

2011

Sous la direction scientifique de

LUC GODBOUT – MARCELIN JOANIS –
NATHALIE DE MARCELLIS-WARIN

Le Québec économique

Un **bilan de santé** du Québec



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

<http://lequebececonomique.cirano.qc.ca>



Presses de
l'Université Laval

Chapitre 10

RÉFLEXIONS SUR L'INDEMNISATION EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Suzanne Bisailon

Professeure honoraire à l'Université de Montréal et fellow au CIRANO

Nathalie de Marcellis-Warin

Professeure agrégée à l'École Polytechnique de Montréal et vice-présidente
Risque et Développement au CIRANO

Ingrid Peignier

Directrice de projet au CIRANO

En collaboration avec Laurence Largenté

Ce chapitre contient les principales réflexions d'un projet de recherche en cours sur la responsabilité sans égard à la faute. Le rapport complété sera disponible sur le site du CIRANO.

Introduction

Errreur de prescription d'un médicament, surdose de médicament, contamination lors d'une transfusion, utilisation d'un gaz anesthésiant au lieu d'oxygène, résultats de tests erronés, équipements défectueux, chute, infection nosocomiale... Voici des exemples de problèmes liés à la sécurité des patients qui peuvent survenir dans les établissements de santé. Les préjudices que subissent les patients lors de la prestation de soins de santé constituent aujourd'hui une préoccupation importante.

To Err is Human, un rapport de l'Institute of Medicine (IOM, 1999) paru aux États-Unis en novembre 1999, estimait le nombre de décès annuel imputables aux erreurs médicales entre 44 000 et 98 000. Au Canada, c'est en 2004 que le rapport de Baker *et al.* (2004) a présenté une estimation de l'incidence des événements indésirables chez les patients admis dans un hôpital de soins de courte durée. Le taux d'incidence national des événements indésirables a été estimé à 7,5 %. À la suite de la publication du rapport de l'IOM, la sécurité des patients et la survenue d'événements indésirables liés à la prestation des soins de santé sont devenues d'importants sujets de préoccupation, tant sur le plan des politiques que sur le plan des pratiques en soins de santé. Au Québec, le projet de loi 113 (adopté en décembre 2002) a apporté diverses modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de ces services. Entre autres, les modifications apportées obligent les professionnels à déclarer tous les incidents et tous les accidents survenus lors de la prestation des soins à l'aide du formulaire prévu à cet effet, puis à divulguer et à mitiger les accidents auprès des patients. Ces obligations ont pour objectif de diminuer le nombre des événements indésirables dans les établissements de soins qui doivent instaurer une politique de prévention des risques. Toutefois, certains risques se réalisent et certains patients subissent des dommages liés à la prestation des soins. Cela peut aller de l'inconfort à des effets indésirables plus graves, voire au décès du patient.

Il existe dans de nombreux pays des régimes d'indemnisation pour les victimes de ce type de problèmes, très souvent consécutifs à une faute affectant leur santé. Ces régimes présentent des caractéristiques similaires ou différentes par rapport aux deux régimes qui ont cours au Québec. Une analyse des principaux régimes et des modifications effectuées ces dernières années nous amène à conclure que ces régimes cherchent, d'une part, à assurer une indemnité¹ juste et raisonnable aux personnes lésées, tant sur le plan physique ou économique que psychologique ; et, d'autre part, à exercer un contrôle sur les coûts de diverse nature allant des primes d'assurance payées par les professionnels, souvent défrayées en partie par l'État, à la pratique défensive de la médecine ou encore aux sommes astronomiques accordées aux victimes par certaines juridictions.

Le régime de responsabilité ayant cours au Québec est un régime de responsabilité pour faute. Le niveau de preuve requis pour obtenir une condamnation et recevoir une indemnité dépend de la balance des probabilités à la suite de la preuve fournie sur trois éléments : la faute, le dommage et la causalité entre les deux premiers éléments. Les fondements du régime de responsabilité québécois pour faute n'ont pas été remis en question depuis l'arrêt Lapierre² et les arrêts Camden³. Dans l'arrêt Lapierre, la Cour d'appel du Québec avait ouvert la porte, devant la tristesse du cas de cet enfant victime d'une réaction indésirable grave à la suite de la vaccination, à l'existence de responsabilité sans faute, en particulier de l'État, dans certains cas bien particuliers ; la Cour suprême avait refermé cette porte. Mais cet arrêt de 1985 a eu pour conséquence d'amener le gouvernement à créer une brèche dans le régime avec faute par l'adoption de la Loi sur l'indemnisation des victimes de la vaccination, aujourd'hui intégrée à la Loi sur la santé publique⁴. Il y a donc au Québec un régime permettant d'indemniser les victimes d'événements indésirables à la suite d'une vaccination.

Toutefois, il y a d'autres cas où la victime ne sera pas indemnisée pour diverses raisons que l'on peut déduire des règles de droit ; les plus importantes peuvent se résumer ainsi :

- impossibilité de prouver une faute ou de l'imputer aux exécutants des différentes interventions dont a fait l'objet la victime, malgré l'existence d'une solidarité ;
- impossibilité de déterminer si les conséquences subies proviennent de la faute (causalité), de l'évolution attendue d'une situation ou encore de la contribution de la victime elle-même ou de ses proches ;
- impossibilité d'établir un niveau adéquat de conséquences à indemniser, notamment dans le cas de conditions évolutives où divers experts ont des vues différentes de la situation.

De plus, même si une poursuite en responsabilité civile est envisageable, cela représente une charge émotive importante avec des procédures longues et des coûts prohibitifs pour de nombreuses victimes qui pourraient laisser tomber la poursuite, sans être indemnisées pour le dommage subi.

Le sujet de l'indemnisation des victimes ayant subi un dommage lors de la prestation de soins de santé est un problème récurrent. Beaucoup s'interrogent sur la capacité des systèmes actuels de responsabilité civile à remplir cette fonction de base, à savoir l'indemnisation, mais aussi à se préoccuper de la fonction de prévention (OCDE, 2006). Ces deux fonctions sont essentielles car en effet, plutôt que d'essayer de compenser les dommages *a posteriori* par le biais d'une indemnisation à la suite de la matérialisation du risque, il est préférable d'empêcher le risque de se concrétiser. Mais les systèmes de santé sont complexes et de nombreux défis sont à relever pour arriver à remplir ces deux fonctions.

Dans ce contexte, nous avons tout d'abord souhaité analyser les tendances pour le Québec en matière de responsabilité (nombre de poursuites, règlements des poursuites et compensations accordées). Nous avons consulté les données fournies dans les rapports annuels de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM). Puis, nous avons relevé les systèmes de responsabilité existant dans le monde et nous avons tenté de déterminer les éléments pouvant être retenus pour nos réflexions. Enfin, nous avons analysé plus en profondeur les régimes pour deux types d'événements donnant lieu à une indemnisation : les dommages résultant de la vaccination et les infections nosocomiales. Pour finir, nous avons déterminé les enjeux pour le Québec et proposé des pistes de solution. Pour alimenter notre analyse, nous avons conduit une série d'entrevues auprès des gens du milieu pour entendre l'opinion de plusieurs parties sur le sujet⁵. Tous étaient intéressés à participer à notre processus de réflexion, mais les conclusions publiées ici sont celles des auteurs et ne peuvent pas être attribuées spécifiquement à l'une des personnes rencontrées.

