

COUR SUPÉRIEURE

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

N° : 500-05-028807-970

DATE : 4 août 2003

SOUS LA PRÉSIDENCE DE : L'HONORABLE PIERRE ISABELLE, J.C.S.

CLAIRE DUHAMEL,
Demanderesse

c.
DR. JOHN ROBERT SUTTON,
Défendeur

JUGEMENT

[1] La demanderesse reproche au défendeur, un chirurgien orthopédiste de l'Hôpital St-Mary une faute professionnelle suite à la pose d'une prothèse de Moore pour traiter une fracture de la hanche subie le 7 janvier 1994. Elle lui réclame des dommages de 61,720\$.

Les faits

[2] Le 7 janvier 1994, la demanderesse alors âgée de 68 ans chute sur un trottoir de l'ancienne Ville de Westmount. Incapable de se relever, elle est transportée par ambulance à l'urgence de l'Hôpital St-Mary.

[3] Dès son arrivée, elle signe un consentement général aux soins à être prodigués. Elle est ensuite confiée à l'urgentologue en devoir qui, après examen et la prise de radiographies, diagnostique une fracture de la hanche droite.

[4] Le médecin communique alors avec l'orthopédiste de garde, le Dr. John Robert Sutton. Les deux médecins ont une conversation téléphonique vers 20h00 le soir de l'accident. Le défendeur est informé que Claire Duhamel souffre d'une fracture intertrochantérienne de la hanche droite.

[5] Le Dr. Sutton informe l'urgentologue qu'il doit opérer la patiente le plus tôt possible, le lendemain matin, le samedi 8 janvier 1994. Il lui recommande donc de placer Claire Duhamel sous traction et de la maintenir à jeun.

[6] Selon la description de la nature de la fracture subie par la demanderesse, le défendeur pense alors pouvoir procéder à la réparation du col fémoral de la hanche en utilisant la technique médicale du rattachement des os par l'utilisation de clous, de vis et de plaques. Le terme anglais utilisé pour décrire ce genre d'opération est le "hip pinning". On réfère également à ce genre d'opération par les termes «enclouage de la hanche».

[7] Le défendeur considère urgente la situation dans laquelle se trouve la demanderesse car une fracture de la hanche pour une patiente de 68 ans peut être fatale si elle n'est pas traitée le plus rapidement possible en raison des risques de complication.

[8] Ainsi, dès 7h00 le 8 janvier 1994, le défendeur communique avec l'Hôpital St-Mary pour réserver du temps opératoire. Puisqu'il s'agit d'un samedi, seules les urgences sont traitées. Il obtient un temps d'opération pour 11h00 a.m.

[9] Le matin du 8 janvier 1994, les infirmières préparent la demanderesse pour l'opération. Elle est transportée en civière jusqu'à l'anti-chambre de la salle d'opération afin d'attendre la visite de l'anesthésiste et du chirurgien-orthopédiste.

[10] Des médicaments contre la douleur dont du Démérol sont administrés à la patiente vers 09h00. Les notes des infirmières contenues au dossier médical de la demanderesse indiquent qu'à 10h30 le consentement à la chirurgie n'est toujours pas signé et que la patiente est très somnolente (very drowsy).

[11] Le formulaire de consentement (P-4) dont il est fait référence est celui que les patients doivent signer avant de subir une intervention chirurgicale. Ce document contient 7 sections différentes concernant diverses situations nécessitant le consentement d'un patient. La section 2 concerne le consentement spécifique à une intervention chirurgicale et la section 4 concerne le consentement à l'anesthésie.

[12] Le matin de l'opération, la section 2 du document a été partiellement complétée sans que la preuve n'établisse par qui.

[13] Le nom du Dr. Sutton, médecin devant pratiquer l'intervention chirurgicale, est indiqué au document. L'opération devant avoir lieu est également décrite

sommairement. On indique la pose de clous-plaques à la hanche droite. Le texte anglais contient les mots suivants:

"® hip pinning-ORIF"

Le document est daté du 8 janvier 1994.

