et le fait que le médecin n'avait pas exercé de pressions suffisantes pour obtenir l'équipement demandé. Le tribunal concluait que les représentants de l'hôpital « *ne pouvaient ignorer que l'urgence d'acquérir un déionisateur leur était de nouveau clairement exprimé* » et que leur défaut d'acquiescer cet équipement avait contribué directement aux dommages causés au demandeur.

64 H. Guay, « Quelle responsabilité pour les établissements de santé à l'égard de leurs équipements et leur matériel de soins? » Formation permanente du Barreau du Québec, 22-11-2002, (non publié).

65 A. Bernardot et R.P. Kouri, *supra*, note 20, à la page 982.

66 C.S. Québec, 200-05-001935-852, 14 décembre 1985, M. le juge H. Larue.

L'établissement a une obligation de résultat quant au matériel utilisé⁶⁷. Il doit donc utiliser des appareils de contention adéquats, non vétustes et en bon état de fonctionnement.

L'établissement a le devoir d'offrir des services de qualité avec continuité et ces services doivent être justifiés par l'état du bénéficiaire. Les contentions ne peuvent donc être utilisées pour pallier à un manque de personnel ni à un manque de surveillance. Elles nécessitent également l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé et un suivi suffisant⁶⁸. Enfin, l'application de contentions dans les contextes suivants serait fautive:

- Pour servir de punition ou de moyen de réadaptation. Ceci relèvera toujours *de la faute morale, éthique et professionnelle*⁶⁹.
- Pour contrôler un patient qui a des comportements inappropriés, parle fort ou qui dérange ses pairs.
- Pour pallier au personnel inexpérimenté qui n'est pas en mesure d'offrir l'encadrement requis par les patients⁷⁰.
- Pour éviter une montée d'agressivité à un patient qui est calme.

67 J.L Baudouin., P.Deslauriers, *supra* note 33, à la page 1044.

68 Association des hôpitaux du Québec, *supra* note 3, à la page 30.

69 *Id.*, à la page 9.

70 Le Tribunal des droits de la personne a indiqué, dans une décision rendue en 1995, que dans les cas où les soins sont dispensés par du personnel sans aucune formation ni qualification, il y a atteinte à la protection et à la sécurité de la personne au sens de l'article 48 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, *Commission des droits de la personne et Coutu*, [1995] R.J.Q. 1628 (T.D.P.Q.).

Comme les médecins, l'établissement a une obligation de moyens et doit faire tout ce qui est raisonnablement en son pouvoir pour tenter d'atteindre le résultat souhaité. Concrètement, cela signifie que l'établissement doit :

- Mettre en place des protocoles⁷¹;
- Assurer la sécurité sur le plan physique et à l'égard de l'équipement;
- Assurer la surveillance et adapter le degré de surveillance selon la condition du patient;
- Exécuter les ordonnances médicales.

L'établissement répond des fautes commises par ses employés, suivant l'article 1463 *C.c.Q.* mais pas de celles du médecin. Généralement, sera considéré comme étant un employé, celui qui agit dans l'exécution des fonctions de son emploi sous le contrôle d'un supérieur hiérarchique. Notons que cette définition est simplifiée à l'excès et nous invitons le lecteur à consulter d'autres auteurs, pour en savoir plus long sur ce sujet complexe⁷².

À l'intérieur d'un établissement de soins, les préposés aux bénéficiaires ne peuvent décider d'appliquer les mesures de contention ni évaluer le patient car le jugement clinique relève des professionnels. Par ailleurs, ils doivent agir de façon prudente et diligente,

⁷¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 2, article 118.1.

⁷² J.L Baudouin., P.Deslauriers, *supra* note 33, aux pages 539 et suivantes.

connaître l'équipement et avoir reçu la formation pour l'utiliser. Ils doivent enfin surveiller le patient sous contention au rythme et suivant les modalités prévues aux protocoles de soins.

Depuis le 1^{er} juin 2003, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les infirmiers peuvent décider d'utiliser les mesures de contentions sans qu'il ne soit nécessaire d'obtenir au préalable une ordonnance médicale⁷³. Cette disposition étant nouvelle, les protocoles de soins à l'intérieur des établissements et les codes de déontologie des professionnels concernés n'ont pas, pour la plupart, encore été modifiés afin d'encadrer ces nouvelles responsabilités. Les professionnels se doivent donc d'être particulièrement prudents avant d'accepter de les assumer. Nous croyons que ces actes que peuvent dorénavant poser les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les infirmiers leur imposeront des devoirs spécifiques additionnels analogues à celles du médecin. Ainsi, avant d'appliquer les mesures, ils devront évaluer la personne. En outre, ils devront respecter la prescription médicale, si une telle prescription est émise, et bien entendu se conformer aux plans de soins et aux protocoles. Ils devront aussi agir de façon prudente et diligente, connaître l'équipement et avoir reçu la formation pour l'utiliser et finalement, surveiller la personne sous contention.