Complexité des systèmes de santé et défis pour l'indemnisation

Toute personne qui fait appel au système de santé s'intègre dans un environnement d'une grande complexité. Cette complexité est de deux ordres : clinique et organisationnelle.

Sur le plan clinique, nous vivons plus vieux qu'avant et présentons souvent un grand nombre de comorbidités. La population en quête de soins a augmenté plus rapidement que l'offre de services de soins. Le raffinement

des techniques et des examens n'a pas eu que des conséquences positives. Une batterie de tests s'est imposée parfois au détriment d'examens physiques accompagnés d'entrevues élaborées. Deux questions méritent notre attention : quels sont les risques des tests eux-mêmes pour le patient ? Les résultats des tests commandés sont-ils toujours interprétés ? Rappelons que lorsqu'un test est effectué, il est assorti de l'obligation de l'interpréter. C'est une obligation de résultat par rapport à l'interprétation et c'est une obligation de moyen par rapport à la conclusion.

Sur le plan organisationnel, le cheminement d'un patient lors d'un séjour à l'hôpital touche en moyenne cinq services et les erreurs surviennent avec une plus grande fréquence lors des transferts de service (Laporte, 2008). Les procédures sont multiples pour un même sujet. De plus, les soins sont de plus en plus prodigués par une équipe : se pose alors la question de la désignation de l'auteur d'une faute ; en d'autres termes, on se demande à quel moment, dans le continuum des soins, la faute s'est produite. Il est également plausible que le dommage soit provoqué ou découle d'une somme d'événements accomplis selon une certaine séquence (de Marcellis-Warin, 2003). La faute est inexistante si chaque événement est considéré individuellement, mais la séquence d'exécution est-elle fautive (Laporte, 2008) ?

L'augmentation de cette complexité sur le plan clinique et sur le plan organisationnel entraîne une augmentation de la difficulté de déterminer, avec le niveau de preuve requis, l'imputabilité de la faute et donc de la difficulté pour le patient victime d'obtenir une couverture pour les dommages subis. Il faut également se rappeler les dispositions du Code civil du Québec (Gouvernement du Québec, 1991) concernant la responsabilité solidaire entre les parties :

1478. *Lorsque le préjudice est causé par plusieurs personnes, la responsabilité se partage entre elles en proportion de la gravité de leur faute respective. [...]*

1480. *Lorsque plusieurs personnes ont participé à un fait collectif fautif qui entraîne un préjudice ou qu'elles ont commis des fautes distinctes dont chacune est susceptible d'avoir causé le préjudice, sans qu'il soit possible, dans l'un ou l'autre cas, de déterminer laquelle l'a effectivement causé, elles sont tenues solidairement à la réparation du préjudice.*

Tendances au Québec en matière de responsabilité médicale

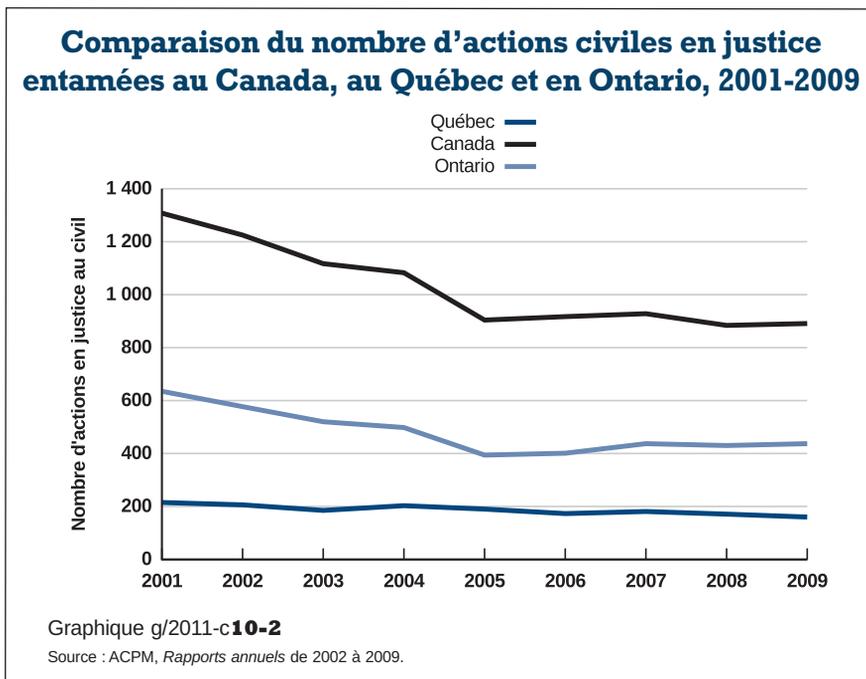
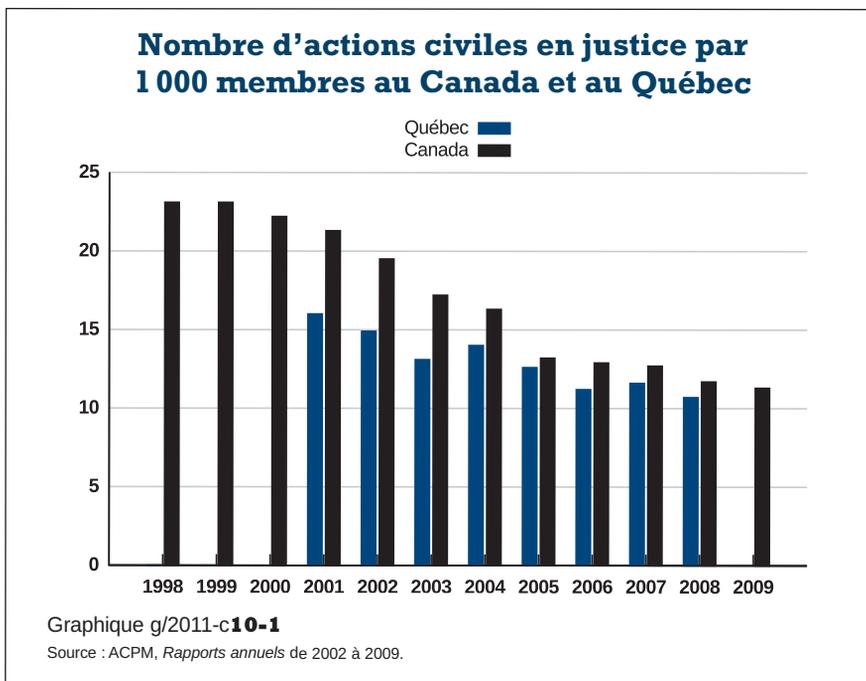
Dans les rapports annuels de l'ACPM, nous avons recueilli des chiffres concernant le nombre de poursuites, les règlements des poursuites et les compensations accordées pour le Canada et le Québec. Une mise en garde est nécessaire dans l'interprétation des chiffres présentés. Un plus faible pourcentage de médecins québécois sont membres de l'ACPM (80 % des médecins québécois contre une moyenne de 95 % des médecins canadiens) puisque, nonobstant l'obligation de détenir une assurance, l'ACPM représente une option parmi d'autres⁶.