[14] La section 4 du formulaire concernant le consentement à l'anesthésie est également partiellement complétée. Elle contient le diagnostic sommaire de la chirurgie à être pratiquée en ces termes "ORIF ® hip". Cette section du document ne contient pas le nom de l'anesthésiste mais porte également la date du 8 janvier 1994.

[15] Le Dr. Louis-Philippe Laberge est l'anesthésiste en devoir le matin de la chirurgie. En 1994, il pratique cette spécialité depuis 28 ans. Celui-ci témoigne qu'il rencontre la demanderesse avant son entrée en salle d'opération pour obtenir sa signature au formulaire de consentement qu'il a entre les mains.

[16] Le Dr. Laberge questionne d'abord la demanderesse sur sa condition de santé et en particulier sur ses allergies. Ensuite, il discute avec celle-ci du mode d'anesthésie propice à l'opération. Il suggère de procéder par épidurale mais la demanderesse refuse préférant l'anesthésie générale. L'anesthésiste indique donc à la section 4 du formulaire que l'opération se déroulera sous anesthésie générale. Claire Duhamel signe ensuite le document. Le Dr. Laberge signe comme médecin responsable de l'anesthésie et demande au Dr. Sutton de signer à titre de témoin, ce qu'il fait.

[17] Selon le Dr. Laberge, Claire Duhamel est consciente lors de leur conversation et il note d'ailleurs à son formulaire d'évaluation pré-opératoire que la patiente est alerte et orientée.

[18] Dès son arrivée à l'hôpital le matin du 8 janvier 1994, le défendeur consulte pour la première fois les radiographies de la hanche droite de la demanderesse prises en salle d'urgence le 7 janvier 1994.

[19] L'analyse de ces radiographies démontre que la fracture subie par la demanderesse n'est pas celle décrite par l'urgentologue lors de leur conversation téléphonique de la veille.

[20] En effet, le Dr. Sutton constate que Claire Duhamel souffre d'une fracture transversale située en-dessous de la tête fémorale qui présente une bascule interne avec ascension du col fémoral. Le Dr. Sutton réalise donc qu'il doit changer de protocole opératoire car il ne peut traiter ce genre de fracture par la pose de clous-plaques (hip pinning). Ce traitement n'a aucune chance de réussite selon ce qu'il constate à l'examen de la radiographie. Le chirurgien décide donc de pratiquer une héli-arthroplastie avec mise en place d'une prothèse de Moore.

[21] Le défendeur se rend alors au chevet de la demanderesse qu'il rencontre pour la première fois. Elle est allongée sur une civière dans l'anti-chambre de la salle d'opération. Le Dr. Sutton lui explique qu'elle souffre d'une fracture de la tête fémorale, c'est-à-dire que le col fémoral est fracturé sous sa tête, laquelle est tournée et déplacée.

[22] Le Dr. Sutton écrit dans ses notes "displaced right ® femoral neck fracture". Il informe alors la patiente de l'urgence de l'opérer en raison des risques pour sa santé. Le défendeur lui pose certaines questions et lui demande en particulier si elle marche beaucoup. La patiente répond par l'affirmative. Le médecin l'informe alors qu'il procédera à une intervention chirurgicale lui permettant d'enlever l'os fémoral pour le remplacer par une prothèse de Moore. Le Dr. Sutton explique brièvement le déroulement de l'opération.

[23] Puisque le Dr. Sutton modifie le protocole opératoire, il ajoute à la section 2 du formulaire de consentement, les mots " ® Moore's".

[24] Le Dr. Sutton demande alors à Claire Duhamel de signer cette section du document, laquelle autorise le médecin à pratiquer l'intervention chirurgicale.

[25] Claire Duhamel, médicamentée et couchée sur le dos, signe le document à l'endroit réservé au médecin. Le Dr. Sutton signe comme témoin.