⁷³ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33.

Enfin, les modifications récentes à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*⁷⁴ prévoient qu'un usager a le droit d'être informé de tout accident survenu au cours de la prestation des services et susceptible d'entraîner des conséquences sur son état de santé ou son bien-être. En corollaire, une personne exerçant des fonctions dans un établissement a donc l'obligation de lui déclarer tout incident ou accident qu'elle a constaté. Étant donné que la loi prévoit déjà que les « *droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant* »⁷⁵, il est à prévoir, ou du moins à espérer, que les accidents liés à l'utilisation des contentions seront dorénavant divulgués au patient lui-même ou à ses proches en cas d'inaptitude.

D. Le secteur privé

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ne s'applique pas aux ressources d'hébergement du secteur privé qui exercent sans permis et qui ne sont ni accréditées par un établissement public ni rattaché à lui. La source de leur responsabilité émanera donc essentiellement de leurs obligations contractuelles ou des règles usuelles de la responsabilité civile. Ces règles sont énoncées aux articles 1457 et suivants du *Code civil du Québec* qui

⁷⁴ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, L.Q. c. 71, sanctionnée le 19 décembre 2002.

⁷⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 2, article 12.

imposent une norme de conduite de prudence et de diligence. Pour cerner l'étendue de cette norme, nous pouvons néanmoins nous inspirer des règles énoncées ci-dessus.

Dans l'affaire *Bélanger c. Villa St-Honoré*, les enfants d'une personne décédée dans un Centre d'hébergement pour personnes âgées autonomes poursuivaient l'exploitant de ce centre pour avoir omis de ranger en sécurité un produit dangereux et ce, contrairement aux règles de prudence et à la réglementation en la matière. Leur père avait eu accès à un contenant vide qui avait contenu un produit hautement corrosif et réactif. Il avait vidé de l'eau de javel dans ce contenant, ce qui avait engendré une réaction chimique et des vapeurs toxiques qui lui ont causé des problèmes majeurs de respiration. Les complications ont éventuellement entraîné son décès. En défense, on plaidait que la victime était apte, autonome et responsable de ses actes et devait être tenue seule responsable de sa négligence dans la manipulation d'un produit toxique. Pour répondre à cet argument, on a tenté de faire valoir que la victime était parfois confuse et ne savait pas lire. Le tribunal ne s'est pas prononcé sur cette question mais retient que l'âge est suffisant en soit pour imposer à l'exploitant une plus grande responsabilité quant à la sécurité qu'il doit mettre en place à l'intérieur du centre d'hébergement qu'il exploite :

« Que les aptitudes de M Bélanger soient celles décrites par ses filles ou celles décrites par Mme Dubé, il découle de ceci que, à l'âge de 82 ans, M. Bélanger avait certaines difficultés qui peuvent être compréhensibles chez une personne de son âge. C'est la raison pour

laquelle les administrateurs de résidences pour personnes âgées doivent assumer une plus grande responsabilité quant à l'exploitation sécuritaire de leur entreprise. Sans être des centres hospitaliers, de tels centres d'hébergement doivent être considérés comme des institutions où leurs résidents ou pensionnaires, sans être des enfants, méritent l'attention et la sécurité requises compte tenu de gestes qui seraient peut-être inexcusables en d'autres lieux par des personnes majeures, autonomes et plus jeunes. »⁷⁶

Cette affaire récente suggère donc que bien que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ne s'applique pas aux établissements privés, ceci n'a pas pour effet d'alléger leurs obligations, bien au contraire. Il ne fait aucun doute pour nous que ces établissements doivent aussi utiliser du matériel sécuritaires et adéquat et appliquer les contentions dans le respect des dispositions du *Code civil du Québec*, et de la *Charte des droits et libertés de la personne*.

En cas de faute, la réparation qui pourra être sollicitée sera la compensation des dommages causés par cette faute, incluant l'atteinte aux droits fondamentaux inscrits dans la *Charte des droits et libertés de la personne* et des autres lois mentionnées ci dessus, tel que nous le verrons dans la seconde partie.

⁷⁶ *Bélanger c. Villa St-Honoré*[2001] R.R.A. 789 (C.S.), au paragraphe 21.

PARTIE 2 : LES VICTIMES ET LEURS DOMMAGES

Rappelons que le droit civil n'établit aucun lien entre la gravité de la faute et l'intensité de la compensation. Une faute grossière qui ne cause aucun préjudice n'engendrera pas la responsabilité de son auteur qui ne sera pas tenu de verser de compensation à qui que ce soit. À l'inverse, une faute légère peut causer des préjudices importants, engendrer la responsabilité de son auteur et le droit à la réparation de la victime.