Actions civiles en justice entamées contre un médecin membre de l'ACPM

Selon les rapports annuels de l'ACPM, le nombre d'actions en justice entamées contre un médecin au niveau national a diminué de façon importante dans les dix dernières années. Bien que le nombre de nouvelles actions en justice soit demeuré relativement stable au cours des cinq dernières années (entre 884 et 928), l'augmentation soutenue du nombre de membres a entraîné une diminution des nouvelles actions intentées par membre. En 2009, 11 membres sur 1 000 ont été désignés dans une action en justice (voir graphique 10-1).

Depuis 1998, il y a eu une décroissance de plus de 33,5 % du nombre annuel d'actions intentées contre les membres de l'ACPM pour l'ensemble du Canada (voir graphique 10-2). Pour le Québec, bien qu'il y ait également décroissance du nombre de poursuites judiciaires, celle-ci est moins spectaculaire (environ 25 % depuis 2001) que pour le Canada. À titre de comparaison, la province de l'Ontario est proche de la tendance nationale (baisse de 31,2 % pour la période 2001-2009).

Pour pouvoir suggérer des pistes d'explication à l'évolution du nombre de poursuites, il est important de comprendre les raisons qui poussent les patients à poursuivre. S'il peut s'agir dans certains cas de la mise en cause de l'incompétence, le plus souvent, ce qui est reproché est le silence des professionnels lors d'une complication. La qualité de la relation et de la « communication » entre le médecin et le patient explique très régulièrement ce qui amène un individu à porter plainte contre son médecin (Veilleux, 2006). Au Québec, l'obligation de divulgation au patient des accidents qui



surviennent permet de mettre plus de transparence dans le système et surtout d'apporter le soutien nécessaire au patient. Cette obligation a sans aucun doute permis d'éviter un certain nombre de cas où une poursuite en responsabilité civile aurait pu être envisagée.

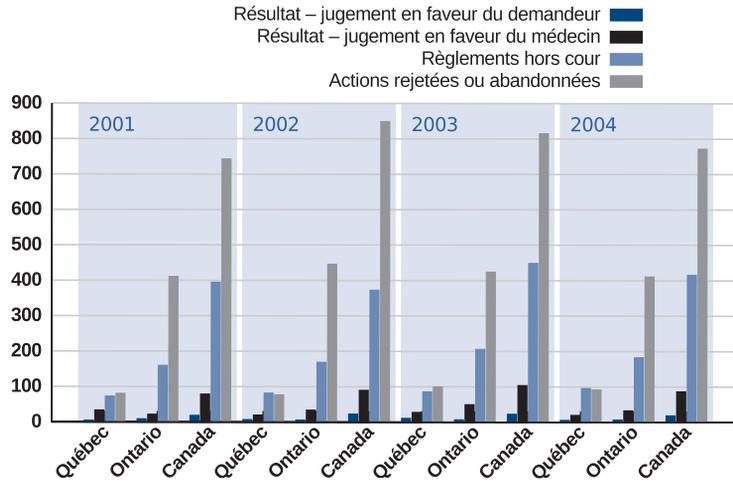
De plus, on a assisté à un transfert des actions en justice vers des plaintes aux ordres professionnels (Laporte, 2008). L'analyse des chiffres disponibles dans les documents émanant du Collège des médecins du Québec confirme également cette tendance. Le nombre de demandes d'enquête du syndic à la suite d'une plainte auprès du Collège a augmenté de 42 % entre 2004 et 2011 (compilation des données des rapports annuels du Collège des médecins).

Sans entrer aux fins du présent chapitre dans une analyse détaillée des frais judiciaires⁷, il faut souligner l'accroissement pour l'ACPM des coûts entourant les diverses causes. Il s'agit surtout d'une augmentation importante des frais d'expertise compte tenu de la complexité des situations (Laporte, 2008). Au Québec, le coût médian des frais judiciaires par cas était d'environ 20 000 \$ en 2000 et il dépassait légèrement les 40 000 \$ en 2009. Du côté du demandeur, même si on ne connaît pas les chiffres, les coûts des poursuites, incluant les services d'experts pour évaluer la faute professionnelle, peuvent être élevés. Il s'agit donc d'un investissement financier important de la part des victimes. Ainsi, même si ce n'est pas le seul facteur, les frais judiciaires jouent un rôle important dans la décision d'entamer ou pas une procédure civile (Laporte, 2008). Dans certains cas, les victimes souhaiteront choisir une procédure moins coûteuse que le système judiciaire et pouvant générer des règlements hors cour. De plus, Laporte parle d'une augmentation des coûts résultant principalement d'une augmentation de la complexité des situations. Cette complexité nécessite des recherches plus poussées pour établir l'étendue du dommage, mais surtout la prévisibilité de son évolution vers un état de permanence ou même une détérioration (Laporte, 2008).

Règlements des poursuites au civil entamées contre des médecins membres de l'ACPM

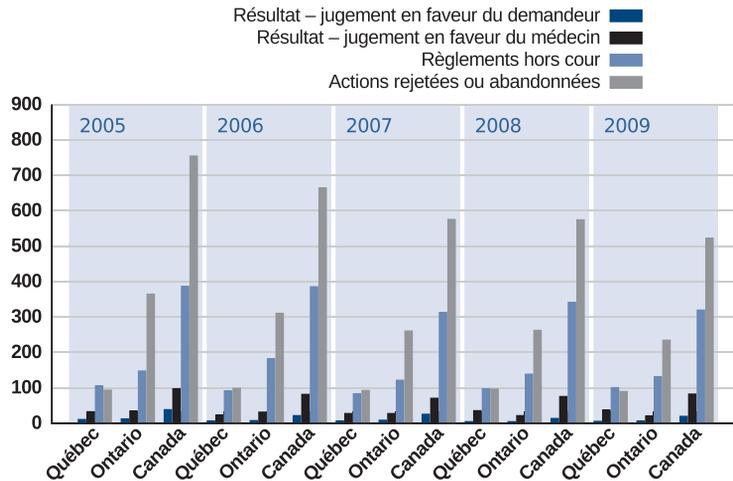
Un autre élément à regarder est le règlement des poursuites. Le résultat des poursuites est sensiblement le même quelle que soit la spécialité exercée. Les données de l'ACPM sur les dossiers fermés indiquent qu'en 2009, au Canada (graphique 10-4), 55 % des actions ont été rejetées⁸ ou abandonnées, 34 % ont donné lieu à un règlement hors cour, 9 % se sont réglées par jugement en faveur du médecin et 2 % en faveur du patient (demandeur). Les jugements en faveur du demandeur sont donc assez rares. Mais le nombre de règlements hors cour reste important comparé au total des actions intentées en justice. On remarque également une tendance à la baisse (en pourcentage de toutes les actions réglées) des actions qui sont rejetées ou abandonnées.

