

# COUR SUPÉRIEURE

CANADA  
PROVINCE DE QUÉBEC  
DISTRICT DE QUÉBEC

N° : 200-17-012643-102

DATE : 28 mai 2014

---

SOUS LA PRÉSIDENTENCE DE : L'HONORABLE YVES ALAIN, J.C.S. (JA 0593)

---

**RACHEL NOREAU**  
et  
**CHRISTIAN CARRIER**

Demandeurs

c.

**Dr BRUNO CAMIRÉ**

Défendeur

---

## JUGEMENT

---

[1] Mme Rachel Noreau réclame du Dr Bruno Camiré la somme de 402 992,44 \$ représentant les dommages qu'elle allègue avoir subis suite à une chirurgie d'hystérectomie pratiquée le 2 mars 2007. Son conjoint, M. Christian Carrier, réclame pour sa part 51 370,82 \$ représentant des dommages non pécuniaires et débours divers.

[2] Mme Noreau reproche au Dr Camiré de l'avoir mal informée concernant les risques reliés à cette chirurgie, de ne pas avoir obtenu son consentement avant de confier la chirurgie à une résidente, d'avoir commis une faute lors de la chirurgie en ce qu'il a sectionné le rectum quasi complètement, soit sur 300 degrés, ce qui n'est pas un risque inhérent et de ne pas avoir effectué un suivi postopératoire adéquat.

[3] Le 9 mars, elle a dû subir une chirurgie pour une péritonite fécale causée par la transection du rectum, ce qui a entraîné de graves conséquences tant au niveau chirurgical que personnel.

[4] Elle tient le Dr Camiré responsable des dommages reliés aux nombreuses chirurgies et hospitalisations survenues entre le 9 mars 2007 et le 2 mars 2008.

[5] Le Dr Camiré nie les allégations de Mme Noreau. Il affirme avoir informé Mme Noreau des risques inhérents à une chirurgie d'hystérectomie, avoir obtenu un consentement éclairé de sa part, avoir agi selon les règles de l'art tant au moment de la chirurgie du 2 mars que dans le suivi postopératoire. Il demande le rejet de la poursuite.

### CHRONOLOGIE

[6] Le 3 octobre 2006, le Dr Camiré, gynécologue, reçoit Mme Noreau pour une première consultation à sa clinique. C'est son médecin de famille, la Dre Martine Dupuis, qui la réfère pour un problème de saignement postménopausique. Le Dr Camiré fait un questionnaire complet impliquant les antécédents médicaux et chirurgicaux de la patiente. Il s'informe sur la prise de médicaments, ses habitudes et ses allergies. Au cours de l'entrevue, il la questionne sur son problème l'amenant en consultation et procède à un examen physique. Il suggère une biopsie de l'endomètre, ce qui fait partie de l'investigation de base pour des saignements postménopausiques.

[7] L'entrevue dure 15 à 20 minutes. Il apprend que Mme Noreau souffre d'un lupus érythémateux disséminé, une maladie auto-immune qui implique la présence d'anticorps contre les différents organes du corps humain. Il apprend que Mme Noreau prend des antidépresseurs, des médicaments pour l'arthrite et des somnifères. Elle est allergique à la pénicilline et à l'érythromycine<sup>1</sup>. Il la revoit à l'hôpital le 16 octobre 2006 alors que Mme Noreau doit se soumettre à une échographie effectuée par la technologue Lise Boisseau dont les images sont interprétées par le Dr Camiré. Il constate un fibrome latéral intramural et un utérus rétroversé.

[8] Il reçoit par la suite le résultat du prélèvement effectué lors de la biopsie et communique avec Mme Noreau par téléphone le 29 novembre 2006. Il lui indique que le résultat démontre une hyperplasie de l'endomètre complexe avec des atypies cellulaires. Il lui indique que l'on considère sa situation à un stade précancéreux, soit une pathologie qui nécessite un traitement. Ce pourrait être un traitement hormonal

<sup>1</sup> Interrogatoire après défense du Dr Bruno Camiré le 4 novembre 2010, p.12, 13 et 14.

avec des progestatifs à haute dose, mais comme Mme Noreau souffre d'un lupus et qu'elle a déjà fait une embolie pulmonaire, ce traitement est contre-indiqué pour elle. On doit plutôt se tourner vers un traitement de nature chirurgicale, c'est-à-dire une hystérectomie<sup>2</sup>. Il prévoit alors un rendez-vous à sa clinique le 22 décembre 2006 pour discuter de la chirurgie.

[9] Le traitement hormonal devant être écarté en raison du lupus, la décision de Mme Noreau est déjà prise avant la rencontre, elle est consentante à subir une hystérectomie<sup>3</sup>. Il reste à déterminer l'option, soit par voie abdominale ou par voie vaginale. Mme Noreau voulant éviter une cicatrice abdominale, il y a entente pour procéder par voie vaginale quitte à convertir la chirurgie en voie abdominale en cours de route, si nécessaire<sup>4</sup>. Selon le Dr Camiré, il explique à Mme Noreau les risques d'une telle chirurgie, soit : infection, phlébite, hémorragie, transfusion, perforation de la vessie et de l'intestin. Pour Mme Noreau, le Dr Camiré ne fait pas référence à une possibilité d'une perforation de l'intestin.

[10] Dans sa note au dossier du 22 décembre, le Dr Camiré indique *risques expliqués*<sup>5</sup>. Il note également *préop-IRM*.

[11] Lors de l'interrogatoire après défense du 4 novembre 2010, le Dr Camiré explique :

Par la suite, je n'ai pas donné suite parce que j'ai noté que j'avais une place pour opérer madame Noreau le 2 mars puis ce n'était pas nécessaire, dans l'investigation, de faire une IRM pour ce type de pathologie. Alors l'IRM n'a pas été faite.<sup>6</sup>

[12] La rencontre préopératoire a lieu le 1<sup>er</sup> mars 2007 à 9 h 30. Selon Mme Noreau, cette rencontre dure cinq minutes<sup>7</sup>. Mme Noreau ajoute ensuite qu'elle n'a aucun souvenir des explications qui lui sont fournies. Cependant, le résumé apparaissant aux notes d'évolution du dossier hospitalier<sup>8</sup> tend à démontrer que les personnes qui procèdent à cette rencontre préopératoire font un examen complet de la situation de Mme Noreau. Le compte rendu indique notamment :

Chx et risques expliqués (hémorragie, transfusion, infection, TVP, EP, trauma, vessie, uretère, intestin).

---

<sup>2</sup> Id, p. 31.

<sup>3</sup> Interrogatoire au préalable de Rachel Noreau du 17 juin 2010, p. 129, l. 15 à 22.

<sup>4</sup> Interrogatoire après défense du Dr Bruno Camiré, préc. note 1, p. 37 et 38.

<sup>5</sup> Id, p. 51 et 54.

<sup>6</sup> Interrogatoire après défense du Dr Bruno Camiré, préc. note 1, p. 40, l.18 à 23 et p. 58.

<sup>7</sup> Interrogatoire au préalable de Rachel Noreau, préc. note 3, p. 168, l. 8 et 9.

<sup>8</sup> Pièce D-2, p. 000004 et 000005.

[13] Le même jour, Mme Noreau signe la formule de consentement où on peut notamment lire, au point 2 :

J'autorise le docteur Bruno Camiré et ses assistants à pratiquer une intervention chirurgicale qui comprend la ou les opérations indiquées ci-après : Laparoscopie + HV vs HAT.<sup>9</sup>

[14] Selon les témoignages entendus à l'audience, normalement, une chirurgie d'hystérectomie nécessite deux jours d'hospitalisation suivis de huit à dix semaines de convalescence.

[15] La chirurgie se déroule effectivement le 2 mars. C'est la résidente 4, Dre Karine Girard, qui commence l'intervention en ouvrant le cul-de-sac antérieur, soit entre la vessie et l'utérus. Dans une deuxième étape, elle doit procéder à la même ouverture, mais cette fois derrière l'utérus, entre l'utérus et le rectum. Ayant de la difficulté à entrer entre les deux, le Dr Camiré prend la relève et poursuit la chirurgie<sup>10</sup>.

[16] Selon le protocole opératoire apparaissant au dossier médical<sup>11</sup>, l'intervention se déroule bien à l'exception d'une petite difficulté lors de l'ouverture du cul-de-sac postérieur où on indique :

On doit disséquer le péritoine sur une bonne longueur en médiane sur l'utérus avant de l'ouvrir.

[17] Selon le témoignage rendu à l'audience, le chirurgien ne constate rien d'inhabituel au cours de l'opération. Au moment des dernières vérifications visuelles, on ne constate rien d'anormal et il n'y a aucune odeur fécale en salle de chirurgie<sup>12</sup>.

[18] La récupération postopératoire de Mme Noreau se déroule autrement que le scénario prévu à l'origine. Mme Noreau se plaint de douleurs abdominales, de ballonnements et elle dit avoir une sensation de brûlure au bas du corps. Elle reçoit la visite d'un membre de l'équipe de gynécologie quotidiennement, soit les docteurs Camiré, Élise Faucher (résidente 3), Karine Girard (résidente 4) ou Langis Himaya.

[19] Le 5 mars, la Dre Girard demande un examen en tomodensitométrie (TDM) dont le résultat diagnostique indique notamment :

Pneumopéritoine et ascite en quantité importante dans l'abdomen et le pelvis. Ceci est compatible avec une perforation intestinale dont on ne peut trouver la cause à l'examen actuel.