Dans tous les cas où il y a préjudice, il doit être réparé intégralement, s'il est admissible⁷⁷. Sera admissible, le préjudice qui a un caractère direct⁷⁸, c'est à dire s'il est une conséquence directe de la faute⁷⁹. Le dommage doit également être certain⁸⁰, c'est à dire que s'il ne s'est pas déjà produit, il se produira en toute probabilité⁸¹.

Au nombre des personnes qui peuvent subir un dommage par la suite de l'utilisation abusive ou fautive des contentions, se retrouve en premier lieu, la victime elle-même, bien entendu, c'est à dire le patient qui a fait l'objet des contentions. L'indemnité

77 J.L Baudouin., P.Deslauriers, *supra* note 33, à la page 230.

78 Article 1607 *C.c.Q.*

79 J.L Baudouin., P.Deslauriers, *supra* note 33, à la page 241.

80 Article 1611 *C.c.Q.*

81 J.L Baudouin., P.Deslauriers, *supra* note 33, à la page 257.

qu'il pourra réclamer variera en fonction du préjudice qu'il a subi, de sa nature et de sa durée. Nous en traiterons à la sous-section 1 ci-dessous. Si le patient décède, la même réclamation pourra être effectuée par sa succession.

Les autres personnes qui peuvent subir un dommage sont principalement les proches du patient en cas de décès. Nous en traiterons à la sous-section 2 ci-dessous.

SECTION 1 : Le patient

A. Les souffrances physiques et morales

Les milieux de la santé et de l'hébergement justifient l'utilisation des contentions par l'obligation de l'établissement d'assurer la sécurité du patient en prévenant les risques de chutes et de désorganisation, ou en contrôlant les comportements d'errance, d'agitation, d'agressivité ou encore en favorisant le positionnement et le confort de l'usager. Or, non seulement les effets positifs de l'adoption de telles mesures n'ont pas été démontrés mais, au contraire, les effets néfastes ressortent des études. Pour les personnes âgées, les effets sont désastreux. En effet, sur le plan physique, l'utilisation de la contention contribue à la perte de jeu articulaire, de force osseuse et musculaire, diminuant ainsi la capacité à se mobiliser et entraînant un épuisement et de la léthargie. En outre, l'immobilité entraîne la constipation, l'incontinence, les plaies, et les

contractures. Sur le plan psychologique, l'utilisation des contentions engendre « *la colère, la peur, l'hostilité, la perte de dignité et le repli sur soi* »⁸². Enfin, sur les plans social et familial, on constate que le recours à la contention peut affecter les relations familiales par l'image négative projetée, le sentiment de gêne, d'impuissance et de culpabilité⁸³.

Tous les effets négatifs constatés constituent sans aucun doute des dommages subis par la personne et qui sont, en conséquence, indemnifiables. Ils comportent trois volets. D'abord, le préjudice corporel, qui concerne toutes les atteintes au corps humain et les incapacités qui en résultent ou qui peuvent en résulter. Lorsque la victime ne subit pas de perte de capacité de gagner un revenu, ce qui sera généralement le cas pour les victimes des contentions, la perte d'intégrité physique pourra être compensée sous ce vocable, reconnu par la jurisprudence⁸⁴. Pourra également être indemnifiable, les effets moraux de ce préjudice corporel ou de la faute, soit les douleurs, les inconvénients et la perte de jouissance de la vie. Et enfin, dans certains cas, il eut y avoir compensation pour le préjudice psychologique⁸⁵.

82 Association des hôpitaux du Québec, *supra* note 3, à la page 31. Dans le cadre de l'enquête sur les cause et les circonstance du décès de madame Marie-Louise Brunard, le coroner décrit la détérioration de la condition de madame Brunard rapidement après son retour au centre où elle est décédée. Comme dans le cas de Jonathan Dubé, on constate des similitudes entre la détérioration générale de la condition de cette patiente et les effets néfastes rapportés dans la littérature. L. Malouin, *supra* note 1, à la page 12 et M. Ferland, *supra* note 4, à la page 8.

83 Association des hôpitaux du Québec, *supra* note 3, aux pages 29 à 31.

84 D. Gardner, *L'évaluation du préjudice corporel*, 2^e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais Inc., 2002, 671 pages, à la page 265.