Actions en justice réglées au civil au Québec, en Ontario et au Canada



Graphique g/2011-c10-3

Source : Compilation de données des *Rapports annuels* de 2001 à 2009 de l'ACPM.



Graphique g/2011-c10-4

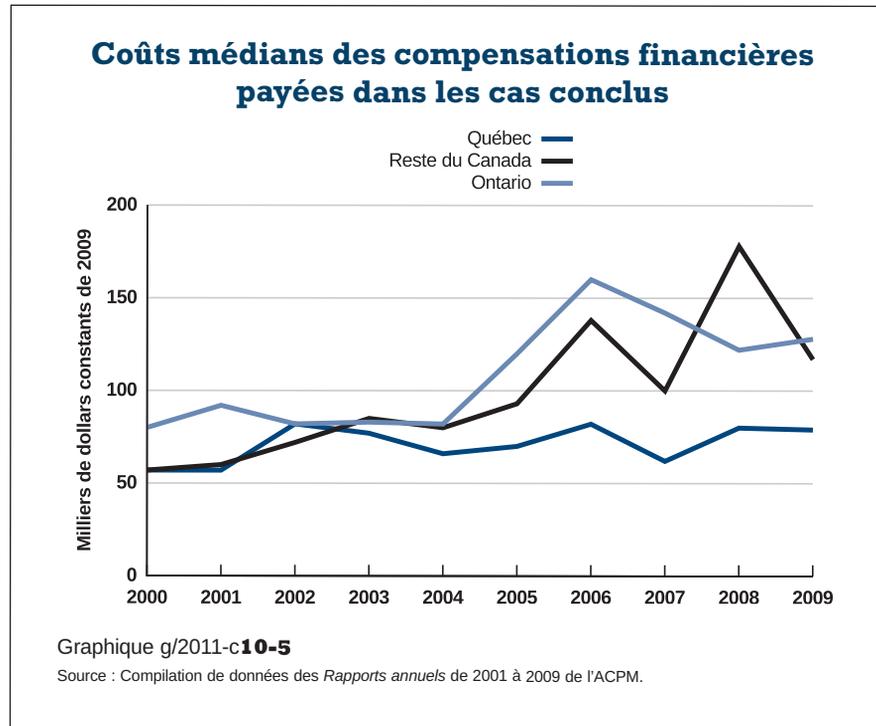
Source : Compilation de données des *Rapports annuels* de 2001 à 2009 de l'ACPM.

Compensations financières payées aux patients par l'ACPM

On remarque une croissance continue des compensations financières payées aux patients dans les actions en justice selon une base par cas conclu. Toutefois, le nombre de nouveaux cas ayant diminué, les coûts totaux des compensations financières payées ne montrent pas de croissance significative. Bien que les coûts totaux des compensations financières payées pour les cas conclus en 2009 aient légèrement diminué par rapport à l'année précédente, la tendance sur dix ans indique une augmentation de 2,4 %, corrigée pour tenir compte de l'inflation (ACPM, *Rapport annuel 2009*). Compte tenu du nombre relativement faible de cas, de la présence d'un très petit nombre de cas à coûts élevés et des délais associés aux dates de clôture des dossiers, les coûts totaux des compensations financières peuvent ne pas représenter l'indicateur le plus efficace des dépenses futures.

Dans le rapport annuel de 2008, l'ACPM estime que les coûts exprimés par cas sont plus révélateurs des tendances futures et, lorsqu'on les mesure par rapport à ce critère, la croissance dans les coûts des compensations financières (à un taux annualisé de 8,6 %) est beaucoup plus prononcée. Les coûts des compensations financières en 2008 se situent tout juste sous la barre des 120 000 \$, alors que les coûts médians des compensations financières par action en justice conclus ont presque doublé au Canada depuis les derniers dix ans (voir graphique 10-5).

Le taux d'augmentation des coûts médians des compensations financières varie d'une région à l'autre et la région « reste du Canada » affiche la variation la plus prononcée (voir graphique 10-5). Le coût médian des compensations financières pour un cas conclu en Ontario s'élevait en 2000 à 80 000 \$; en 2009, ce coût était passé à 130 000 \$ (augmentation de 62 %). Au Québec, le coût médian des compensations financières pour un cas conclu est passé d'environ 60 000 \$ en 2000 à 80 000 \$ en 2009 (augmentation de 33 %). Les coûts médians des compensations financières au Québec sont donc beaucoup plus stables dans le temps qu'ils ne le sont en Ontario ou dans le reste du Canada. Les chiffres de l'ACPM rapportent également qu'au Québec, les indemnités médianes se situent aux alentours de 80 000 \$, soit environ les deux tiers de la moyenne nationale (120 000 \$). Dans le contexte du droit québécois, l'indemnité versée en cour n'est pas fixée par le patient mais par le procureur, en fonction des dommages subis.



Couverture des accidents médicaux dans le monde

« Que dans toute entreprise humaine, des erreurs sont faites, on en convient. Les erreurs posent deux problèmes : l'indemnisation des victimes et la mise en place d'incitations pour que ceux qui peuvent réduire le nombre ou la gravité des erreurs le fassent. Ces problèmes sont bien connus et font le menu de l'analyse économique du droit de la responsabilité civile extra-contractuelle. » (Mackaay et Rousseau, 2007.) Dans l'environnement complexe des systèmes de santé, les défis de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux sont importants, car cela est sous réserve d'atteindre le niveau de preuve requis.

Différentes réformes ont été envisagées dans plusieurs pays, que ce soit sur le plan du régime de responsabilité lui-même, du type de préjudice indemnisé ou encore du type d'événements couverts (par exemple, la mise

en œuvre d'un système d'indemnisation spécifique pour la vaccination); certaines réformes avaient également comme objectif principal d'inciter à la prévention (de Marcellis-Warin, 2003 et 2006; OCDE, 2006).

Systèmes d'indemnisation en fonction

Différents systèmes d'indemnisation sont en place et la plupart ont subi des modifications ces dernières années. Un régime universel d'indemnisation sans égard à la faute n'existe dans aucun pays. Certains types d'accidents médicaux ont fait l'objet de régimes d'indemnisation spécifiques. Selon le rapport de l'OCDE publié en 2006, 8 pays sur 26 ont un régime d'indemnisation sans faute : Danemark, Finlande, France-M, Islande-M, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas-M, Suède, Turquie-M (où « M » apposé au nom du pays indique l'existence de régimes mixtes). Le régime d'indemnisation des États-Unis concernant les dommages à la suite d'une vaccination pour certains vaccins n'est pas comptabilisé dans le rapport de l'OCDE car il a été instauré après 2006. Les caractéristiques des régimes (plafonds d'indemnisation, par exemple) varient d'un État à l'autre et plusieurs États ont créé des régimes spécifiques pour certains types d'événements. Par exemple, pour les dommages neurologiques survenus à la naissance, la Virginie et la Floride ont instauré un régime de responsabilité sans égard à la faute.