[26] Le défendeur informe l'infirmière en charge de la salle d'opération, Myrna Yumol, du changement de protocole. Les instruments chirurgicaux sont remplacés par ceux appropriés au choix du chirurgien.

[27] L'opération chirurgicale sous anesthésie générale débute à 11h10 et se termine à 12h40. La prothèse de Moore est adéquatement mise en place tel que le démontrent les radiographies post-opératoires du 9 janvier 1994. L'opération se déroule sans complication.

[28] La demanderesse est hospitalisée pendant 4 jours. Son dossier médical démontre que dès le 10 janvier 1994 elle se déplace avec l'aide d'une marchette. Après son hospitalisation elle est transférée à l'hôpital de réadaptation Lindsay où elle demeure pendant 2 semaines pour suivre des traitements de physiothérapie.

[29] Après cette période de temps, Claire Duhamel continue son programme de réhabilitation comme patiente externe du centre de réadaptation. Elle marche avec l'aide d'une marchette pendant un certain temps puis utilise une canne pendant 15 mois. En avril 1995, elle peut marcher sans l'aide d'accessoire.

[30] Après l'opération, Claire Duhamel ressent toujours de la douleur à la hanche. Elle se plaint d'une sensation de brûlure lorsqu'elle marche.

[31] Le 17 février 1994, elle revoit le Dr. Sutton à son bureau. Celui-ci note que la convalescence va bien et que la patiente peut s'asseoir.

[32] Le 11 avril 1994, le Dr. Sutton revoit la demanderesse. Le médecin consigne à ses notes que la convalescence de la patiente va bien mais qu'elle se plaint de douleurs. De nouvelles radiographies sont prises mais n'indiquent rien d'anormal.

[33] Le 13 juin 1994, elle visite à nouveau le Dr. Sutton. L'examen physique de la demanderesse démontre le bon fonctionnement de la prothèse de Moore.

[34] Le 9 janvier 1995, lors d'une nouvelle visite au Dr. Sutton, Claire Duhamel se plaint de la douleur persistante à la hanche lorsqu'elle marche. Le chirurgien lui parle alors de la possibilité de la ré-opérer pour procéder à un remplacement total de la hanche. Il ne recommande pas l'opération avant l'expiration d'un délai de 2 ans.

[35] Insatisfaite de la réponse donnée par le Dr. Sutton, la demanderesse consulte en janvier 1995 le chirurgien-orthopédiste de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, le Dr. Dehnade. Celui-ci demande la prise d'une nouvelle radiographie, laquelle n'explique pas les douleurs de la demanderesse. Ce spécialiste ne recommande pas une nouvelle chirurgie mais prescrit à la demanderesse des anti-inflammatoires qu'elle prend de janvier à décembre 1995. Ces médicaments semblent atténuer la douleur pendant un certain temps.

[36] Elle revoit pour une dernière fois, le Dr. Dehnade le 22 février 1995 sans que celui-ci ne trouve de solution à sa souffrance.

[37] Devant la douleur persistante à la hanche droite, la demanderesse consulte le 1^{er} février 1996 la Dr. Olga Huk-Papanastasiou, chirurgienne-orthopédiste, pratiquant la médecine à l'hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis.

[38] Lors de cette rencontre initiale, la demanderesse se plaint de douleurs à la hanche droite et d'une sensation de mouvement à l'intérieur de celle-ci. Elle informe le médecin de sa difficulté à monter les escaliers et de l'arrêt de toutes ses activités nécessitant de la marche.

[39] Après l'examen physique de la patiente et l'analyse des radiographies, la Dr. Huk recommande le remplacement de la prothèse de Moore par une arthroplastie totale, c'est-à-dire le remplacement total de la hanche droite par une prothèse de type Exeter.

[40] L'opération a lieu le 4 mars 1996. La demanderesse est hospitalisée pendant une semaine puis entreprend sa convalescence à la maison. Elle termine ses traitements de physiothérapie le 15 avril 1996 et elle marche sans canne dès le 23 juin 1996.