85 J.L. Baudouin., P.Deslauriers, *supra* note 33, à la page 362.

Le défi est de mettre un qualificatif à ces dommages et ensuite, une valeur. La jurisprudence, bien confuse dès qu'on aborde le terme *quantum*, a le mérite de foisonner d'exemples de toute nature qui compense tantôt la *perte d'intégrité physique*, tantôt les dommages *moraux*, aussi les dommages *non pécuniaires*, parfois les *douleurs et inconvénients* pour ensuite les appeler *ennuis, préjudice, humiliation*. Quel que soit le nom que portera le chef de dommage, l'important est de viser une compensation intégrale de l'ensemble des préjudices, tel que l'enseigne notamment la Cour suprême du Canada.

Mais, combien valent la perte d'autonomie, la perte de liberté, la perte de dignité, la perte d'estime de soi? Que pourrait réclamer une personne âgée de 80 ans qui ne peut plus sortir dehors seule en raison de la perte osseuse et articulaire qui fait en sorte qu'elle a tendance à tomber alors qu'il y a quelques mois, avant qu'on utilise les contentions, elle se rendait tous les jours à l'ombre du pommier de la résidence pour y lire, écrire à ses enfants ou y faire du tricot⁸⁶? Combien vaut l'humiliation causée par le port d'une culotte d'incontinence parce que sous contention, la personne ne peut plus aller librement à la toilette? Combien une personne lourdement handicapée peut-elle réclamer pour des agressions par un autre patient alors que confinée et ficelée à un fauteuil gériatrique elle ne peut ni se défendre, ni s'esquiver⁸⁷?

86 La diminution de la mobilité de la victime est un des facteurs reconnus par les tribunaux. Les auteurs Beaubouin et Deslauriers font remarquer, à juste titre, que cet aspect devrait avoir une importance accrue lorsque les victimes sont des personnes âgées puisque les conséquences d'une perte d'autonomie à un certain âge peuvent être catastrophiques. J.L Baudouin., P.Deslauriers, *supra* note 33, page 357, à la note 542.

87 M. Ferland, *supra* note 4, à la page 7 et *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Pépin*, 20-2000-00229, [2001] D.D.O.P. 75.

Dans l'affaire *Gauthier c. Beaumont*⁸⁸ relative à la violence policière, la victime avait été battue, torturée, menacée pendant toute une nuit. Le préjudice physique qui en a découlé a duré quelques jours et le préjudice psychologique s'est prolongé sur une période de six ans. Sans être aussi graves, la littérature reconnaît que les fautes à l'origine de l'utilisation abusive des contentions peuvent entraîner plusieurs préjudices physiques de durée variable de même qu'un préjudice psychologique. La Cour suprême a jugé raisonnable et équitable d'attribuer à monsieur Gauthier la somme de 200 000.00\$ pour *la perte sévère d'agrément et de qualité de vie, les séquelles du stress post traumatique, l'humiliation subie, la perte de dignité, l'atteinte sévère à l'intégrité physique et psychologique, la souffrance physique et psychologique* subis au cours d'une seule nuit. Bien entendu, la Cour suprême a évalué le préjudice sans égard à la gravité de la faute, comme il se doit. Nous croyons que cette décision peut servir d'inspiration pour l'évaluation des préjudices causés par l'utilisation des contentions, en effectuant, il va sans dire, les nuances qui s'imposent au niveau des faits.

A. L'atteinte à certains droits fondamentaux

Outre la compensation pour les souffrances et la perte de jouissance de la vie mentionnée ci-haut, le droit québécois compense d'autres formes de préjudice non

88 [1998] 2 R.C.S. 3.

économique tels l'atteinte à certains droits fondamentaux. Dans cette sous-section, nous limiterons notre analyse non pas aux droits qui nous apparaissent les plus importants, car ils le sont tous, mais aux droits qui sont le plus susceptibles d'être violés et qui engendrent, à notre avis, le plus grand préjudice, lorsque les contentions sont utilisées illégalement. Il s'agit du droit à la liberté, à la dignité et à l'intégrité de même que du droit à la protection contre toute forme de discrimination.

Auparavant, quelques mots pour attirer l'attention sur la lourdeur de la vie quotidienne pour les personnes institutionnalisées, vie qui est en elle-même génératrice de violations de droits, avec ou sans isolements et contentions. Dans le système actuellement mis en place dans nos établissements, le droit à la liberté et à l'intimité sont des notions complètement hors de la réalité. À ce point étrangères du quotidien qu'on oublie même d'y penser, encore moins de les revendiquer.