<sup>9</sup> Id, p. 000224.

<sup>10</sup> Interrogatoire de la Dre Karine Girard le 21 mars 2011, p. 19 et 20 ; interrogatoire après défense du Dr Bruno Camiré, préc. note 1, p. 74 à 76.

<sup>11</sup> Pièce D-2, p. 000204.

<sup>12</sup> Interrogatoire après défense du Dr Bruno Camiré, préc. note 1, p. 84 et 85.

[...]

Pneumopéritoine et quantité importante de liquide libre dans tout l'abdomen et le pelvis, dont l'origine est indéterminée à cet examen. Considérez la possibilité d'une perforation intestinale.<sup>13</sup>

[20] Sans écarter totalement le diagnostic de perforation intestinale, l'équipe gynécologique opte pour un autre diagnostic, soit iléus et recherche de *C. difficile*. On isole donc Mme Noreau et on lui prescrit un antibiotique (Flagyl). Selon l'équipe gynécologique, étant donné que les signes vitaux de Mme Noreau sont normaux, il y a peu de chances qu'il y ait perforation intestinale. En effet, lorsqu'il y a infection abdominale, certains signes apparaissent dont l'augmentation de la température corporelle, hausse ou chute de tension artérielle, augmentation des globules blancs, tachycardie, douleurs abdominales importantes et défense involontaire de l'abdomen, signes qui sont absents chez Mme Noreau. On constate également des notes au dossier que des selles parfois formées, parfois diarrhéiques passent dans l'intestin de la patiente. Le Dr Camiré voit Mme Noreau le 6 mars et considère qu'à l'examen des éléments cliniques et des signes vitaux, la situation de Mme Noreau est incompatible avec une perforation intestinale.

[21] Le 7 mars, on procède à un rayon X de l'abdomen de la patiente qui ne démontre rien de particulier<sup>14</sup>.

[22] L'équipe gynécologique réévalue la patiente et constate qu'elle avait des selles un peu plus formées, ce qui est encourageant puisque cela suggère que l'infection est en résolution<sup>15</sup>.

[23] Le 8 mars, plusieurs médecins passent voir Mme Noreau. Tôt le matin vers 6 h 30, le Dr Camiré se rend à la chambre de Mme Noreau. Voici comment il décrit son état :

Alors, elle avait passé une nuit plus agitée, elle avait eu comme des hallucinations, des rêves, puis elle avait une douleur qui était comparable à la veille. Elle avait encore beaucoup de selles, mais encore là, des selles un peu plus formées. Au niveau de l'examen physique, c'était quand même comparable aux autres journées. Il y avait du péristaltisme, ce qui est toujours intéressant quand on parle... quand on surveille la reprise du transit digestif. Mais, globalement, l'évaluation clinique de madame Noreau était comparable à la veille.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Pièce D-2, p. 000227.

<sup>14</sup> Id, p. 000228.

<sup>15</sup> Interrogatoire du Dr Bruno Camiré, préc. note 1, p. 116.

<sup>16</sup> Id, p. 125, l. 11 à 22.

[24] En milieu d'avant-midi, la Dre Girard reçoit le résultat des examens de laboratoire demandés plus tôt et avise le Dr Camiré que les globules blancs ont soudainement augmenté et qu'ils sont à 15 000. Ensemble, ils décident de demander une consultation en chirurgie, car l'équipe de gynécologie suspecte une perforation de l'intestin.

[25] Un résident 3 effectue une consultation complète et indique CPM (colite pseudomembraneuse) et ajoute *perfo moins probable vu clinique*.

[26] La tomodensitométrie demandée le 7 mars s'effectue le 9 mars. Le résultat est le suivant:

Il persiste toujours des signes de perforation intestinale, soit du liquide libre et de l'air libre en quantité importante dans l'abdomen et le pelvis. Il y a maintenant des collections liquidiennes présentant des bulles aériques, donc probablement infectées.<sup>17</sup>

[27] Mme Noreau est immédiatement conduite en salle de chirurgie où le Dr Claude-A Rouleau procède à une laparotomie exploratrice, à un lavage abdominal abondant et à une procédure de Hartmann.

[28] Voici quelques extraits du protocole opératoire:

[...]

À noter que lorsque la patiente a été placée sur la table d'opération, elle a expulsé une bonne quantité de selles par le vagin.

[...]

Dès l'ouverture du péritoine, une large quantité de gazs (*sic*) et une odeur fécaloïde est présente, une large quantité de gazs (*sic*) est expulsée. Par la suite nous constatons la présence d'une (*sic*) grande quantité de selles dans l'abdomen ainsi que plusieurs débris alimentaires compatibles avec des graines de lin il y a énormément de pseudo-membranes partout dans l'abdomen, le grêle et presqu'indiscernable (*sic*).

[...]

Au niveau pelvien, une grande quantité de selles solides sont présentes et remplissent entièrement le pelvis. Nous les retirons puis nous examinons de manière plus approfondie le pelvis. Nous constatons **une transection quasi complète du rectum à la jonction entre le rectum moyen et rectum inférieur**

---

<sup>17</sup> Pièce D-2, p. 000229.

sur près de 300 degrés toute la partie antérieure du rectum est ouverte et éventrée.<sup>18</sup>

[29] Au cours de l'intervention, le Dr Rouleau procède à une résection des dix centimètres distaux de sigmoïde et du rectum supérieur qu'il envoie en pathologie<sup>19</sup>.

[30] L'examen macroscopique indique:

À proximité de l'une des lignes d'incision chirurgicale, il y a une zone noirâtre avec une ouverture communicant de l'intérieur vers l'extérieur mesurant 0,8 cm de diamètre.

[31] Après la chirurgie, Mme Noreau est envoyée aux soins intensifs et ventilée mécaniquement. Étant donné son état et les risques d'infection, l'équipe chirurgicale doit procéder à plusieurs lavages abdominaux les 11, 13, 17 et 19 mars, jour où elle est extubée. Elle demeure cependant aux soins intensifs où elle rencontre un psychiatre qui procède à une consultation pour psychose le 20 mars.

[32] Le 21 mars, le Dr Rouleau ferme les aponévroses et place deux drains dans l'abdomen de Mme Noreau. Ce n'est que le 23 mars qu'elle quitte les soins intensifs.

[33] Le 2 avril, Mme Noreau quitte l'Hôpital Saint-François-d'Assise après 31 jours d'hospitalisation. Elle doit apprendre à vivre avec les inconvénients causés par la colostomie.

[34] C'est le 13 décembre 2007 que le Dr Roger C. Grégoire procède à la réanastomose colorectale avec iléostomie de dérivation temporaire. Au cours de cette chirurgie, Mme Noreau a des pertes sanguines très importantes (4300 cc) et doit être transfusée<sup>20</sup>.

[35] Mme Noreau demeure aux soins intensifs jusqu'au 17 décembre et quitte ensuite l'hôpital le 20 décembre.

[36] Après l'iléostomie de dérivation temporaire, Mme Noreau indique que ses nuits sont agitées et qu'elle a de la difficulté avec les sacs de stomie.

[37] Le 25 février 2008, le Dr Grégoire procède à la fermeture de l'iléostomie qui s'effectue sans problème. Mme Noreau quitte l'hôpital le 2 mars 2008. Elle demeure en convalescence pendant quelques mois.

---

<sup>18</sup> Id, p. 000207.

<sup>19</sup> Id, p. 000223.

<sup>20</sup> Id, p. 000707 et 000708.

[38] Elle fait une tentative de retour au travail à l'automne 2008, mais cette tentative a été infructueuse puisque Mme Noreau se sent très fatiguée et son médecin constate une faible tolérance au stress.

[39] À compter du mois de septembre 2008, elle consulte Mme Lacasse, une travailleuse sociale. Le Dr Yvan Gauthier lui suggère un retour au travail progressif sur une période de trois mois à compter de septembre 2009. Elle reprend son horaire régulier de quatre jours et demi par semaine à compter de février 2010. Elle attribue en grande partie son arrêt de travail aux interventions chirurgicales subies en 2007 invoquant un choc post-traumatique, de l'anxiété, de la panique, une réadaptation pour marcher, une perte de cheveux, l'effritement d'une dent, des maux de tête et des maux de cou, ses nombreuses cicatrices ainsi que la perte de l'estime de soi et de confiance en elle.

[40] Notons que le 10 mars 2008, le Dr Grégoire prévoyait un retour au travail pour Mme Noreau le 21 avril 2008<sup>21</sup>.

[41] Mme Noreau réclame du Dr Camiré des dommages totalisant 402 992,44 \$. Pour sa part, son conjoint réclame 51 370,82 \$.

[42] Selon eux, ces dommages sont la conséquence d'une faute commise par le Dr Camiré lors de la chirurgie d'hystérectomie.

[43] Pour Mme Noreau et M. Carrier, la transection du rectum sur 300 degrés ne constitue pas un risque inhérent à la chirurgie subie. Il s'agit plutôt d'une faute commise par le Dr Camiré.

[44] Ce dernier indique que la perforation de l'intestin constitue une complication chirurgicale qui a entraîné une péritonite fécale. Il plaide que certains gestes posés par lui lors de la chirurgie peuvent être à l'origine de la complication, mais qu'il s'agit là d'un risque inhérent et qu'on ne peut lui reprocher aucune faute tant lors de la chirurgie que lors du suivi postopératoire.