[41] Depuis cette deuxième opération chirurgicale de la hanche, Claire Duhamel n' a plus de douleurs et a repris ses activités normales dont la marche.

[42] Le 29 juin 1994, Claire Duhamel intente une poursuite de 155 000 \$ contre la Ville de Westmount. Elle réclame les pertes suivantes:

- | | |
|---|-----------|
| - Perte de salaire, prise d'une retraite anticipée: | 50 000 \$ |
| - Incapacité partielle permanente – 10%: | 60 000 \$ |
| - Douleurs, souffrances, inconvénients: | 20 000 \$ |
| - Incapacité d'effectuer du sport tel que jogging, ski de fond, marche prolongée, natation, etc.: | 25 000 \$ |

[43] La poursuite est réglée hors-Cour le 22 juillet 1996 sans que la preuve ne démontre le montant de l'indemnité payée à la demanderesse.

Les prétentions des parties

[44] La demanderesse reproche au défendeur d'avoir manqué à plusieurs de ses obligations professionnelles engageant par ces faits sa responsabilité.

[45] Le paragraphe 6 de la déclaration amendée du 20 juillet 1998 contient l'énumération des fautes reprochées au défendeur. Il contient le texte suivant:

6. Le défendeur est responsable professionnellement pour les douleurs, souffrances inconvénients et dépressions résultant de la deuxième opération subie par la demanderesse pour les motifs suivants:

- a) à l'origine, l'opération était cédulée pour la pose d'une "pin";
- b) à la dernière minute, il changea la procédure opératoire d'une "pin" pour la pose d'une prothèse de "Moore";
- c) il n'a pas expliqué à la demanderesse la raison du changement de la procédure opératoire prévue ni les conséquences de ce changement;
- d) il n'avait pas le consentement écrit de la demanderesse ni pour la pose d'une "pin" ni pour la pose de la prothèse de "Moore";
- e) il n'a pas obtenu le consentement "éclairé" de la part de la demanderesse pour aucune des deux opérations soit la pose d'une "pin" soit la pose d'une prothèse de "Moore";
- f) dès l'été 1994 et au cours de l'hiver 1995, la tige de la prothèse de "Moore" commença à se déplacer dans le fémur, entraînant le déplacement de la tête métallique de la prothèse de "Moore" qui cause l'érosion du cartilage de la cavité

acétabulaire et tous les inconvénients tels que souffrances, dépressions, perte du goût de vivre;

g) il a été fautif dans la procédure de la pose de la prothèse de "Moore" sans égard au danger de déplacement de la tige de la prothèse de "Moore" dans le fémur;

h) il a été fautif dans la pose de la prothèse de "Moore", ayant causé à la demanderesse la perte de la tête du fémur droit sans nécessité;

i) la pose de la prothèse de "Moore" n'était pas la procédure opératoire indiquée dans les circonstances;

j) dû au traitement fautif du défendeur, la demanderesse a dû subir une deuxième opération pour la pose d'une prothèse totale "Exeter" qui a permis à la demanderesse d'être guérie de son mal et de vaquer sans problèmes de douleur ou d'incapacité de morbidité à ses occupations normales;

[46] En résumé, Claire Duhamel reproche au Dr. Sutton d'avoir manqué à son devoir d'information, d'avoir procédé à la chirurgie sans avoir obtenu au préalable son consentement éclairé, d'avoir fait le mauvais choix de traitement considérant le genre de fracture subie et de ne pas avoir respecté les normes de l'art dans l'administration du traitement.

[47] La demanderesse prétend donc avoir droit à des dommages évalués à 61 720 \$ et détaillés ainsi:

a) Douleurs, souffrances, inconvénients, déprime, difficulté de marcher pendant une période de 2 ans et 2 mois:	50 000,00 \$
b) Inconvénients et convalescence de la deuxième opération:	10 000,00 \$
c) Coût de l'hôpital:	400,00 \$
d) Déplacements à la physiothérapie:	320,00 \$
e) Expertises médicales (à venir):	1 000,00 \$

[48] Le défendeur conteste la présente action. Il prétend avoir respecté son obligation d'information envers la demanderesse, d'avoir obtenu son consentement éclairé avant de procéder à la chirurgie et d'avoir fait le bon choix de traitement compte

tenu de la situation. Il allègue également avoir exécuté la chirurgie selon les règles de l'art.