Comment prétendre avoir droit à l'intimité dans un milieu psychiatrique où le plus souvent, les portes ne se ferment pas à clef, sécurité oblige, sont munies d'une fenêtre sans rideau pour permettre la surveillance, et où la solitude n'existe pas? Qui peut aspirer à la liberté alors que les siestes sont obligatoires, les heures de coucher et de lever sont non pas dictées par les besoins des bénéficiaires, mais par l'emploi du temps trop chargé du personnel? Que dire des horaires obligatoires pour les douches, les repas, les promenades, les collations, la télévision et les loisirs, lorsqu'il y en a, souvent exécutés en communauté? La Protectrice des usagers en matière de santé et de services sociaux, madame Lise Denis,

rapportait récemment dans les médias une histoire éloquente. Une résidence pour personnes âgées a fait l'objet d'un signalement parce que le personnel commençait à réveiller et à habiller les bénéficiaires à compter de quatre heures du matin. Le motif de ce réveil forcé : l'organisation des services. L'habillement relevait des préposés du quart de nuit et ces derniers devaient avoir terminé de le faire avant leur départ, entre 7 heures et 7 heures 30 le matin. Pour y parvenir, ils devaient donc débiter cette tâche par les personnes inaptes d'abord et les moins mobiles ensuite, à quatre heures. Ainsi, à compter de 4h30, les bénéficiaires étaient amenés dans la salle communautaire pour attendre le petit déjeuner qui n'arrivait que vers 8h00 ou 8h30.

Pour reprendre l'élégance des termes utilisés par les auteurs Jean-Louis Baudouin et Patrice Deslauriers, les entorses non légalisées à la liberté de mouvements ont été sanctionnées à maintes reprises par les tribunaux⁸⁹. Or, les contentions appliquées sans consentement pour des motifs autres que pour empêcher le patient *de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions*⁹⁰ sont une réalité qui constitue sans aucun doute une *entorse non légalisée à la liberté de mouvement*. Quand, en plus, l'utilisation d'une telle mesure n'est pas minimale et que les protocoles sont désuets, ignorés ou méconnus, cette entorse est causée non pas par les fautes isolées de quelques préposés mais avec, sinon une complicité, du moins avec une complaisance de la part des cadres de l'établissement qui donne ouverture à des dommages exemplaires.

89 J.L Baudouin., P.Deslauriers, *supra* note 33, à la page 399.

90 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *supra* note 2, article 118.1.

Dans un tel contexte, les affaires rapportées au niveau des détentions et arrestations abusives ou illégales nous apparaissent donc être des avenues particulièrement pertinentes. Elles peuvent permettre de qualifier le préjudice subi par une victime de contentions abusives et donner des bases pour chiffrer ses dommages. Une personne menottée, incarcérée illégalement ne vit-elle pas la même humiliation ou atteinte à sa liberté que celle qui est isolée ou placée sous contention de façon quasi permanente? N'y a-t-il pas une similitude évidente entre les dommages subis par une personne victime d'une arrestation « musclée » effectuée par des policiers et ceux subis par un patient en crise que plusieurs intervenants non formés, tentent maladroitement et physiquement de maîtriser⁹¹? Alors qu'il est connu que des formations sont disponibles et permettent de contrôler un patient sans violence de part et d'autre, comment devrait-on sanctionner l'omission d'un établissement de s'assurer que son personnel a reçu cette formation et ce, pour des raisons budgétaires⁹²? Cet établissement ne s'expose-t-il pas, encore une fois, à des dommages exemplaires⁹³?

Dans une affaire rendue en 1993, la cour du Québec a accordé 65 000.00\$ à une personne relâchée quelques heures après son arrestation et son interrogatoire, à titre de

91 M. Ferland, *supra* note 4, à la page 32.

92 *Elridge c. Colombie-Britannique*(P.G.) [1997] R.C.S. 624.

93 Ces dommages peuvent être octroyés en cas d'atteinte illicite et intentionnelle à un droit fondamental. Voir *Augustus c. Gosset*, [1996] 3 R.C.S. 268; *Commission des droits de la personne et Coutu*, *supra* note 70 et *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, [1996] 3 R.C.S. 211.

dommages exemplaires de même que pour l'humiliation subie⁹⁴. Dans une autre affaire, le demandeur a résisté à son arrestation, et a subi quelques blessures alors que des menottes lui furent mises au poignet. Par la suite, il fut détenu pendant 35 minutes. Condamné pour voies de faits pour avoir touché au policier avec son doigt et craché à la figure de l'autre, le tribunal civil a néanmoins retenu la responsabilité des agents de la ville et accordé 7 500\$ à titre de préjudice non pécuniaire et 2 500\$ à titre de dommages exemplaires⁹⁵. Une autre personne s'est vue accorder 10 000\$ pour perte non pécuniaire et 20 000\$ pour humiliation et souffrances alors qu'elle a été incarcérée et détenue pendant quelques heures⁹⁶.

Enfin, l'atteinte à la dignité et à l'intégrité des personnes victimes de contentions appliquées abusivement ou illégalement est évidente. Dans l'affaire *Commission des droits de la personne c. Coutu*⁹⁷, le Tribunal des droits de la personne a condamné les défendeurs à payer aux victimes une indemnité de 300\$ pour chaque mois de séjour à l'établissement, à titre de dommage non pécuniaire pour atteinte à leur dignité.