### **ANALYSE ET DÉCISION**

[45] Toute personne qui invoque la responsabilité civile d'un tiers doit, pour réussir, prouver que ce tiers a commis une faute, qu'un dommage a été commis et qu'il existe un lien entre la faute et le dommage. La situation est la même lorsqu'on invoque la responsabilité professionnelle d'un spécialiste de la santé.

---

<sup>21</sup> Pièce P-18, p. 26.



[46] Cette question fait l'objet d'une volumineuse jurisprudence. Le Tribunal réfère ici à l'opinion de la juge Claire l'Heureux-Dubé dans l'arrêt *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*<sup>22</sup> :

La responsabilité professionnelle ressort des principes de la responsabilité civile ordinaire. Généralement, les médecins ont une obligation de moyens et leur conduite doit être évaluée par rapport à la conduite d'un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. Selon le professeur Paul-André Crépeau dans son article fondamental intitulé: "La responsabilité civile du médecin" (1977), 8 *R.D.U.S.* 25, aux pp. 28 et 29:

Le médecin, sauf stipulation expresse, se voit imposer, selon une classification aujourd'hui généralement admise, une obligation de moyen, c'est-à-dire l'obligation de prodiguer, ainsi que l'affirmait la Cour de Cassation, en 1936, dans l'affaire Mercier "des soins prudents, attentifs et consciencieux et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science".

Et l'appréciation d'une telle obligation doit se faire, non pas selon un critère subjectif, in concreto, en demandant par exemple, si le débiteur a fait de son mieux, mais bien d'après un critère objectif, in abstracto, en demandant ce qu'aurait fait, en pareil cas, un médecin prudent et diligent placé dans des circonstances semblables.

Commentant la notion de faute applicable aux professionnels de la santé, A. Bernardot et R. Kouri écrivent dans *La responsabilité civile médicale* (1980), à la p. 12:

Il faut donc retenir comme règle générale le principe de l'appréciation *in abstracto*. Pour cela il convient d'évaluer l'attitude d'une personne poursuivie par rapport à celle qu'aurait eue dans les mêmes circonstances de temps et de lieu un bon professionnel. Qui est donc ce bon professionnel?

C'est un individu prudent et diligent placé dans les mêmes conditions que l'agent mis en cause devant les tribunaux. Ainsi, si un médecin est poursuivi, on se demandera ce qu'aurait fait un médecin prudent et diligent.

<sup>22</sup> [1992] 1 R.C.S. 351 et suiv.

Pour une analyse de la jurisprudence et de la doctrine, voir notre arrêt récent *Roberge c. Bolduc*, [1991] 1 R.C.S. 374, aux pp. 393 et suiv.

Les tribunaux du Québec ont constamment appliqué ces principes. Dans l'arrêt *X. v. Mellen*, [1957] B.R. 389, la Cour d'appel du Québec a jugé que les médecins ont une obligation de moyens. De même, dans l'arrêt *Hôpital général de la région de l'Amiante Inc. c. Perron*, [1979] C.A. 567, le juge Lajoie de la Cour d'appel écrit à la p. 574:

En règle générale, le médecin et l'hôpital n'ont pas envers le patient une obligation de résultat mais de moyens, c'est-à-dire une obligation de prudence et de diligence dont la violation doit être appréciée non pas subjectivement, en se demandant si l'auteur d'un acte ou d'une omission a fait de son mieux, mais d'après un critère objectif, abstrait, qui consiste pour le Tribunal à se demander ce qu'aurait fait en pareil cas un autre médecin, un autre spécialiste, une autre infirmière, de science, de compétence et d'habileté ordinaires et raisonnables, placé dans des circonstances semblables à celles où se trouvait celui ou celle dont on veut juger la conduite.

Voir aussi: *Tremblay c. Claveau*, [1990] R.R.A. 268 (C.A.), à la p. 271; *Cloutier c. Hôpital le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)*, [1990] R.J.Q. 717 (C.A.), à la p. 721; et *Vigneault c. Mathieu*, [1991] R.J.Q. 1607 (C.A.), aux pp. 1614 et 1615. Comme l'indique l'arrêt *Hôpital général de la région de l'Amiante*, les tribunaux doivent prendre garde de ne pas se fier à la vision parfaite que permet le recul. Pour évaluer équitablement un exercice particulier du jugement, il faut tenir compte de la possibilité limitée du médecin, lorsqu'il décide de la conduite à suivre, de prévoir le déroulement des événements. Sinon, le médecin ne sera pas évalué selon les normes d'un médecin de compétence raisonnable placé dans les mêmes circonstances, mais il sera plutôt tenu responsable d'erreurs qui ne sont devenues évidentes qu'après le fait.

La doctrine et la jurisprudence font ressortir que les professionnels de la santé ne devraient pas être tenus responsables de simples erreurs de jugement, qui sont distinctes de la faute professionnelle. Selon le juge Hyde, dans l'arrêt *X. c. Mellen*, précité, à la p. 406:

[TRADUCTION] Le chirurgien ne doit certainement pas être jugé en fonction du résultat ni être condamné pour une simple erreur de jugement. Cependant, selon le juge Rand dans l'arrêt *Wilson c. Swanson* [[1956] R.C.S. 804, à la p. 812], on doit distinguer cette erreur "d'un geste maladroit ou résultant d'un manque d'attention ou de connaissances".

Cette analyse a été confirmée par notre Cour dans l'arrêt *Martel c. Hôtel-Dieu St-Vallier*, [1969] R.C.S. 745; voir aussi l'arrêt Cloutier, précité, à la p. 721.

Compte tenu du nombre de méthodes de traitements possibles entre lesquels les professionnels de la santé doivent parfois choisir et de la distinction entre l'erreur et la faute, un médecin ne sera pas tenu responsable si le diagnostic et le traitement du malade correspondent à ceux reconnus par la science médicale à cette époque, même en présence de théories opposées. Comme l'exprime d'une façon plus éloquente, André Nadeau dans "*La responsabilité médicale*" (1946), 6 R. du B. 153, à la p. 155 :

Les tribunaux n'ont pas compétence pour trancher des différends scientifiques et partager les opinions divergentes des médecins sur certains sujets. Ils ne peuvent conclure à la faute que lorsqu'il y a violation des règles médicales admises par tous. Les cours n'ont rien à voir aux questions d'appréciation controversée du diagnostic ou de préférence à donner à tel ou tel traitement.

Ou encore, comme le résume le juge Brossard dans la décision *Nencioni c. Mailloux*, [1985] R.L. 532 (C.S.), à la p. 548 :

« ...Il n'appartient pas au Tribunal de faire un choix entre deux écoles de pensée scientifique, lorsque ces deux écoles paraissent aussi raisonnables l'une que l'autre et s'appuient toutes deux sur des écrits et textes scientifiques... »<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Idem, pp. 361-364.

[Nos soulignements]

[47] Comme le rappelle le juge Charles Gonthier dans l'arrêt *St-Jean c. Mercier*<sup>23</sup>, il faut prendre garde, au cours de l'analyse, de ne pas substituer l'obligation de moyen, qui est la norme applicable, par une obligation de résultat. Le Tribunal ne doit pas se demander si le professionnel de la santé a commis une faute, mais bien s'il a agi selon les règles de l'art dans le traitement du patient :

[52] Elle reproche au juge Morin de s'être posé la mauvaise question pour déterminer si une faute avait été commise et a donc appliqué la mauvaise norme dans son évaluation de la conduite de l'intimé. Selon la Cour d'appel, au lieu de se demander si l'intimé avait commis une faute en ne diagnostiquant pas ou en diagnostiquant mal la contusion médullaire et la fracture-luxation aux D8 et D9, le juge Morin aurait dû se demander si l'intimé avait agi selon les règles de l'art dans le traitement du patient. La Cour d'appel affirme essentiellement que la question à trancher devait être formulée en termes généraux selon la norme de conduite pertinente à l'analyse de la faute en droit civil du Québec, au lieu d'y intégrer les faits particuliers du litige.

[53] Pour déterminer si un professionnel a commis une faute, il faut en effet se demander si le défendeur s'est comporté comme un autre professionnel raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances (J.-L. Baudouin et P. Deslauriers, *La responsabilité civile* (5<sup>e</sup> éd. 1998), p. 850). Se demander principalement, dans cet examen général, si un acte donné ou une omission constitue une faute est réducteur de l'analyse et risque de semer de la confusion. Ce qu'il faut se demander c'est si l'acte ou l'omission constituerait un comportement acceptable pour un professionnel raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. La démarche erronée risque de mettre l'accent sur le résultat plutôt que sur les moyens. Le professionnel a une obligation de moyens et non de résultat.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> *Idem*, p. 511.

<sup>23</sup> [2002] 1 RCS 491.