[49] Le Dr. Sutton conteste également le montant de la réclamation de la demanderesse, alléguant que celle-ci a déjà été indemnisée pour ses dommages lorsqu'elle accepte de régler hors-Cour sa poursuite contre la Ville de Westmount en 1996. Ce règlement étant survenu après la deuxième opération à la hanche, il inclut tous les dommages subis par la demanderesse dont ceux pouvant résulter de la faute du défendeur.

[50] Cet argument doit être rejeté en raison du libellé de l'article 1608 C.c.Q. lequel prévoit que l'obligation du débiteur de payer des dommages-intérêts n'est pas atténuée ni diminuée par le fait que le créancier reçoit une prestation d'un tiers, sauf dans le cas où ce tiers est subrogé aux droits du créancier. Or, la preuve dans la présente affaire ne démontre pas l'existence d'un consentement à la subrogation aux droits de la demanderesse. De plus, les dommages réclamés dans la poursuite contre la Ville de Westmount ne se rattachent qu'à la faute de celle-ci et non à celle du défendeur. Le règlement survenu ne peut donc pas bénéficier au Dr. Sutton.

La preuve en demande:

[51] Claire Duhamel est une infirmière retraitée ayant pratiqué sa profession pendant une trentaine d'années à l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal. Le 7 janvier 1994, elle est âgée de 68 ans et pratique le métier d'agente immobilière. En cette date, vers 14h30, elle chute sur un trottoir glacé de la Ville de Westmount.

[52] Elle est transportée immédiatement par ambulance à l'urgence de l'Hôpital St-Mary où l'urgentologue diagnostique une fracture de la hanche droite. On l'informe qu'elle devra être opérée le plus rapidement possible afin que le chirurgien puisse consolider les os fracturés par la pose de clous, de vis et de plaques. C'est d'ailleurs cette information qui est inscrite à la section 2 de la formule de consentement remis au Dr. Sutton le 8 janvier 1994.

[53] Dès son arrivée à l'urgence, la demanderesse sait qu'elle souffre d'une fracture de la hanche car sa jambe droite s'incline vers l'extérieur. Pendant sa carrière d'infirmière elle a eu l'occasion de travailler en orthopédie et peut ainsi reconnaître les signes d'une fracture de la hanche. Le traitement approprié pour ce genre de fracture à cette époque était la mise sous traction du patient.

[54] Claire Dumahel est aussi familière avec le traitement de fracture de la hanche par la pose de prothèse de Moore car dès 1953 un chirurgien orthopédiste de l'hôpital où elle est infirmière leur donne des informations sur l'arrivée de ce nouveau traitement.

[55] Ainsi, Claire Duhamel n'est pas surprise lorsqu'elle est placée sous traction le 7 janvier 1994 et qu'on l'informe de la nécessité de l'opérer le lendemain matin.

[56] Le lendemain matin, la demanderesse rencontre l'anesthésiste, le Dr. Laberge, avant l'opération. Elle témoigne que celui-ci ne lui parle pas et ne lui pose aucune question sur sa condition de santé. Elle nie le fait que l'anesthésiste lui suggère de procéder par épidurale au lieu de l'anesthésie générale. Par contre, Claire Duhamel reconnaît avoir signé le consentement à l'anesthésie générale.

[57] Quelques minutes plus tard Claire Duhamel rencontre le Dr. Sutton pour la première fois. Elle est toujours couchée sur le dos sur une civière, dans l'anti-chambre de la salle d'opération.