94 *Ammann c. Ville de Sept-Îles*, J.E. 93-46 (C.Q.) cité dans O. Frenette, *L'évaluation du préjudice en cas de blessures corporelles, de décès, et de certaines atteintes aux droits fondamentaux de la personne*, Montréal, Wilson & Lafleur ltée, 2003, à la page 167.

95 *Lépine c. Ville de Shawinigan*, J.E. 98-650 (C.S.) cité dans O. Frenette, *id.*, aux pages 168 et 169.

96 *Michaelson c. Régie Inter Municipale de Police des Seigneuries*, J.E. 2002-2191 (C.S.) cité dans O. Frenette, *id.*, aux pages 171 et 172.

97 *Supra* note 70.

À la lumière de ces décisions, combien devrait-on accorder à un patient comme Jonathan Dubé pour la perte de sa liberté et l'atteinte à son intégrité alors qu'il a été maîtrisé plusieurs fois, isolé un nombre incalculable d'heures, placé sous contention quasi permanente parfois avec une ordonnance médicale, parfois sans ordonnance et ce, pendant 3 ans? Et qu'en est-il de madame Brunard, emmaillotée dans un gilet de contention utilisé pour elle en permanence dans les trois derniers mois de sa vie? Nous espérons qu'un jour les tribunaux auront l'occasion de répondre à cette question qui, pour l'instant doit être laissée aux plaideurs.

En ce qui a trait à la compensation pour atteinte au droit à la protection contre toute forme de discrimination, elle sanctionne le fait que toute personne a droit en pleine égalité à l'exercice de ses droits. Rappelons que la discrimination fondée sur l'âge et le handicap tant réel que perçu est interdite. Il y a discrimination lorsqu'une distinction ou une exclusion a pour effet de détruire ou de compromettre le droit à l'égalité⁹⁸. Dans l'affaire *Elridge c. Colombie-Britannique (P.G.)*⁹⁹, la Cour suprême avait à déterminer si le gouvernement provincial qui ne finançait pas les services d'un interprète gestuel pour les personnes sourdes, lorsqu'elles reçoivent des services de santé, violait l'article 15(1) de la *Charte canadienne des droits et libertés*. La Cour a conclu que l'omission de fournir le service

98 J.L. Baudouin., P.Deslauriers, *supra* note 33, à la page 191.

99 *Supra* note 92.

portait atteinte au droit des demandeurs à l'égalité garanti par la Charte¹⁰⁰. Elle ajoute ce qui suit :

*« Bien que la prestation et l'administration des avantages découlant de ces services se fassent par l'entremise d'établissements privés – les hôpitaux- c'est au gouvernement et non aux hôpitaux qu'il incombe de définir la teneur des services à fournir et de décider qui a droit de les recevoir. »*¹⁰¹

[...]

*Bien que les hôpitaux soient autonomes dans leur fonctionnement quotidien, ils sont les mandataires du gouvernement pour la fourniture des services médicaux spécifiés dans la Loi »*¹⁰².

Ce n'est plus un secret pour personne que le réseau de la santé est particulièrement sous financé et que la clientèle constituée par les personnes atteintes de maladie mentale et les personnes âgées ne reçoit pas toujours les services requis par sa condition. Le scandale relativement au centre d'hébergement St-Charles Borromée de même que celui relatif à l'hébergement de personnes inaptes dans une ressource rattachée à l'hôpital Douglas,

100 *Id.*, aux pages 654 à 666 et 682.

101 *Id.*, à la page 664.

102 *Id.*, à la page 665.

survenus en novembre 2003 en témoignent. Le droit à l'égalité de ces deux groupes de personnes nous semble manifestement compromis dans le réseau des services de santé et des services sociaux actuels.

SECTION 2 : La succession et les victimes par ricochet

On l'a dit, toute victime qui a subi un préjudice qui a été causé par une faute a droit de réclamer la réparation de ce dommage. Le droit à l'indemnisation du préjudice subi par une victime par ricochet est basé, comme la victime immédiate, sur l'article 1457 *C.c.Q.*¹⁰³. Cette victime a également droit à la réparation intégrale de son préjudice et ce, que la victime décède ou survive. Pourront ainsi être compensés les pertes pécuniaires ou non pécuniaires: les pertes de revenus et de soutien financier, le coût des soins, la perte de *consortium* et de *servitium*, les débours tels les frais de déplacement et de gardiennage, etc. Nous limiterons nos propos aux postes les plus susceptibles de se présenter, en cas de réclamation de dommages causés par les contentions, soit les souffrances de la victime avant son décès et les souffrances des proches en cas de décès.