[48] Ces principes ont été rappelés par le juge Yves-Marie Morissette dans l'arrêt *P.L. c. Benchetrit*<sup>24</sup> :

[44] La finalité d'un acte médical est le plus souvent thérapeutique (guérir le patient, améliorer sa condition, la stabiliser ou en prévenir l'aggravation) quoiqu'elle puisse aussi être d'un autre ordre, comme c'est le cas ici où cette finalité est d'ordre esthétique (améliorer l'apparence du patient). Si l'on porte un jugement rétrospectif sur le comportement professionnel d'un médecin, en fonction seulement de sa finalité, tout acte médical infructueux, en particulier s'il est suivi d'un autre acte médical qui atteint son objectif parce qu'il était atteignable, résulte en un sens d'une « erreur ». L'étalon de l'erreur, dans ce cas, est le succès du traitement ou de l'intervention, et il est normal que la science médicale tienne à répertorier ces « erreurs » car la compréhension d'échecs thérapeutiques passés peut faire découvrir leurs causes et augmenter la probabilité de succès futurs. On voit tout de suite, cependant, qu'un tel raisonnement n'a pas sa place dans le droit de la responsabilité civile: en principe, l'obligation du médecin en est une de moyens, pas de résultat, et l'étalon de l'erreur fautive est plutôt celui des « règles de l'art », de la « bonne pratique professionnelle » d'un médecin compétent, prudent et diligent. Or, lorsqu'on étudie la jurisprudence qui a accredité la notion de « simple erreur de jugement » – et au premier chef l'arrêt *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur* – on voit qu'il s'agit habituellement d'interventions médicales qualifiées d'erreur parce qu'on les décrit rétrospectivement en fonction de leur insuccès thérapeutique. Le droit de la responsabilité professionnelle, quant à lui, doit tenir compte du fait que, malgré toutes les précautions prises par la science médicale, le travail du médecin demeure à des degrés variables complexe, empirique et aléatoire. Lorsqu'une intervention du médecin ne donne pas le résultat souhaité parce que les règles de l'art se heurtent à cette marge incompressible de fortuité inhérente à la pratique médicale, elle ne saurait être génératrice de responsabilité pour le médecin qui a respecté ces règles et qui n'a donc pas commis de faute.

[Nos soulignements]

---

<sup>24</sup> 2010 QCCA 1505.

[49] Il est parfois difficile pour la personne qui invoque une faute ou erreur médicale d'en faire la preuve directe. Elle peut alors avoir recours à la preuve par présomption de fait. Le juge Lajoie énonce les principes alors applicables dans l'arrêt *Hôpital Général de la région de l'Amiante incorporée c. Perron*<sup>25</sup> :

[57] Aussi, pour réduire cet obstacle à ce que justice soit rendue, les tribunaux ont-ils en l'absence de preuve directe d'une faute caractérisée, allégé le fardeau de la victime et facilité la recherche du responsable en permettant le recours à la preuve par présomptions de fait. L'article 1205 du Code civil dit que la preuve peut être faite par présomptions et l'article 1238 ajoute que les présomptions résultent de faits laissés à l'appréciation du tribunal. Voir aussi l'article 1242.

[58] L'on fait une application mitigée de la maxime « res ipsa loquitur »; lorsque se produit un événement dommageable qui dans le cours normal des choses ne devrait pas se produire à moins qu'il n'y ait négligence, le tribunal peut conclure à une négligence présumée jusqu'à ce que la partie adverse l'ait convaincu qu'elle n'a pas commis de faute. Une fois prouvé que le fait dommageable ne se serait pas produit dans le cours ordinaire de la vie s'il n'y avait pas eu de négligence, il appartiendra à l'Hôpital et au médecin de démontrer que ce fait dommageable est survenu sans faute de leur part ou de leurs préposés, ou qu'il ne pouvait être évité par des moyens raisonnables.

[59] Ce régime de preuve n'impose pas l'hôpital ou au médecin poursuivi d'assumer les conséquences, les risques et les aléas inévitables de l'activité qui leur est propre, ils n'ont pas à démontrer la cause du préjudice ou son caractère imprévisible ou irrésistible, mais seulement qu'ils ont agi avec la science, l'habileté, la diligence et la prudence requises et selon les standards généralement reconnus.

[50] Pour que cette présomption s'applique, une condition essentielle est nécessaire. Il faut démontrer que le fait dommageable ne se serait pas produit dans le cours ordinaire de la vie. Dans le présent dossier, la question à laquelle le Tribunal doit répondre est donc la suivante : Mme Noreau a-t-elle réussi à démontrer que la transsection sur 300 degrés du rectum, lors de la chirurgie d'hystérectomie, est un événement qui n'aurait pas dû se produire dans le cours normal des choses et qu'il ne constitue pas un risque inhérent à cette chirurgie?

---

<sup>25</sup> EYB 1979-135933 (C.A.).

[51] Dans l'arrêt *Snell c. Farrell*<sup>26</sup>, le juge John Sopinka se prononce ainsi sur le fardeau de la preuve du réclamant et sur la preuve contraire qui doit être administrée par le médecin :

(...) Il n'est pas tout à fait exact de parler d'un déplacement du fardeau vers le défendeur lorsqu'on veut dire que la preuve présentée par le demandeur peut avoir comme résultat une inférence défavorable au défendeur. Qu'une inférence puisse ou non être tirée dépend de l'évaluation de la preuve. Le défendeur s'expose à une inférence défavorable en l'absence de preuve contraire. Quelquefois cette situation est désignée comme l'imposition au défendeur d'un fardeau provisoire ou tactique. Voir *Cross, op. cit.*, à la p. 129. À mon avis, il ne s'agit pas d'un véritable fardeau de la preuve et l'utilisation d'une étiquette supplémentaire pour décrire ce qui constitue une étape ordinaire du processus de constatation des faits n'est pas justifiée.

Le fardeau ultime de la preuve incombe au demandeur, mais en l'absence de preuve contraire présentée par le défendeur, une inférence de causalité peut être faite même si une preuve positive ou scientifique de la causalité n'a pas été produite. Si le défendeur présente des éléments de preuve contraires, le juge de première instance a le droit de tenir compte du fameux principe de lord Mansfield. À mon avis c'est ce que lord Bridge avait à l'esprit dans l'arrêt *Wilsher* lorsqu'il a parlé d'une [TRADUCTION] "façon décisive et pragmatique d'aborder les faits" (p. 569).

Par conséquent, il n'est pas essentiel que les experts médicaux donnent un avis ferme à l'appui de la théorie de la causalité du demandeur. Les experts médicaux déterminent habituellement l'existence de causalité en des termes de certitude, alors qu'une norme inférieure est exigée par le droit. Comme l'a souligné Louisell dans *Medical Malpractice*, vol. 3, l'expression [TRADUCTION] "à votre avis, avec un degré raisonnable de certitude médicale" qui constitue la forme de question normalement posée à un expert médical, est souvent mal comprise. L'auteur explique, à la p. 25-57:

[TRADUCTION] Un grand nombre de médecins ne comprennent pas l'expression ... car ils parlent habituellement de "certitudes" à 100 pour 100, alors que les certitudes "raisonnables" requises en droit exigent

<sup>26</sup> [1990] 2 R.C.S. 311.

seulement une probabilité supérieure, c'est-à-dire à 51 pour 100.

[52] Dans le présent dossier, le Tribunal doit s'assurer que le Dr Camiré a assumé les obligations qu'il avait à l'égard de Mme Noreau. Il devait, dans un premier temps, obtenir un consentement libre et éclairé avant de procéder à la chirurgie, ce qui implique de sa part l'obligation de satisfaire à son devoir d'information. Par la suite, le Tribunal doit vérifier s'il a posé un diagnostic juste sur la condition de sa patiente. Enfin, le Tribunal doit s'assurer qu'il a procédé à la chirurgie d'hystérectomie selon les règles de l'art et qu'il a assuré adéquatement le suivi postopératoire.

### LE DEVOIR D'INFORMATION

[53] Il appartient au médecin d'expliquer à son patient les risques statistiquement significatifs, probables, prévisibles et connus afin que celui-ci autorise l'intervention de manière libre et éclairée. Ce n'est qu'après que ces risques lui sont dévoilés que le patient est en mesure de fournir un consentement libre et éclairé à la chirurgie proposée. Dans le présent dossier, Mme Noreau nie, tant à l'interrogatoire au préalable qu'au procès, avoir reçu comme information qu'une perforation de l'intestin pouvait se produire lors de la chirurgie.

[54] Pourtant, le Dr Camiré indique, dans son interrogatoire après défense, que ces informations ont été fournies à Mme Noreau et une note au dossier, lors de la rencontre du 22 décembre, indique « risques expliqués ».

[55] De plus, les notes d'évolution apparaissant au dossier hospitalier, le 1<sup>er</sup> mars 2007, démontrent clairement que tous les risques chirurgicaux ont été dévoilés à Mme Noreau par l'équipe de gynécologie, tel qu'on le constate au bas de la page 000005 de la pièce D-2.

[56] Le Tribunal n'a aucun doute que le devoir d'information du Dr Camiré a été rempli. Au surplus, même si cela n'avait pas été le cas, Mme Noreau aurait eu le fardeau d'établir, suivant un test de *subjectivité rationnelle* ou de *raisonnabilité subjective*, que sa réponse raisonnablement probable (et non celle de la personne raisonnable dans l'abstrait) aurait été de ne pas consentir à l'intervention<sup>27</sup>. Or, en raison de son lupus érythémateux et, par le fait même, de la contre-indication d'une hormonothérapie, cela ne laissait aucun choix à Mme Noreau, qui devait consentir à la chirurgie. Or, selon la preuve, sa décision était prise avant la rencontre avec le Dr Camiré et elle n'avait pas le choix d'accepter la chirurgie<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> *Chouinard c. Landry*, [1987] R.J.Q. 1954 (C.A.), p. 1970-1971.

<sup>28</sup> Interrogatoire au préalable de Rachel Noreau, préc. note 3, p. 129.



Q Mais je comprends que, quand vous vous présentez, le vingt-deux (22) décembre deux mille six (2006) auprès du docteur Camiré, votre décision elle est prise de subir une hystérectomie?

R Oui.