L'étude des systèmes en fonction dans les pays européens montre de nombreuses variantes dans les régimes. Pour certains événements en particulier (comme les infections nosocomiales et les aléas thérapeutiques), le régime de responsabilité a parfois été remplacé par un régime de responsabilité sans égard à la faute. D'autres mesures, surtout tournées vers la médiation et les procédures préjudiciaires, ont aussi été appliquées. Le patient est au cœur du système et ses droits sont de plus en plus définis. Le Parlement belge a adopté, en juillet 2002, une loi relative aux droits du patient. En 2010, un Fonds des accidents médicaux a été créé dans ce pays. La Finlande a été le premier pays européen à adopter des dispositions légales réglementant les droits des patients et ce, dès 1992. Les Pays-Bas ont suivi en 1995, la Grèce en 1997 et le Danemark en 1998. La France et la Belgique les ont rejoints en 2002. En France, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) a été créé pour dédommager notamment les patients ayant souffert des suites de vaccins et d'infections

nosocomiales. Aux Pays-Bas, un système de responsabilité sans faute existe pour les préjudices liés aux essais cliniques.

Caractéristiques des différents systèmes d'indemnisation

Les systèmes d'indemnisation actuellement en fonction présentés dans le rapport de l'OCDE (2006) possèdent des caractéristiques différentes, que ce soit sur le plan du type de régime de responsabilité retenu, de l'obligation ou non de souscrire une assurance ou de la source des fonds d'indemnisation. Ces éléments peuvent alimenter nos réflexions.

- Régime de responsabilité :
 - notion de faute appliquée : erreur prouvée, erreur présumée ou indemnisation sans faute ;
 - nature du préjudice indemnisé : économique, non économique ou attribution de dommages punitifs ;
 - existence ou non d'une responsabilité solidaire ;
 - existence ou non d'un lien de préposition.
- Assurance obligatoire : certains régimes ont l'obligation ou non de souscrire une assurance. Dans le premier cas, il faut définir qui paie la prime.
- Source des fonds d'indemnisation : principalement l'État et les assurances.
- Autres mesures :
 - le choix possible du patient entre l'indemnisation et la poursuite ;
 - l'existence en parallèle d'une indemnisation pour certains aspects du préjudice et d'un droit de poursuite « résiduel » pour d'autres aspects.

Selon la situation du pays en matière d'indemnisation, certains des éléments ont été retenus pour combler un besoin ou une lacune du système de responsabilité civile. Dans certains cas, on a observé la coexistence de plusieurs régimes, par exemple le régime de responsabilité civile et un régime spécifique sans égard à la faute pour certains types d'événements comme les dommages résultant de la vaccination et les infections nosocomiales.

Exemples de régimes spécifiques d'indemnisation pour la vaccination et les infections nosocomiales

Certains types d'accidents médicaux ont fait l'objet de régimes d'indemnisation spécifiques⁹. Dans le contexte de ce chapitre, seulement les dommages résultants de la vaccination et des infections nosocomiales seront étudiés et alimenteront nos réflexions. D'une part, ces champs sont très discutés, et d'autre part, ces deux exemples présentent plusieurs différences majeures, augmentant ainsi l'intérêt de l'analyse (voir tableau 10-1).

	Comparaison des caractéristiques des deux événements étudiés pouvant donner lieu à une indemnisation	
	Vaccination	Infection nosocomiale
Dommege	La plupart du temps majeur	Large éventail de conséquences
Durée	Presque toujours permanent et survenant en bas âge Décès très rares	Même pour les plus sévères, souvent à durée déterminée Nombre de décès significatif
Traitement	Aucun	Cocktail d'antibiotiques
Causes	Intrinsèque au produit selon une probabilité connue	Mixtes, intrinsèques et extrinsèques
Évitabilité	Inévitable selon la fréquence connue dans la mesure où le programme de vaccination est offert	Évitable dans la grande majorité des cas
Faute	Inexistante – dommage lié directement au produit	La plupart du temps la conséquence d'une faute

Tableau t/2011-10-1

L'indemnisation des dommages résultant de la vaccination

L'étude de Keelan et Wilson (2011) nous indique qu'il y a 13 juridictions dans le monde, incluant le Québec, qui ont des programmes d'indemnisation pour ce type d'événement. Parmi les pays du G8, seul le Canada et la Russie n'ont pas de programme national. Au Québec, l'indemnisation des victimes de préjudices corporels causés par une vaccination¹⁰ est un régime public d'indemnisation sans égard à la faute. La réflexion a été provoquée par l'affaire Lapierre¹¹. Dans les textes sur le sujet, la dimension « protection

de la population » est toujours évoquée. En effet, il s'agit d'un cas où la personne qui reçoit un vaccin peut en tirer un bénéfice direct, mais le bénéfice pour la société est au moins aussi important. Cette dimension a conduit à la conclusion qu'une personne subissant un dommage en créant un bénéfice pour la population devait recevoir une compensation de la société. Deux autres caractéristiques sont présentes dans les cas impliquant des vaccins : des dommages surviennent même en l'absence de toute faute, tant de la part des manufacturiers que des étapes d'administration du produit ; la réaction provoquant un dommage est idiosyncrasique.

Le régime actuel d'indemnisation pour la vaccination¹² au Québec utilise les règles de la SAAQ (Loi sur l'assurance automobile¹³ et ses règlements) pour le calcul de l'indemnité. La première différence est que la victime peut, en outre¹⁴, exercer une poursuite civile contre toute personne responsable de préjudices corporels. La seconde est que le financement de ce régime provient du fonds consolidé du revenu.

Il est peu probable que nous proposons une remise en question de son existence, même en prenant en compte les opposants au programme de vaccination de la santé publique. Toutefois, nous entendons analyser plus en détail l'expérience de son fonctionnement et la situation des autres juridictions. Deux questions sont déjà soulevées dans le cadre de nos réflexions : les conditions d'admissibilité et les couvertures du régime actuel devraient-elles être modifiées ? Quelles sont les sources qui alimentent le fonds d'indemnisation : le trésor public, la taxe d'accise, les manufacturiers de vaccins ou une combinaison des trois ? Nous allons tenter de répondre à ces deux questions.

Conditions d'admissibilité au régime d'indemnisation

La définition de l'événement à compenser est une étape très importante. Dans l'analyse des caractéristiques des divers programmes existants, il faut noter que le libellé des dommages qui donnent ouverture à une compensation est sibyllin et extrêmement varié (Keelan et Wilson, 2011). Au Québec, le ministre indemnise, sans égard à la responsabilité de quiconque, toute victime d'un préjudice corporel (préjudice permanent grave, physique ou mental, incluant le décès) causé par une vaccination volontaire contre une maladie ou une infection prévue au règlement du gouvernement pris en

vertu de l'article 137 de la Loi sur la santé publique ou causé par une vaccination imposée en vertu de l'article 123 de cette même loi. Dans les deux cas, la vaccination doit avoir eu lieu au Québec (Loi sur la santé publique, L.R.Q., chapitre S-2.2, a. 71). Il y a également une grande variété de dommages couverts : incapacités, mort, pertes de salaire et parfois même des pertes non économiques. Au Québec, les indemnités sont basées sur les échelles utilisées dans l'indemnisation des accidents d'automobile. Au bout du compte, selon Keelan et Wilson (2011), le nombre de cas indemnisés dépend directement des critères d'éligibilité imposés par chaque système d'indemnisation.