[58] La demanderesse affirme que le défendeur ne lui explique pas le traitement recommandé ni les risques afférents à celui-ci. Elle affirme que le Dr. Sutton ne lui dit pas un seul mot sur l'opération à venir. Par contre, elle se rappelle d'avoir mentionné qu'elle marchait beaucoup avant l'accident.

[59] Elle se souvient également d'avoir entendu le défendeur dire à l'infirmière en charge de la salle d'opération "Moore". Elle sait dès cet instant qu'elle ne subira pas une opération visant à réparer la fracture avec des vis et des plaques mais qu'on lui installera une prothèse de Moore. Elle ne s'objecte pas à ce traitement.

[60] Selon Claire Duhamel, elle veut être opérée par l'insertion de vis, de clous et de plaque (hip pinning) afin d'éviter l'enlèvement de la tête fémorale de l'os de sa hanche. Claire Duhamel ne se rappelle pas d'avoir donné son consentement à l'opération au Dr. Sutton cette journée-là. L'effet des médicaments ne lui permet pas de donner un consentement éclairé au chirurgien-orthopédiste lorsque celui-ci lui demande de signer la formule de consentement. Elle trouve la corroboration de ce fait dans les notes des infirmières consignées à son dossier médical.

[61] En effet, ces notes indiquent qu'à 10h30 le matin de l'opération, la patiente est très somnolente (very drowsy) et que le consentement n'est pas signé. Les notes indiquent également qu'à 10h40 elle entre en salle d'opération.

[62] C'est pour tenter de démontrer qu'elle est incapable de donner un consentement éclairé que la demanderesse fait témoigner les infirmières Myrna Yumol et Josephina Juan, présentes en salle d'opération le 8 janvier 1994.

[63] Or, ni l'une ni l'autre ne se rappelle l'état de santé dans lequel se trouve Claire Duhamel en cette date. Par contre, les deux infirmières d'expérience sont d'opinion qu'il est fréquent qu'un médecin les informe du changement du protocole opératoire quelques minutes avant le début d'une opération. Lorsqu'elles en sont informées, comme dans la présente affaire, elles s'assurent alors que les instruments chirurgicaux requis sont en place. Elles se rappellent d'avoir procédé ainsi ce samedi matin de 1994.

La preuve d'experts de la demanderesse:

[64] L'anesthésiste, le Dr. Louis-Philippe Laberge, témoigne en demande. Le 8 janvier 1994 il est l'anesthésiste en devoir à l'hôpital St-Mary et chargé d'administrer à la demanderesse l'anesthésie nécessaire à son opération. Il doit donc d'abord rencontrer la patiente et obtenir certaines informations pertinentes concernant son état de santé afin de pouvoir lui administrer le bon médicament. Il doit de plus obtenir le consentement de la patiente au traitement. Puisque le Dr. Laberge est médecin, il est donc soumis à la même obligation d'information que le Dr. Sutton.

[65] C'est pour cette raison que le Dr. Laberge questionne la demanderesse sur sa condition de santé et en particulier sur ses allergies. Puis, il lui suggère de subir une épidurale plutôt qu'une anesthésie générale. Après s'être entretenue avec la demanderesse et après avoir vérifié sa capacité de donner un consentement éclairé, le Dr. Laberge lui demande de signer le formulaire de consentement, ce qu'elle fait. L'anesthésiste note au formulaire d'évaluation pré-opératoire que la patiente est alerte et orientée confirmant ainsi son diagnostic sur la capacité de la demanderesse à donner un consentement valide.

[66] Le Dr. Louis Laberge témoigne que le changement de protocole opératoire dans le cas de la demanderesse n'a aucune incidence sur la décision qu'il doit prendre au sujet de l'anesthésie à lui administrer.

[67] Qu'il s'agisse d'une opération pour la pose de vis, de clous et de plaques ou l'installation d'une prothèse de Moore, le choix de l'anesthésie et la quantité du médicament à être appliquée ne varient pas en fonction de ces deux protocoles opératoires.

[68] La demanderesse dépose également en preuve le rapport du chirurgien-orthopédiste Olga Huk-Papanastasiou du 25 novembre 2002 auquel est annexé les notes qu'elle prend lors de la deuxième opération.