Q Vous avez pris votre décision, vous êtes d'accord avec ça?

R Oui.

#### **INTERVENTION DE LA RÉSIDENTE 4, DRE KARINE GIRARD, LORS DE LA CHIRURGIE D'HYSTÉRECTOMIE**

[57] Mme Noreau reproche au Dr Camiré d'avoir autorisé la résidente 4, Dre Karine Girard, à participer à la chirurgie d'hystérectomie sans l'obtention préalable de son consentement.

[58] Il appert, dans un premier temps, de la formule de consentement signée par Mme Noreau, le 1<sup>er</sup> mars 2007<sup>29</sup>, qu'elle *autorise le docteur Bruno Camiré et ses assistants à pratiquer l'intervention chirurgicale*. La jurisprudence va plus loin en indiquant que le patient qui reçoit des soins dans un centre hospitalier universitaire consent implicitement à recevoir certains soins ou traitements par un résident<sup>30</sup>. Le reproche formulé par Mme Noreau n'est pas fondé.

[59] Au surplus, même si la preuve révèle que la Dre Girard a participé à la chirurgie, il ressort clairement qu'elle a effectué l'ouverture du cul-de-sac antérieur et qu'étant donné la difficulté rencontrée par la suite, c'est le Dr Camiré qui a poursuivi la chirurgie et effectué l'ouverture du cul-de-sac postérieur, soit l'endroit où se trouve le rectum.

[60] On ne peut donc reprocher aucune faute à la Dre Girard lors de cette chirurgie et aucune responsabilité de la part du Dr Camiré à cet égard.

#### **LE SUIVI POSTOPÉRATOIRE**

[61] Le dossier hospitalier de Mme Noreau ainsi que le témoignage rendu par le Dr Camiré tendent à démontrer que la chirurgie d'hystérectomie se déroule bien et sans complications majeures, le 2 mars 2007. Dans les jours suivants, Mme Noreau se plaint de douleurs abdominales, de sensations de brûlure et de ballonnements. Ses signes vitaux sont normaux et cela n'inquiète pas l'équipe de gynécologie ni le personnel hospitalier. Mme Noreau reçoit quotidiennement la visite de médecins ou de résidents.

<sup>29</sup> Pièce D-2, p. 000224.

<sup>30</sup> *Marcoux c. Bouchard*, [2009] 2 R.C.S. 726 ; *Murray-Vaillancourt c. Clairoux*, [1989] R.R.A. 762.

Le personnel procède à des prélèvements qui font l'objet d'un rapport d'analyse qui s'avère normale.

[62] Le 5 mars, la Dre Girard demande un examen en tomodynamométrie. Le rapport, signé par le Dr Guy Dionne, fait référence à un pneumopéritoine et une ascite (liquide libre) en quantité importante dans l'abdomen et le pelvis. Dans son opinion, il indique *considérez la possibilité d'une perforation intestinale*.

[63] La condition clinique de Mme Noreau ne corrobore pas le diagnostic radiologique où on suspecte alors un iléus ainsi que la possibilité d'un C. difficile. Mme Noreau est mise en isolement et on lui prescrit un antibiotique : le Flagyl.

[64] Mme Noreau passe des selles parfois liquides et parfois formées. Les 6 et 7 mars, elle est vue à plusieurs reprises par des médecins, résidents ou internes. On procède à un rayon X, le 7, qui ne démontre rien de particulier. On prescrit à nouveau une tomodynamométrie qui doit avoir lieu le 8 mars. Elle n'aura lieu que le 9. Le taux des globules blancs étant élevé (15 000), la Dre Girard demande une consultation en chirurgie. Le résident se rend auprès de Mme Noreau, procède à un examen physique et décide d'attendre le résultat de la tomodynamométrie puisque les signes cliniques de la patiente ne semblent pas l'inquiéter.

[65] Le taux de globules blancs augmente à nouveau de façon inquiétante le 9 mars et le résultat de la tomodynamométrie indique qu'il persiste toujours des signes de perforation intestinale, soit du liquide libre et de l'air libre en quantité importante dans l'abdomen et le pelvis. On constate qu'il y a maintenant des collections liquidiennes présentant des bulles aériques, donc probablement infectées. Mme Noreau est conduite rapidement en salle de chirurgie et le Dr Claude-A Rouleau procède à une laparotomie. Le protocole opératoire indique notamment<sup>31</sup> :

Dès l'ouverture du péritoine, une large quantité de gazs (*sic*) et une odeur fécaloïde est présente, une large quantité de gazs (*sic*) est expulsée. Par la suite nous constatons la présence d'uen (*sic*) grande quantité de selles dans l'abdomen ainsi que plusieurs débris alimentaires compatibles avec des graines de lin il y a énormément de pseudo-membranes partout dans l'abdomen, le grêle est presque indicernable (*sic*). Nous mettons en place l'écarteur de Bulk-Walker, nous lavons dès le départ l'abdomen afin de mieux voir et de retirer quelques pseudo-membranes. Nous dégageons aussi progressivement le grêle par une dissection mousse au doigt afin de bien le retirer du bassin et le ramener en supérieur de l'abdomen.

<sup>31</sup> Pièce D-2, p. 000207 et 000208.

Au niveau pelvien, une grande quantité de selles solides sont présentes et remplissent entièrement le pelvis. Nous les retirons puis nous examinons de manière plus approfondie le pelvis. Nous constatons une transection quasi complète du rectum à la jonction entre le rectum moyen et rectum inférieur sur près de 300 degrés toute la partie antérieure du rectum est ouverte et éventrée. Il demeure des selles dans la lumière du rectum supérieur, nous les retirons afin de faciliter la résection. Nous devons mobiliser le côlon sigmoïde et le rectum supérieur en ouvrant le péritoine en latéral initialement puis en médial par dissection mousse, nous pénétrons le plan derrière le mésorectum, nous visualisons bien l'uretère gauche ainsi que les vaisseaux gonadiques gauches qui sont protégés ni réclinés. Nous complétons la transection rectale à l'aide de l'électrocautère puis enfin nous réussissons à retirer du bassin le rectum supérieur et rectum moyen. Nous mobilisons un peu plus le côlon sigmoïde. La contamination est beaucoup trop importante pour passer à n'importe quel (*sic*) forme de réanastomose chez cette patiente. Nous réussissons à identifier le stump rectal résiduel, placé sur pince Babcock et pince Allis puis nous refermons à l'aide de deux surjets plan total de polysorb 0. Un point de prolène 0 est mis sur le coin gauche du stump rectal pour aider à l'identification advenant une potentielle (*sic*) réanastomose dans le futur. Par la suite nous lavons à l'aide de 35 litres de sérum physiologique l'ensemble de l'abdomen de Mme Noreau. Nous défaisons l'ensemble des adhérences et de pseudo-membranes sur le grêle, cependant il est impossible de retirer toutes les pseudo-membranes.

Nous lavons en sus-hépatique et autour de la rate aussi. Compte tenu de l'œdème et de l'inflammation au niveau abdominal, et qu'il faut un autre lavage abdominal sera nécessaire dans moins de 48 heures. Nous décidons de refermer de manière temporaire l'abdomen de Mme Noreau à l'aide d'un pansement VAC temporaire en plaçant une pellicule plastique sur l'intestin grêle, pellicule plastique trouée, nous appliquons des gazes à brûlé par-dessus, deux tubes naso-gastriques puis une large pellicule plastique. Nous avons aussi maturé une colostomie au quadrant inférieur gauche en retirant une rondelle cutanée à l'aide de l'électrocautère, ouverture cruciforme des aponévroses des grands droits. Nous passons trois doigts dans l'orifice puis nous maturons une colostomie. Nous procédons à une résection des 10 cm distaux de sigmoïde et du rectum supérieur. Nous l'envoyons en pathologie.

[Nos soulignements]

[66] Au cours de son témoignage, le Dr Rouleau indique qu'à l'endroit de la transection sur 300 degrés, le rectum est ouvert et éventré comme si cela avait été effectué d'un seul trait. Cela a l'apparence d'un grand bâillement.

[67] Les experts entendus en demande, soit les docteurs Jean-Robert Fournier, gynécologue, et Robert Girard, chirurgien général, sont catégoriques, la transection a été effectuée par le Dr Camiré le 2 mars et des fautes importantes ont été commises au cours du suivi postopératoire.

[68] En ce qui concerne les experts de la défense, les docteurs André Masse, gynécologue, et Jean-François Latulippe, chirurgien général, il y a eu une perforation de petit calibre du rectum lors de la chirurgie du 2 mars, ou un affaiblissement de l'intestin, ce qui a conduit à un éclatement qui s'est produit soit le 8 ou le 9 mars.

[69] La thèse avancée par les experts de la demande est insoutenable. En effet, si la transection sur 300 degrés du rectum s'est produite lors de la chirurgie du 2 mars, cela aurait entraîné, dans les heures suivantes ou la journée suivante, des signes apparents de péritonite, donc des douleurs abdominales, de la défense involontaire, de la fièvre, de la tachycardie, une augmentation du rythme respiratoire, une augmentation ou une diminution de la tension artérielle et une hausse importante des globules blancs.

[70] Or, rien de cela n'est survenu lors du suivi postopératoire. Ce n'est que le 8 mars qu'on constate une augmentation importante des globules blancs, signe que quelque chose s'installe chez la patiente, et que l'équipe décide de consulter en chirurgie. De plus, des selles formées ou liquides ont passé par le rectum au moins jusqu'au 7 mars. La transection sur 300 degrés n'aurait pas permis cela.