Financement du régime d'indemnisation

Actuellement, le financement de ce régime provient du fonds consolidé du revenu (Loi sur la santé publique, L.R.Q., chapitre S-2.2, a. 78). Dans de nombreux pays, le financement de la compensation provient, comme au Québec, du trésor national ou des revenus généraux (Allemagne, France, Suisse, Danemark, Italie). Dans certains pays, le fonds est approvisionné en tout ou en partie par les compagnies pharmaceutiques (Suède, Taiwan et Norvège). Aux États-Unis, il s'agit d'une taxe d'accise payable à l'achat du vaccin, une avenue qui pourrait aider à financer le régime. Keelan et Wilson (2011) ont souligné la dimension économique importante pour les manufacturiers de vaccins dans le cas de régime sans égard à la faute : en particulier, cela leur permet d'éviter des frais légaux considérables en retirant de l'arène judiciaire les cas d'espèce. Cette épargne pourrait alors se traduire en un stimulant pour l'innovation dans ce secteur. Cela présente aussi la possibilité d'une éventuelle contribution desdits manufacturiers au fonds d'indemnisation.

Pour clore ces réflexions sur la vaccination, on ne peut passer sous silence la décision de la Cour suprême américaine à propos du programme de vaccination américain. En effet, en février 2011, la Cour suprême des États-Unis¹⁵ s'est prononcée, entre autres, sur le sens à donner à la couverture – en d'autres termes l'absence de responsabilité des manufacturiers – offerte par la loi. La portée de cette décision sera analysée en détail dans le rapport final.

L'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales

L'indemnisation des victimes d'infections contractées lors d'une hospitalisation (infections nosocomiales) représente un enjeu important. En effet, Khoury (2004), de la Sablonnière et Paquet (2005) font ressortir, en s'appuyant sur la jurisprudence, les difficultés considérables à prouver la faute ou la causalité entre la faute et le dommage dans la quasi-totalité des cas. Ainsi, sans prépondérance de preuve de la faute ou de la causalité, il est impossible pour un patient d'être indemnisé. De nombreux pays ont instauré un système spécifique pour l'indemnisation des infections nosocomiales. Dans le cadre de nos réflexions, on peut considérer que toute amélioration des conditions d'indemnisation serait bénéfique aux victimes. Toutefois, compte tenu des coûts associés à la mitigation, sans tenir compte dans un premier temps de l'indemnisation, il faudrait envisager en priorité de trouver des moyens d'inciter à la prévention et donc de diminuer le nombre de victimes.

En effet, différentes études ont montré que les coûts générés par les infections nosocomiales sont considérables. À titre d'exemple, dans l'étude canadienne réalisée en 2001 (Kim, Oh et Simor, 2001), les auteurs estimaient le coût du traitement d'une infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) à 14 360 \$ pour le système de santé. En 2005, il a été estimé que les infections nosocomiales coûtaient environ 180 millions de dollars par année au système de santé québécois (CINQ, 2006). Des études canadiennes ont examiné l'utilisation des ressources de santé et les coûts médicaux directs associés aux infections. Selon les données de Goetghebeur, Landry, Han et Vicente (2007), les patients infectés par le SARM nécessitaient une hospitalisation prolongée, variant de 14 à 36 jours par patient en isolement (moyenne de 26 jours). Le coût *per diem* variait de 843 à 917 \$ CA, selon la perspective d'analyse considérée (hôpital ou société, par exemple). En moyenne, le coût total par patient infecté était de 12 216 \$ CA, l'hôpital étant le principal inducteur de coûts (81 %), suivi des précautions de contact (13 %), de la thérapie antimicrobienne (4 %) et des tests de laboratoire (2 %).

Le fardeau total relié aux infections nosocomiales au Canada est triple (CCRA, 2003) :

- coût direct accru des soins dispensés aux personnes infectées, lequel vient s'ajouter au coût des soins qui leur seraient offerts si leur infection n'était pas résistante à des médicaments ;

- coût de l'infrastructure liée au maintien de programmes de surveillance et de services de laboratoire de référence;
- diminution de la qualité de vie des personnes atteintes d'une infection chronique résistante aux médicaments, y compris de leur capacité de gagner leur vie.

Les milieux de santé sont conscients de ces enjeux, et des programmes de lutte contre les infections sont appliqués. Plutôt que d'essayer de compenser les dommages *a posteriori* avec une indemnisation, il est préférable de prévenir les accidents et donc d'inciter à la prévention. Un régime de responsabilité sans égard à la faute est souvent vu comme plus prometteur pour évaluer l'incidence des accidents, du fait qu'un plus grand nombre de cas seront soulevés. Par ailleurs, d'autres y voient l'introduction d'un laxisme dans la prestation des soins.

On ne peut passer sous silence l'entente de règlement hors cour intervenue le 9 octobre 2011 entre les parties au recours collectif intenté le 27 août 2008 à la suite de la contamination de patients par le *C. difficile* à l'hôpital Honoré-Mercier. Ce recours [750-06-000001-088] avait été déposé au palais de justice de Saint-Hyacinthe. Il s'agit, comme le signale le communiqué¹⁶ du bureau de M^e Ménard, d'« un précédent très important dans le contexte de la lutte contre les infections nosocomiales ».

Enjeux au Québec et pistes de solution

Sans remettre en question les fondements du choix effectué par le Québec pour le maintien d'un régime de responsabilité avec faute, compte tenu (a) du portrait dressé par la consultation des données de l'ACPM et des réflexions qui sont ressorties de nos entrevues et (b) des expériences de couverture de nombreux pays, il semble approprié de se poser des questions sur l'opportunité de modifier, selon une ampleur à définir, le régime actuel, à l'instar de nombreux pays ayant réfléchi à la question pour se doter de spécificités, incluant diverses modalités, concernant le régime de responsabilité des accidents survenant lors de la prestation des soins de santé.

Même dans le cas des systèmes de responsabilité sans égard à la faute, la notion de faute n'est pas totalement absente, puisqu'on retrouve celle-ci, non plus comme critère d'indemnisation des victimes à la suite de la preuve d'un

lien de causalité, mais plutôt comme facteur pouvant donner lieu à des sanctions¹⁷, soit envers celui ayant commis la faute, avec ou sans lien de préposition, soit envers l'établissement ayant retenu à son service la personne fautive.