A. Les souffrances de la victime avant son décès

103 D. Gardner, *supra* note 84, à la page 361.

Les héritiers peuvent réclamer pour les souffrances physiques et morales endurées par la victime et pour toute la durée des souffrances, comme si elle avait survécu. En effet, l'héritier exerce tous les droits du défunt, s'ils sont tombés dans le patrimoine de ce dernier¹⁰⁴.

Il en va de même pour les souffrances qui ont immédiatement précédé le décès. Elles seront susceptibles d'indemnisation dans la mesure où il sera possible de prouver que la victime en a été consciente¹⁰⁵. Sont ainsi exclues les réclamations pour les souffrances précédant un décès instantané, survenu pendant le sommeil ou suite à un coma. La mort par strangulation causée par des courroies de contention n'est probablement pas instantanée. Dans un tel cas, elle a nécessairement causé des souffrances. Il pourrait cependant paraître difficile pour le profane, que ce soit le plaideur ou le juge, de confirmer la présence d'une telle souffrance, ni d'en établir la durée sans preuve à cet égard. Or, les indemnités accordées par les tribunaux québécois varient en fonction de la durée pendant laquelle les souffrances se sont prolongées. Cependant, les sommes généralement accordées ne justifient pas de recourir à la preuve par expert pour établir cette question. En effet, les compensations octroyées se situent généralement entre 5 000\$ et 15 000\$ sous ce chef¹⁰⁶. Est-il besoin de préciser que la jurisprudence ne favorise pas plus les victimes

104 J.L Baudouin., P.Deslauriers, *supra* note 33, à la page 363.

105 J.L Baudouin., P.Deslauriers, *supra* note 33, à la page 365; D. Gardner, *supra* note 84, à la page 444.

106 D. Gardner, *supra* note 84, à la page 444.

sous ce chef que sous plusieurs autres chefs de nature non pécuniaire? Le fardeau de preuve des héritiers devrait être allégé par le recours à la preuve par présomption¹⁰⁷.

Ceci étant dit, la réclamation existe. La question suivante et principale demeure toutefois sans réponse. Combien les enfants d'une personne peuvent-ils réclamer pour les dommages causés à leur mère décédée qui a vécu les trois derniers mois de sa vie immobilisée par des contentions et ce, en permanence dans son logement?¹⁰⁸. Nous croyons que le raisonnement que nous avons élaboré à la première section devrait également être utilisé. Ainsi, dans une affaire récente, une personne s'est vue octroyer la somme de 5 000\$ pour une seule nuit de détention et l'employeur a été condamné à verser la somme de 2 500\$ à titre de dommages exemplaires¹⁰⁹. Dans un monde judiciaire où établir un *quantum* serait une démarche logique et cohérente, une simple règle de trois devrait suffire. Mais il n'en est rien et nous devons attendre l'évolution de la jurisprudence pour être en mesure de donner un avis sur cette question.

B. Le *solatium doloris*

107 *Id.*, à la page 445.

108 L. Malouin, *supra* note 1.

109 *Mansena c. Communauté urbaine de Montréal*, REJB 2002-34737.

Les tribunaux refusent de reconnaître la perte de la vie au titre de préjudice donnant ouverture à une réclamation. Cette question semble définitivement réglée par la Cour suprême¹¹⁰, malgré le désaccord des auteurs¹¹¹.

Par contre, la douleur résultant de la perte d'un être cher est aujourd'hui clairement indemnisable. Le défi, encore une fois, est d'en établir le montant. En effet, tous conviendrons que l'argent ne pourra jamais réparer ce préjudice, tout comme tout autre préjudice de nature non pécuniaire d'ailleurs. Les sommes allouées apparaîtront donc toujours insuffisantes.

La Cour suprême a établi cinq critères pouvant servir de guide à l'évaluation de l'indemnité. Ainsi, on doit tenir compte de l'âge de la victime et du parent, de la nature et de la qualité de leur relation, des circonstances du décès, de la personnalité du parent, de sa capacité de gérer les conséquences émotives du décès, de la présence d'autres enfant et de la possibilité d'en avoir d'autres¹¹². Ces critères doivent être adaptés à toutes les situations de décès d'une personne proche. La Cour suprême n'a pas établi de principe au niveau du montant à accorder. Toutefois, elle a précisé que ni la jurisprudence antérieure, ni les lois à caractère social ne doivent servir de guide dans l'évaluation de ce préjudice. Pour ce qui est de la jurisprudence antérieure, elle repose sur une erreur de principe qui n'ait cette

110 *Augustus c. Gosset*, *supra* note 93, au paragraphes 70-71.