[71] De même, la thèse des experts de la défense ne peut non plus être retenue. S'il est vrai qu'il y a eu une perforation de petit calibre (0,8 millimètre) lors de la chirurgie du 2 mars, la coupure nette constatée par le Dr Rouleau lors de la chirurgie du 9 mars ne peut constituer l'affaiblissement auquel réfèrent les experts de la défense.

[72] Le Tribunal retient que, lors de la chirurgie du 2 mars, il y a eu une manœuvre effectuée par le Dr Camiré qui a eu pour conséquence d'affaiblir la paroi du rectum sur 300 degrés avec un objet pointu et que c'est cet affaiblissement de la paroi qui a soudainement cédé, le 8 ou le 9 mars.

[73] Le Dr Camiré fournit les explications suivantes lors de son interrogatoire après défense du 4 novembre 2010<sup>32</sup>.

R En fait, au point 51, je nie en fait le fait... je nie la faute, que les fautes commises ont entraîné une péritonite fécale, ma position est qu'il y a eu une complication chirurgicale qui a entraîné une péritonite fécale, mais pas des fautes commises, à ce moment-là.

[...]

R En fait, c'est dû à une complication chirurgicale que... dont on a discuté au cours de notre entrevue, mais ce n'est pas dû à des fautes que j'ai commises dans la chirurgie comme telle ou dans le suivi postopératoire. C'est cet élément-là qui est important.

Q O.K. Ça fait que vous, la distinction que vous faites, ce n'est pas les faits et gestes, c'est la faute? Vous dites qu'il y a une complication qui est survenue suite à une chirurgie que vous avez faite...

R Exact.

Q ... mais que vous n'avez pas commis de faute?

[74] Tous les médecins entendus sont unanimes : la transection sur 300 degrés du rectum ne constitue pas un risque inhérent à une chirurgie d'hystérectomie. La jurisprudence est à l'effet que le *chirurgien ne doit certainement pas être jugé en fonction du résultat ni être condamné pour une simple erreur de jugement. Cependant, selon le juge Rand dans l'arrêt Wilson c. Swanson [1956] R.C.S. 854, à la page 812, on doit distinguer cette erreur « d'un geste maladroit ou résultant d'un manque d'attention ou de connaissances »*<sup>33</sup>.

[75] La transection sur 300 degrés du rectum constitue la conséquence d'un geste maladroit posé par le Dr Camiré en cours de chirurgie et, pour cette raison, le Tribunal doit retenir la responsabilité du Dr Camiré.

<sup>32</sup> Interrogatoire après défense du Dr Bruno Camiré, préc. note 1, p. 154-156.

<sup>33</sup> Voir également *Martel c. Hôtel-Dieu St-Vallier*, [1969] R.C.S. 745.

**LES DOMMAGES RÉCLAMÉS**

[76] Dans leur requête telle que modifiée le 30 octobre 2013, Mme Noreau et M. Carrier détaillent ainsi les dommages qu'ils réclament au Dr Camiré:

[74] Les demandeurs sont donc en droit de réclamer du défendeur, les sommes suivantes sauf à parfaire :

**Mme Rachel Noreau :**

74.1 Perte de revenus :	166 656,98 \$
74.2 Dommages non pécuniaires.:	200 000,00 \$
74.3 Médication <u>passée</u> :	<u>3 691,14 \$</u>
74.4 Médication <u>future</u> :	<u>16 052,02 \$</u>
74.5 Débours divers :	16 592,30 \$
<b>Total :</b>	<b><u>402 992,44 \$</u></b>

**M. Christian Carrier :**

74.6 Dommages non pécuniaires :	50 000,00 \$
74.7 Débours divers :	1 370,82 \$
<b>Total :</b>	<b>51 370,82 \$</b>

[77] Les conclusions de la procédure contiennent des demandes additionnelles, soit :

ORDONNER l'exécution provisoire nonobstant appel suivant les modalités à être établies par le tribunal.

RÉSERVER les recours pour dommages additionnels dans les trois ans du jugement final à intervenir sur les présentes;

LE TOUT avec dépens, y compris les frais d'experts, tant pour la préparation des rapports que l'assistance à la Cour.

[78] En début d'audience, les procureurs de Mme Noreau indiquent qu'ils renoncent à demander l'exécution provisoire nonobstant appel. Le Tribunal n'a donc pas à se prononcer sur cette conclusion.

[79] La ventilation relative à la perte de revenus se retrouve à la page 5 du plan de plaidoirie des demandeurs alors que celle relative aux frais et débours se retrouve dans les tableaux produits en liasse sous la cote P-4.

[80] Le principe général en matière de preuve se retrouve à l'article 2803 C.c.Q. et indique que c'est à celui qui veut faire valoir un droit à qui il appartient de prouver les faits qui soutiennent sa prétention.

[81] L'article 1607 C.c.Q prévoit:

1607 Le créancier a droit à des dommages-intérêts en réparation du préjudice, qu'il soit corporel, moral ou matériel, que lui cause le défaut du débiteur et qui en est une suite immédiate et directe.

[82] C'est l'article 1611 C.c.Q. qui détermine le type de dommages-intérêts qui peuvent être réclamés :

1611 Les dommages-intérêts dus au créancier compensent la perte qu'il subit et le gain dont il est privé.

On tient compte, pour les déterminer, du préjudice futur lorsqu'il est certain et qu'il est susceptible d'être évalué.

[83] Pour avoir droit à des dommages-intérêts, le créancier doit les prouver et démontrer qu'ils sont directs et raisonnables eu égard aux circonstances.

### **LES DOMMAGES POUR RACHEL NOREAU**

#### **➤ Perte de revenus : 166 656,98 \$**

[84] Mme Noreau réclame 166 656,98 \$ à titre de perte de revenus pour la période comprise entre le 2 mai 2007 et le 7 février 2010.

[85] Elle a été en arrêt complet de travail jusqu'au 27 juin 2008.

[86] Par la suite, entre le 30 juin et le 14 septembre 2008, elle a effectué un retour progressif au travail à raison d'un jour par semaine du 30 juin au 20 juillet, deux jours par semaine du 21 juillet au 17 août et trois jours par semaine du 18 août au 14 septembre 2008.

[87] Elle a été en arrêt complet de travail du 16 septembre 2008 au 6 septembre 2009 et a repris le travail de façon progressive à compter du 7 septembre 2009 pour reprendre le travail à raison de quatre jours par semaine à compter du 7 février 2010.

[88] Au moment de la chirurgie pour hystérectomie, Mme Noreau est en arrêt de travail pour dépression majeure depuis le 13 mars 2006 en raison d'un *burnout*. Selon les notes de la Dre Dupuis, son médecin traitant, cette dépression majeure est reliée à une faible tolérance au stress de Mme Noreau lié à son travail (P-6). Les notes qu'on retrouve en janvier et février 2007 indiquent que Mme Noreau souffre d'une dépression majeure et qu'elle fait l'objet d'une amélioration insuffisante pour un retour au travail *actuellement*. À cette période, elle prend des antidépresseurs ainsi qu'une médication

pour régler ses problèmes d'insomnie. Il est certain que suite à l'hystérectomie du 2 mars 2007, Mme Noreau n'aurait pu retourner au travail avant un minimum de huit à dix semaines, période normale de convalescence après ce type de chirurgie.

[89] Cependant, rien ne permet au Tribunal de conclure que Mme Noreau aurait été en mesure de retourner au travail de façon efficace dès le mois de mai 2007.

[90] Il est certain que les chirurgies subies par Mme Noreau entre le 9 mars 2007 et février 2008 ne lui ont pas permis de reprendre le travail et il lui aurait probablement été impossible de le faire avant le 21 avril 2008, date que prévoyait le Dr Grégoire dans un formulaire rempli par lui postfermeture d'iléostomie de février 2008. Là encore, la preuve ne révèle pas que l'absence de retour au travail de Mme Noreau après cette date est une conséquence directe des gestes posés par le Dr Camiré entre les 2 et 9 mars 2007.

[91] La condition déjà fragile de Mme Noreau au début de l'année 2007 est en partie responsable du second retour au travail qui a probablement été aggravé par les chirurgies subies à compter du 9 mars 2007 pour lesquelles le Tribunal retient la responsabilité du Dr Camiré.

[92] Les notes évolutives contenues au dossier P-6 démontrent que le non-retour au travail de Mme Noreau jusqu'en 2010 est dû à sa faible tolérance au stress ainsi qu'au *feedback* relié aux problèmes vécus lors de ses chirurgies et de son premier arrêt de travail. Mme Noreau était déjà fragilisée depuis mars 2006. Les chirurgies subies en 2007 ont probablement eu pour conséquence d'accentuer ou d'exacerber son état, mais il est impossible de relier tous les problèmes de Mme Noreau comme conséquence de la chirurgie d'hystérectomie subie le 2 mars 2007.

[93] Vu la difficulté d'identifier la raison exacte du non-retour de Mme Noreau au travail avant février 2010, le Tribunal considère qu'il est justifié que le Dr Camiré ne peut être responsable de plus de 50 % des pertes de revenus de Mme Noreau entre le 2 mai 2007 et le 7 février 2010.