Comme nous l'avons indiqué, les travaux de recherche menant à l'élaboration de pistes de solutions pour l'établissement ou l'amélioration d'un régime sans égard à la faute dans le domaine de la santé ne sont pas terminés. De nombreuses rencontres, lectures et réflexions, en plus d'une enquête, doivent encore être réalisées. D'ores et déjà cependant, à mi-chemin dans nos travaux, nous pouvons faire ressortir quelques enjeux pour lesquels nous devons proposer une solution. Avant de discuter de ces enjeux, nous nous devons de présenter les trois grandes catégories de régime sans égard à la faute. Sans s'engager dans une discussion approfondie, ce que nous réservons pour le rapport, nous les présentons brièvement ici :

- un régime universel où tout dommage déclaré à l'occasion d'une intervention de soins donne lieu à une indemnité ;
- un régime restreint, c'est-à-dire celui où des balises ont été établies. Les principales étant reliées a) à l'existence d'une faute, b) à la causalité entre le dommage et l'activité de soins effectuée, c) à l'étendue des dommages donnant ouverture à l'indemnité et d) aux catégories de dommages couverts ;
- un régime spécifique couvrant uniquement certains secteurs d'activités de soins, tels la vaccination, les infections nosocomiales et les problèmes découlant de recherches cliniques.

En ce qui concerne les enjeux, plusieurs sont de nature pécuniaire et ils sont ici formulés sous forme de questions :

- Qui devrait souscrire au fonds d'indemnisation pour les victimes reconnues ?
- Devrait-on créer un seul ou plusieurs fonds distincts selon les activités ?
- Où devrait-on investir en priorité : en indemnisation ou en prévention ?
- Est-ce que le régime proposé devrait avoir comme objectif d'augmenter le nombre de cas indemnisés¹⁸ ?
- Est-ce que la consolidation¹⁹ des fonds d'indemnisation présenterait un avantage, tant pour le professionnel que pour la victime ?

Finalement, en plus des enjeux présentés ci-dessus ayant un caractère de relative objectivité, il faudra essayer de détecter le seuil d'acceptabilité d'éventuelles propositions pour les principales parties prenantes à l'exercice : les patients, les professionnels de la santé, la communauté juridique, les assureurs et les gestionnaires de fonds d'indemnisation, ainsi que le gouvernement. Cette acceptabilité sera teintée par celle rattachée aux accidents du travail, mais surtout par celle, vivement ébranlée, reliée aux accidents d'automobile lorsqu'un des deux conducteurs se trouvait dans un état d'ébriété avérée ou sous l'influence de substances altérant sa cognition. En d'autres termes, la probabilité de faire l'unanimité sur un tel sujet est voisine de zéro dans la mesure où toute proposition globale – donc pour le bénéfice de la société – est contrebalancée par une histoire de cas, souvent choisie parmi ceux où une certaine injustice dans le fonctionnement du « système » a été ressentie, individuellement ou collectivement.

Conclusion

Les préjudices que subissent les patients lors de la prestation de soins de santé constituent aujourd'hui une préoccupation importante, que ce soit sur le plan de l'indemnisation des victimes ou de la prévention. « L'analyse économique du droit de la responsabilité civile extracontractuelle permet de conclure que, dans sa facture classique, la responsabilité civile poursuit les deux objectifs en une seule décision. Mais elle les accomplit imparfaitement et les imperfections peuvent être une raison de créer des régimes séparés, où les deux fonctions sont séparées, ou d'apporter des modifications au régime classique²⁰. »

Les options proposées pour l'indemnisation des accidents médicaux découlant de nos réflexions, alimentées significativement par les différentes parties prenantes, ne se limiteront pas à proposer une façon d'indemniser ceux qui ont subi un dommage. Elles devront également permettre que le système fournisse des incitations pour diminuer le nombre d'accidents, surtout ceux qui sont évitables, et donc les coûts d'indemnisation associés. Il faut toujours garder à l'esprit ce double objectif : indemnisation et prévention. Dans certains cas, comme pour les dommages qui suivent la vaccination, un système existe déjà. Pour les infections nosocomiales, nous avons soulevé un enjeu intéressant concernant les coûts supportés par le système de santé à la suite d'infections contractées lors d'une hospitalisation. De plus, l'introduction de

la gestion des risques peut avoir un effet positif à la fois sur le nombre d'événements²¹ et sur les stratégies de récupération permettant de minimiser l'ampleur du dommage causé (Laporte, 2008). C'est ainsi qu'un des éléments clés de l'amélioration de notre système de santé passe par l'adoption d'une culture de sécurité.



Notes

1. Indemnité qui peut parfois échapper aux victimes, en particulier à cause de la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de prouver, selon la balance des probabilités, la causalité entre une faute et un dommage.
2. *Lapierre c. P. G.* (Qué.), [1985] 1 R.C.S. 241. Concernant une vaccination contre la rougeole ayant provoqué une encéphalite virale aiguë. Pourvoi rejeté. Récupéré de : <http://csc.lexum.org/fr/vn/1985/volume1.html>
3. *Hôpital de L'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, [2001] R.J.Q. 832, [2001] R.R.A. 329 (résumé), et *Brochu c. Camden-Bourgault*, [2001] R.R.A. 295 (résumé).
4. Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2, chap. VII, a. 61 à 78. Récupéré de : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html
5. Dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons rencontré l'honorable Jean-Louis Baudouin, M^e Jean-Pierre Ménard et trois autres avocats de son étude, le D^r Micheline Ste-Marie, présidente du Groupe vigilance, et des représentants des groupes suivants : l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), le Collège des médecins du Québec (CMQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le Barreau du Québec. Nous avons aussi eu l'occasion d'entendre le point de vue du patient avec les interventions des représentants de l'ADVIN (Association des victimes d'infections nosocomiales) lors de plusieurs conférences organisées au CIRANO.
6. Au moins trois motifs – quoique ce ne sont pas les seuls – peuvent expliquer ce phénomène : 1) la préférence des médecins pour d'autres assureurs privés ; 2) une couverture équivalente offerte par l'employeur, par exemple pour ceux qui œuvrent au sein de compagnies pharmaceutiques ; 3) tous les résidents en médecine sont couverts par l'AQESSS en vertu d'une entente.
7. Ces frais judiciaires comprennent les honoraires des avocats, les actions en justice, les procès, les enquêtes, les frais d'expertise, les rapports faits au Collège, l'examen des questions hospitalières, etc. (Thomas, 2001).
8. Le terme « rejetées » dans l'expression « rejetées ou abandonnées » fait référence aux actions qui ont été rejetées par le tribunal, dans des circonstances où il n'y a pas eu de procès. Il peut s'agir de situations de désistement de la partie demanderesse ou d'ordonnances du tribunal sur une question technique, par exemple la radiation de la cause pour délai, le non-respect d'une ordonnance de gestion de la cause, etc.
9. Il s'agit par exemple (a) des dommages résultant de la vaccination, (b) des infections nosocomiales, (c) des dommages neurologiques chez les nouveau-nés, (d) des dom-