111 D. Gardner, *supra* note 84, à la page 449, à la note 1428.

112 *Augustus c. Gosset*, *supra* note 93.

réclamation. Pour les lois à caractère social, elles ont pour but de compenser le plus grand nombre de personnes possible et les montants alloués sont donc trop bas. Il est donc permis de croire, et de plaider, que ces lois peuvent servir à établir un plancher d'indemnisation¹¹³. La jurisprudence récente accorde des indemnisations qui oscillent entre 40 000\$ et 60 000\$ sous ce poste.

113 D. Gardner, *supra* note 84, à la page 437.

CONCLUSION

La contention devient un piège pour le patient lorsqu'elle est mal utilisée, avec du matériel inadéquat ou par du personnel incompetent, non formé. Elle est également un piège lorsqu'elle est appliquée, hormis les cas d'urgence, sans le consentement libre et éclairé des personnes qui peuvent légalement consentir à son utilisation. Ce piège engendre une ou des fautes. Les auteurs sont en premier lieu les personnes qui acceptent d'appliquer les contentions dans ces contextes. En second lieu, ce sont les cadres qui les ont autorisé à le faire, que ce soit de façon implicite ou explicite. Les excuses ne peuvent pas constituer une exonération valable car elles touchent des sphères beaucoup trop sensibles de la personne humaine et de notre droit.

En outre, la contention devient un abus de pouvoir lorsqu'elle est utilisée pour des raisons étrangères au bien-être de la personne qui en fait l'objet et qu'on prétend ainsi protéger. La contention constitue enfin de l'exploitation et de l'abus de droit lorsqu'elle est utilisée pour des commodités administratives ou pour palier à des lacunes budgétaires.

Les cas de décès mentionnés dans les pages précédentes méritaient qu'on s'y arrête par le biais d'enquêtes publiques ne serait-ce que pour en tirer des leçons et apporter des correctifs à certaines pratiques inacceptables. Cependant, le peu d'évolution apparente entre les conclusions du coroner Anne-Marie David en 1987 et celles rendues par les coroners Michel Ferland et Luc Malouin en 2003 permet de soulever un doute sur

l'efficacité sinon du système lui-même, du moins des correctifs suggérés à l'issue de ces enquêtes. Nul doute que la recherche des causes et des circonstances d'un décès pour offrir une meilleure protection à la vie humaine est un exercice valable. Malheureusement, il ne semble pas être un moyen suffisant pour assurer aux victimes des contentions abusives, souvent captives dans une institution et silencieuses, la protection à laquelle elles ont, sans aucun doute le droit d'aspirer. Le processus de plainte instauré en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* nous apparaît, à ce stade du moins, tout aussi insuffisant. Le processus disciplinaire est un autre moyen mais il n'a qu'un impact sur un cas unique pour des gestes posés dans un établissement ciblé, par un professionnel désigné. Le processus disciplinaire a peut-être pour but de protéger le public mais, dans les faits, ce public n'est protégé que des interventions futures d'une personne bien identifiée. Il n'a aucun impact sur les cultures organisationnelles, ni sur les gestionnaires et encore moins sur le pouvoir politique. Il reste donc, pour les victimes, le droit de la responsabilité civile délictuelle ou contractuelle.

Processus bien imparfait lui aussi car il arrive souvent beaucoup trop tard pour protéger la personne vulnérable qui est déjà devenue victime ou tout simplement, décédée. Néanmoins, il a le mérite d'apporter une solution personnalisée aux personnes réellement concernées : les victimes. Peut-il par ailleurs avoir un impact sur les cultures organisationnelles, sur les gestionnaires ou sur le pouvoir politique afin d'offrir aux deux groupes de personnes exposées aux contentions des services adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée? Nous le croyons

et nous l'espérons. Il peut certainement changer certaines pratiques par le droit qu'il crée et les obligations qu'il engendre grâce à l'interprétation des faits.

Précisons néanmoins que dans la recherche des responsables d'incidents aussi déplorables sur une clientèle des plus vulnérables et victime d'un système qui fait défaut, le droit civil :

« ne cherche pas à punir l'insuccès ni à troubler le (professionnel) qui pratique de façon digne et raisonnable. Au contraire, le droit de la responsabilité, dans ce domaine comme ailleurs, n'a pour but que de sanctionner l'incompétence et la déloyauté »¹¹⁴.

Tous seront d'accord pour affirmer que de tels décès n'auront jamais leur place dans notre société. Le recours civil a la sienne et constitue à sa manière, un mécanisme de protection.

114 P. Lesage-Jarjoura, J. Lessard, et S. Philips-Nootens, *Éléments de responsabilité civile médicale*, Cowansville, Éditions Yvon Blais Inc., 1996, préface de R. P. Kouri, à la page VIII.