[94] Les procureurs du Dr Camiré contestent la base de calcul de la perte de revenus de Mme Noreau tant relativement au salaire annuel pour l'année 2007 que le salaire indexé par la suite. Selon eux, le calcul de la perte de revenus a été déterminé par les procureurs de Mme Noreau alors qu'on aurait dû faire la preuve de son salaire au moyen d'une convention collective et du facteur d'indexation applicable pour les années réclamées. À l'audience, Mme Noreau mentionne s'être fiée au calcul de ses procureurs et ajoute ne pas avoir effectué de vérification concernant le revenu annuel applicable. La moyenne de salaire pour les années 2002 à 2005 est de 60 426 \$.



[95] Dans les circonstances, le Tribunal se voit dans l'obligation d'exercer une certaine discrétion judiciaire relativement à la perte de revenus de Mme Noreau qu'il établit à un salaire annuel moyen de 65 000 \$ pour les années 2007 à 2010, soit 1 250 \$ par semaine, pour une somme totale de 149 060 \$. La responsabilité du Dr Camiré étant retenue à 50 %. Mme Noreau a droit à une somme de 74 530 \$.

➤ **Médication passée : 3 691,14 \$**

[96] Le tableau P-4 produit au dossier de la Cour intitulé **Tableau des frais de médication (à jour en octobre 2013)** fait état d'une réclamation totale de 5 347,53 \$ pour les années 2007 à 2013. L'année 2009 à elle seule représente une réclamation de 3 673,60 \$.

[97] La réclamation n'est appuyée d'aucune pièce justificative malgré la demande des procureurs du défendeur et aucune explication n'est fournie quant aux liens entre la prise des médicaments contenus à cette liste et la faute alléguée du Dr Camiré.

[98] La preuve soumise et le manque d'explication fournis à l'audience ne permettent pas au Tribunal de faire droit à cette réclamation qui, de toute évidence, n'est pas en lien direct avec les gestes posés par le Dr Camiré ou ses conséquences. Le Tribunal remarque que pour l'année 2013, Mme Noreau réclame un montant de 641,72 \$ pour un médicament nommé *Symbalta*. Mme Noreau associe la prise de cette médication à des douleurs cervicales. Aucune explication n'est fournie concernant le lien qui peut exister entre ces douleurs cervicales et les gestes posés par le Dr Camiré en 2007 ou ses conséquences. Il est évident que le Tribunal ne peut donner suite à cette réclamation.

➤ **Médication future : 16 052,02 \$**

[99] Concernant la demande de remboursement des frais de médication, on retrouve au même tableau une réclamation pour coût futur de médicaments relative également à du *Symbalta* pour la période de novembre 2013 à juillet 2038, soit jusqu'à ce que Mme Noreau ait atteint l'âge de 82 ans, l'équivalent de son espérance de vie.

[100] Là, encore, il s'agit d'une médication relative à des douleurs cervicales où il est difficile d'effectuer un lien entre la prise de médicaments et la faute reprochée au Dr Camiré. Aucune explication causale n'est fournie par Mme Noreau. Le Tribunal ne peut établir un lien entre la prise de cette médication et les reproches formulés à l'égard du Dr Camiré. La réclamation de Mme Noreau à ce poste doit également être rejetée faute de preuve causale.

➤ **Débours divers : 16 592,30 \$**

[101] Dans un tableau récapitulatif des dépenses, Mme Noreau réclame le remboursement des postes des dépenses suivants:

<u>Dépense</u>	<u>Montant</u>
Centre de stomie	2 355,91 \$
Psychothérapie	5 200,00 \$
Physiothérapie	1 345,00 \$
Acupuncture	425,00 \$
Prothèse capillaire	427,31 \$
Frais dentaires	2 162,70 \$
Chambre d'hôpital	3 517,56 \$
Frais de déplacement et stationnement	707,57 \$
<b>Sous-total</b>	<b>16 141,05 \$</b>

[102] Chacun de ces postes de dépenses fait l'objet d'un tableau détaillé indiquant la date, le type de dépense et le montant. Il n'y a pas de pièce justificative, ni facture. La défense en a demandé, sans succès.

[103] Les dépenses concernant le Centre de stomie s'échelonnent entre le 2 avril 2007 et le 13 février 2008 et totalisent 2 355,91 \$.

[104] Il est évident que Mme Noreau a eu à engager des dépenses concernant sa stomie et malgré les lacunes dans la preuve, le Tribunal lui octroie la somme de 2 355,91 \$ telle que réclamée et considère qu'il s'agit là d'un lien direct avec la faute reprochée au Dr Camiré et les chirurgies subies entre le 9 mars 2007 et février 2008.

[105] Le tableau concernant la réclamation des frais de psychothérapie couvre la période du 4 septembre 2008 au 17 février 2010. Cela coïncide avec la période de perte de revenus de Mme Noreau.

[106] Même s'il n'y a pas de pièce justificative à l'appui de cette réclamation, le Tribunal considère que Mme Noreau est justifiée de réclamer des frais de psychothérapie qui doivent être remboursés dans la même proportion que la perte de revenus et pour les mêmes raisons. En effet, si des traitements de psychothérapie ont été nécessaires à Mme Noreau, il est difficile d'en attribuer entièrement la responsabilité au Dr Camiré. La nécessité de ces traitements n'est pas claire et le Tribunal accorde donc un remboursement de l'ordre de 2 600 \$.

[107] Mme Noreau réclame un remboursement de 1 345 \$ pour des frais de physiothérapie pour la période s'échelonnant entre le 26 mars et le 1<sup>er</sup> octobre 2009. Là encore, il n'y a aucune pièce justificative, ni explication concernant la nécessité de ces soins ni le lien qui peut exister entre le traitement et la faute alléguée du Dr Camiré. Le Tribunal ne peut donc faire droit à la demande de remboursement de ces frais de physiothérapie.

➤ **Acupuncture : 425 \$**

[108] Mme Noreau réclame le remboursement de frais d'acupuncture pour la période du 30 avril au 23 juillet 2009 qui totalise 425 \$. Tout comme la réclamation pour le remboursement des frais de physiothérapie, il n'y a aucune pièce justificative à l'appui de la demande de Mme Noreau, ni explication concernant la nécessité d'engager ces frais en lien avec la faute alléguée du Dr Camiré. La réclamation pour le remboursement des frais d'acupuncture doit donc être rejetée.

➤ **Dépenses diverses**

[109] Ce tableau concerne le remboursement d'une prothèse capillaire, des frais dentaires en mai 2007 ainsi que des frais concernant la chambre d'hôpital pour des périodes comprises entre le 4 mars 2007 et le 2 mars 2008. La réclamation concernant la prothèse capillaire n'est pas appuyée de pièce justificative et les explications données à l'audience ne démontrent aucun lien causal entre la nécessité d'acquérir telle prothèse capillaire et la faute reprochée au Dr Camiré. Le Tribunal rejette donc cette réclamation.

[110] En ce qui concerne les frais dentaires totalisant 2 162,70 \$, là, encore, il n'y a aucune preuve de lien causal entre la nécessité d'effectuer ces débours et la faute alléguée du Dr Camiré. Il est possible que des dommages aient été causés à une dent de Mme Noreau au cours des chirurgies subies par Mme Noreau à compter du 2 mars 2007, mais, si c'est le cas, la faute devrait revenir aux interventions lors de ces chirurgies. Dr Camiré n'a aucune responsabilité à supporter concernant cette réclamation.

[111] Pour ce qui est de la demande de remboursement des frais concernant la chambre d'hôpital, la personne qui se voit réclamer des frais concernant une chambre d'hôpital doit en faire expressément la demande. Le Dr Camiré n'a pas de responsabilité relativement au remboursement de ces frais et la réclamation doit également être rejetée, d'autant plus qu'elle n'est appuyée d'aucune pièce justificative.

[112] Enfin, Mme Noreau réclame 707,57 \$ à titre de frais de déplacement et de stationnement pour les années 2007 à 2010 inclusivement. Une grande partie de ces frais concerne des déplacements à la Clinique médicale Giffard ou à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Ils ne sont appuyés d'aucune pièce justificative et la preuve ne permet pas de faire un lien entre ces déplacements et la faute reprochée au Dr Camiré.

[113] Certaines des dépenses concernent cependant des déplacements à l'Hôpital Saint-François-d'Assise ou au Centre de stomie et sont relatives soit à des frais de stationnement ou au remboursement de kilométrage. La preuve est peu concluante concernant ces demandes de remboursement, cependant le Tribunal, dans sa discrétion judiciaire, octroie à Mme Noreau un montant total de 300 \$ à titre de remboursement pour ces frais de déplacement et de stationnement pour les années 2007 et 2008 à l'Hôpital Saint-François-d'Assise et au Centre de stomie.

#### **DOMMAGES NON PÉCUNIAIRES : 200 000 \$**

[114] C'est aux paragraphes 57 à 67 de la requête introductive d'instance modifiée qu'on retrouve les griefs qui justifieraient l'octroi de dommages non pécuniaires à Mme Noreau. Le Tribunal retient de la preuve que Mme Noreau a subi des chirurgies éprouvantes à compter du 9 mars 2007. Elle est demeurée intubée plusieurs jours après le 9 mars 2007, a subi une psychose des soins, ce qui a occasionné des dommages psychologiques. Ces chirurgies ont exigé une hospitalisation prolongée équivalant à une privation de liberté pendant quelques semaines.

[115] La péritonite fécale et le traumatisme abdominal ont entraîné une stomie difficile à supporter pour Mme Noreau qui a eu des conséquences tant physiques que psychologiques. Ces traitements n'auraient pas été nécessaires n'eut été les conséquences de la responsabilité du Dr Camiré en regard de la transsection du rectum sur 300 degrés.