Réflexions sur l'indemnisation en matière de responsabilité médicale

- mages résultant d'essais cliniques, (e) de la transmission de certaines maladies, dont le VIH ou l'hépatite, par la transfusion de produits sanguins, et (f) de certains dommages survenus après la commercialisation du benfluorex (Médiator).
10. Il est important de souligner que seuls sont admissibles à un programme d'indemnisation les patients victimes de dommages découlant du vaccin lui-même et non pas d'un autre dommage connexe, par exemple dû à la méthode d'administration. Dans ce dernier cas, le recours à la procédure civile classique prévaudra.
 11. *Ibid.*, note 2.
 12. Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2, a. 72.
 13. Loi sur l'assurance automobile, L.R.Q., c. A-25.
 14. *Ibid.*, note 13, a. 74.
 15. *Bruesewitz et al. c. Wyeth LLC, FKA Wyeth, Inc., et al.*, Certiorari to the United States Court of Appeals for the Third Circuit, n° 09-152. Argued October 12, 2010—Decided February 22, 2011, Supreme Court of the United States.
 16. Récupéré de : <http://www.menardmartinavocats.com/actualites> ; voir également : <http://advin.org>
 17. Les sanctions peuvent prendre la forme d'inspection par la corporation professionnelle, d'exigence de formation supplémentaire, de mesures de discipline, ou encore de perte de privilèges, pour ne mentionner que quelques-unes des possibilités.
 18. Sachant que, lorsque c'est le cas, l'indemnité versée est souvent plus faible, ou qu'on assiste alors à une explosion des coûts, au détriment des autres composantes du système de santé, dont la prévention.
 19. À l'heure actuelle, il y a un fonds pour les médecins (ACPM) s'appliquant à tout le Canada, un fonds géré par l'AQESSS pour tous les autres professionnels ou employés d'un établissement ainsi que pour les résidents et des assurances provenant de compagnies œuvrant dans le domaine, notamment lors d'essais cliniques ou si le professionnel, médecin inclus, est couvert par l'assurance de son employeur, par exemple une compagnie pharmaceutique ou une maison d'enseignement, pour certains éléments de sa tâche. Cette consolidation est totalement indépendante de l'existence et du maintien du lien – ou de l'absence de celui-ci – de préposition employeur-employé.
 20. Ejan Mackaay, communication personnelle, octobre 2011.
 21. On s'interroge sur la causalité de la faute et tente d'apporter les correctifs nécessaires afin que celle-ci ne se reproduise pas (Laporte, 2008).

Références

- Association canadienne de protection médicale (ACPM) (2002 à 2009). *Rapports annuels*.
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J. ... Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686. doi:10.1503/cmaj.1040498
- Bruesewitz et al. c. Wyeth LLC, FKA Wyeth, Inc. et al.* Certiorari to the United States Court Of Appeals For The Third Circuit, n° 09-152. Argued October 12, 2010—Decided February 22, 2011, Supreme Court of the United States.
- Collège des médecins (2004 à 2011). *Rapports annuels*. Récupérés le 25 juillet 2011 de : <http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/RapportsAnnuels.aspx>

- Comité canadien sur la résistance aux antimicrobiens (CCRA) (2003). La résistance aux antimicrobiens : une sombre menace sur laquelle aucun pays ne peut fermer les yeux. *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)*, 29(18), 157-164.
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (2006). *Mesures de prévention et de contrôle des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) au Québec. Rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)*. Consulté le 3 août 2011, récupéré du site de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/489-MesuresPreventionControleSARM.pdf>
- Goetghebeur, M., Landry, P., Han, D. et Vicente, C. (2007). Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus: A Public Health Issue with Economic Consequences. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, 18(1), 27-34.
- Gouvernement du Québec (1991). *Code civil du Québec*. Québec, Canada : Publications du Québec. Récupéré de : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ/CCQ.html>
- Hôpital de L'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault, [2001] R.J.Q. 832, [2001] R.R.A. 329 (résumé), et Brochu c. Camden-Bourgault, [2001] R.R.A. 295 (résumé).
- Institute of Medicine (IOM) (1999). *To Err is Human. Building a Safer Health System, Committee on Quality of Health Care in America*. Washington, D.C. : National Academy Press.
- Keelan, J. et Wilson, K. (2011). *Designing a No-Fault Vaccine-Injury Compensation Programme for Canada: Lessons Learned from an International Analysis of Programmes (For the CIHR funded Canadian No-Fault Compensation for Vaccine-related Injuries Working Group)*. Munk School Briefings. Récupéré le 3 juillet 2011 de : http://webapp.mcis.utoronto.ca/resources/munkpapers/keelan_workingpaper_feb2011.pdf
- Khoury, L. (2004). L'indemnisation des victimes d'une infection nosocomiale au Québec : les leçons du droit français. *Les cahiers de droit*, 45(4), 619-657.
- Kim, T., Oh, P. et Simor, A. (2001). The Economic Impact of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus in Canadian Hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 22(2), 99-104.
- Lapierre c. P. G. (Qué.), (1985) 1 R.C.S. 241.
- Laporte, A. (2008). *Les tendances en matière de poursuites médico-légales*. Service de formation de l'association des médecins omnipraticiens Laurentides-Lanaudière. Récupéré le 10 juillet 2011 de : <http://www.avocatslaportelavallee.com/wp-content/uploads/2010/11/2008-La-responsabilite-C3%A9-m%C3%A9dicale-texte.pdf>
- Loi sur l'assurance automobile du Québec (1989). *L.R.Q., chapitre A-25*. Récupéré de : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_25/A25.html

Réflexions sur l'indemnisation en matière de responsabilité médicale

- Loi sur la santé publique* (2001). *L.R.Q., c. S-2.2*. Récupéré de : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2/S2_2.html
- 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* (2002). Projet de loi 113, chapitre 71. Récupéré de : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF>
- Mackaay, E. et S. Rousseau (2007). La responsabilité civile extracontractuelle. Dans Dalloz et Thémis (dir.), *Analyse économique du droit*, chap. 4, 326.
- Marcellis-Warin, N. de (2003). *Indemnisation des personnes victimes d'accidents évitables dans la prestation des soins de santé. Responsabilité sans égard à la faute et régimes d'indemnisation*. Rapport de recherche 2003 RP-03 : CIRANO.
- Marcellis-Warin, N. de (2006). Mise en place d'un régime d'indemnisation sans égard à la faute pour les victimes d'accidents liés à la prestation des soins au Québec : les enjeux économiques. Dans Bourgoignie, T. (dir.), *Accidents thérapeutiques et protection du consommateur : vers une responsabilité sans faute au Québec*.
- OCDE (2006). *Aspects fondamentaux des assurances. Prévenir, assurer et couvrir les incidents médicaux*. Éditions OCDE.
- Sablonnière, L. de la et Paquet, M.-N. (2005). La responsabilité civile découlant des infections nosocomiales. Dans *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*, 230, Y. Blais, (dir.). Récupéré le 10 juillet 2011 de : <http://www.morencyavocats.com/publication/responsabilitecivile.doc>
- Thomas, W. D. S. (2001). *La vision d'un médecin, la fierté d'une profession – Une histoire de l'Association canadienne de protection médicale de 1901 à 2001*. Association canadienne de protection médicale (ACPM). Récupéré le 28 juillet 2011 de : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/about_cmpa/pdf/history-f.pdf
- Veilleux, A.-M. (2006). Du bureau du médecin à celui de l'avocat. L'importance de la qualité de la relation que le médecin établit avec son patient. *Santé Inc.*, 2(4), 28-31. Récupéré de : <http://www.santeinc.com/file/mars06-11.pdf>