[116] Mme Noreau a eu à vivre des mois pénibles suite à la stomie, a dû se soumettre à de nouvelles chirurgies et a été absente du travail pendant quelques années, quoique le Tribunal retienne qu'une partie de cette absence n'est pas attribuable à la responsabilité du Dr Camiré.

[117] La vie de Mme Noreau a été bouleversée suite à ces chirurgies et a encore des conséquences esthétiques dues aux cicatrices laissées par les chirurgies.

[118] Les douleurs, souffrances et inconvéniens divers reliés aux chirurgies subies en 2007 et 2008 donnent ouverture à une indemnisation qui doit tenir compte de l'intensité des souffrances endurées au cours des années suivant ces chirurgies.

[119] Malgré le symptôme de choc post-traumatique, le Dr Lajeunesse indique dans son contre-interrogatoire du 3 décembre 2013 que Mme Noreau ne conserve pas de séquelle psychologique ou psychiatrique des événements sauf les nuits suite à l'hystérectomie. Mme Noreau a repris une vie professionnelle et familiale qui comporte certaines limitations, mais elle a une vie citoyenne normale. Elle n'a pas de réduction significative de ses activités quotidiennes, ni d'altération de son rendement social ou personnel.

[120] Elle a recommencé progressivement à faire des activités auxquelles elle s'adonnait avant son opération (marche, vélo, voyage, etc.) et il n'y a aucune preuve qu'elle conserve un déficit anatomophysiologique physique important.

[121] Le Tribunal doit cependant tenir compte dans l'évaluation des dommages non pécuniaires des cicatrices consécutives à la péritonite fécale et à la stomie et du fait qu'elle doit vivre avec cette situation quotidiennement sans espoir de les voir disparaître un jour.

[122] Ainsi, dans l'octroi de dommages non pécuniaires, le Tribunal doit se baser sur la recherche de *la valeur de remplacement* des dommages occasionnés pour consoler la victime de son malheur, méthode dont l'applicabilité au Québec a été reconnue par la Cour suprême<sup>34</sup>.

[123] Le Tribunal est d'avis que l'octroi d'un montant de 100 000 \$ est juste et raisonnable dans les circonstances vu la période difficile vécue par Mme Noreau au cours des années 2007 et 2008, la période de récupération jusqu'en 2010 et la subsistance de certains dommages principalement de nature psychologique et esthétique pour l'avenir.

[124] Aller au-delà du montant octroyé irait à l'encontre de la raison d'être de l'octroi des dommages non pécuniaires et des règles établies par la doctrine et la jurisprudence.

---

<sup>34</sup> Québec (*Curateur public*) c. *Syndicat national des employés de l'Hôpital Saint-Ferdinand*, [1996] 3 R.C.S. 211, paragr. 80.

**LES DOMMAGES POUR CHRISTIAN CARRIER****➤ Débours divers : 1 370,82 \$**

[125] La réclamation de M. Carrier concerne des frais de déplacement et de stationnement pour les années 2007 et 2008. Le tableau produit en liasse sous la cote P-4 indique des dates au cours desquelles Mme Noreau a été hospitalisée à l'Hôpital Saint-François-d'Assise. La réclamation concerne le remboursement de frais de stationnement, de kilométrage et de repas. Aucune pièce justificative n'est produite.

[126] À l'audience, M. Carrier témoigne qu'il stationnait son véhicule dans la rue lors de ses visites à l'hôpital, qu'il utilisait les parcomètres et qu'il consommait à l'occasion des produits provenant de distributrices situées à l'intérieur du centre hospitalier. En ce qui concerne le kilométrage, il réclame à chaque occasion le remboursement de 0,45 \$ par kilomètre pour une distance de 26,80 kilomètres, soit un montant de 12,06 \$ à chaque occasion.

[127] Même s'il est vrai que le montant réclamé n'est pas énorme, le Tribunal est d'avis que la preuve administrée ne justifie pas le remboursement du montant réclamé. Le Tribunal doit ici encore exercer une discrétion judiciaire et en tenant compte du fait que les visites de M. Carrier n'excédaient pas plus que quelques heures à l'heure des repas, sauf en période de chirurgie intense, le Tribunal accorde à M. Carrier un montant de 500 \$.

**➤ Dommages non pécuniaires : 50 000 \$**

[128] La justification de la réclamation des dommages non pécuniaires pour M. Carrier se retrouve aux paragraphes 71 à 73 de la requête introductive d'instance modifiée. Il invoque principalement la crainte de voir mourir sa conjointe, avoir vécu des semaines intenses de stress et avoir vu sa vie de couple et de famille complètement bouleversée par les événements survenus principalement entre mars 2007 et février 2008.

[129] Le Tribunal reconnaît que le stress vécu par M. Carrier a probablement été intense durant cette période, qu'il a dû accorder beaucoup plus de temps pour supporter Mme Noreau et que ses habitudes quotidiennes ont probablement été perturbées. Il n'en demeure pas moins que la vie de couple était déjà moins intense depuis 2006 alors que les relations intimes avaient cessé et qu'elles n'ont pas repris depuis.

[130] Il appert également du témoignage de M. Carrier que la mère de Mme Noreau a été d'une aide importante à la maison à compter du mois d'avril 2007 suite à sa sortie de l'hôpital. Il est certain que Mme Noreau et M. Carrier n'ont pas eu beaucoup d'activités sociales entre les mois d'avril et juin 2007, quoiqu'ils étaient en mesure de recevoir des membres de la famille et des amis.

[131] Les activités de la vie quotidienne ont repris dès l'été 2007 et il appert que M. Carrier n'a pas eu à prendre de médication ou avoir un suivi psychologique à la suite des chirurgies subies par sa conjointe.

[132] À l'audience, le témoignage de M. Carrier réfère beaucoup plus à des troubles et inconvénients subis par Mme Noreau que ce qu'il a lui-même vécu.

[133] Dans les circonstances, le Tribunal octroie à M. Carrier à titre de dommages non pécuniaires pour les troubles et inconvénients subis par lui un montant de 10 000 \$.

### **RÉSERVE DE RECOURS ET DOMMAGES ADDITIONNELS**

[134] Mme Noreau demande au Tribunal de réserver ses recours pour dommages additionnels dans les trois ans du jugement, et ce, tel que prévu à l'article 1615 *C.c.Q.*

[135] Cette disposition législative introduite au *Code civil du Québec* en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1994 était de droit nouveau et tenait compte du fait que l'état de santé d'une personne peut changer de façon appréciable après le jugement faisant en sorte que les dommages-intérêts accordés ne reflètent plus la réalité, la condition physique du créancier s'étant aggravée au-delà de toute expectative.

[136] Pour accorder une demande basée sur l'article 1615 *C.c.Q.*, le Tribunal doit être convaincu que la condition de la personne qui le réclame n'est pas consolidée au moment de l'audience ou du jugement.

[137] Or, dans le présent dossier, la preuve démontre clairement que les dommages sont consolidés et qu'il n'y a pas de risque d'aggravation de la condition de Mme Noreau.

[138] Le Tribunal ne peut donc donner suite à la demande formulée par Mme Noreau concernant cette réserve de recours pour dommages additionnels.

### **LES FRAIS D'EXPERTS**

[139] L'article 477 alinéa 2 *C.c.Q.* laisse une latitude au juge qui peut mitiger les dépens relatifs aux expertises faites à l'initiative des parties.

[140] Dans le présent dossier, les expertises produites en demande n'ont pas été d'une grande utilité pour le Tribunal. La thèse avancée par les docteurs Jean-Robert Fournier et Robert Girard est fort contestable. Ils ont démontré une certaine complaisance. Le fait qu'ils situent au 2 mars 2007 la transsection sur 300 degrés du rectum est incompatible avec le suivi clinique effectué par l'équipe gynécologique et chirurgicale de l'Hôpital Saint-François-d'Assise.

[141] Le Tribunal pourrait réduire les frais d'experts pour cette raison. Cependant, cela aurait pour effet de pénaliser Mme Noreau qui, à l'issue de ce jugement, doit être indemnisée pour les dommages subis.

[142] Dans les circonstances, le Tribunal accorde l'entièreté des frais d'expertises, et ce, dans le seul but de ne pas pénaliser Mme Noreau.

### LES DÉPENS

[143] Le Tribunal accorde les entiers dépens incluant les frais d'experts.

### **POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL:**

[144] **CONDAMNE** le Dr Bruno Camiré à payer à Rachel Noreau la somme de 179 785 \$ avec intérêts et indemnité additionnelle à compter de l'assignation;

[145] **CONDAMNE** le Dr Bruno Camiré à payer à Christian Carrier la somme de 10 500 \$ avec intérêts et indemnité additionnelle à compter de l'assignation;

[146] **LE TOUT** avec dépens incluant les frais pour la préparation des rapports d'expertises et les honoraires de préparation et de présence à la Cour des experts.

  
YVES ALAIN, J.C.S.

Me Joëlle Dubois  
Me Étienne Giasson  
TREMBLAY BOIS MIGNAULT LEMAY (casier 4)  
Procureur des demandeurs

Me Philippe Cantin  
Me Isabelle Germain  
MCCARTHY TÉTRAULT (casier 10)  
Procureurs du défendeur

Dates d'audience : 25, 26, 27, 28, 29 novembre et 2, 3, 4, 5 et 9 décembre 2013  
Nature: Responsabilité médicale