[69] Ce document confirme la décision du Dr. Huk de procéder à un remplacement total de la hanche de la demanderesse et constate le succès de cette deuxième opération.

[70] Par contre, le protocole opératoire rédigé par le Dr. Huk le 4 mars 1996 et contenu au dossier médical de la demanderesse de l'Hôpital Général Juif contient les observations du médecin au cours de l'opération ainsi que les procédures suivies.

[71] La chirurgienne écrit ce qui suit:

"A well grown in Moore's femoral prosthesis and a moderate degree of cartilage erosion on the acetabular side."

[72] La médecin note également à ce document que lors de la deuxième chirurgie, la prothèse de Moore était toujours en bonne position et que le processus de fusion avec les os de la demanderesse était très avancé, tel que l'indique les remarques suivantes du Dr. Huk:

"Once the capsule had been taken down, we were able to identified the Moore's prosthesis in good position. A further capsule dissection allowed easy dislocation of the Moore's prosthesis. We attempted to remove the prosthesis using a hooked slap hammer, but were unable to do so because the prosthesis was grown in as a result of a bone plug placed within the holes in the metaphyseal portion of the prosthesis."

[73] Le Dr. Huk constate également que l'acétabule (cavité articulaire de l'os iliaque recevant la tête du fémur), présente une légère usure du cartilage.

[74] La demanderesse dépose également en preuve, pour tenir lieu de son témoignage, le rapport du chirurgien-orthopédiste Michel Germain préparé en date du 22 novembre 1995. Le Dr. Germain est reconnu comme témoin-expert.

[75] Celui-ci examine la demanderesse le 16 novembre 1995 et prend connaissance d'un résumé du dossier médical de l'Hôpital St-Mary de Montréal et de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal. Le médecin prend également connaissance des radiographies provenant de ces deux hôpitaux.

[76] Après avoir reproduit la chaîne chronologique des événements, cet expert note que l'examen subjectif de la patiente démontre que Claire Duhamel a toujours une légère douleur au niveau de la cuisse droite, face interne, et au niveau de l'aîne droite. Il note qu'elle ressent une fatigue dans la hanche gauche lorsqu'elle marche beaucoup. Elle ne peut plus faire de ski de fond ni de jogging. Elle ne peut non plus marcher pendant plus de 30 minutes sans qu'elle ne ressente des douleurs.

[77] L'examen objectif démontre que la demanderesse est une femme de 5'2" et pèse 125 livres. Elle marche avec une légère boiterie droite.

[78] L'analyse des radiographies prises à l'Hôpital St-Mary le 7 janvier 1994 démontre au Dr. Germain que la demanderesse a subi une fracture sous-capitale de la hanche droite avec déplacement. Les radiographies du 9 janvier 1994 montrent la mise en place d'une prothèse de Moore en bonne position. Il remarque la présence d'un morceau d'os para-articulaire. Enfin, il note que les radiographies du 13 juin 1994 sont identiques à celles du 9 janvier 1994.

[79] Les radiographies prises à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal le 25 janvier 1995 montrent la présence de la prothèse de Moore en bonne position au niveau de la hanche droite. Il y a une calcification para-articulaire. Le Dr. Germain constate donc que Claire Duhamel a été incapable de travailler du 7 janvier 1994 au 15 mai 1994 et que, conformément au guide d'évaluation de l'American Medical Association, 4^e édition,

l'incapacité partielle permanente résultant de la mise en place d'une prothèse de Moore au niveau de la hanche droite est de 20%.

[80] Le 31 mars 1998, la demanderesse est examinée par son expert le Dr. Gilles Roger Tremblay, chirurgien-orthopédiste de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, dont le rapport daté du 6 avril 1998 est déposé pour tenir lieu de son témoignage. Le Dr. Tremblay est reconnu comme témoin-expert.

[81] Le mandat confié au Dr. Tremblay est de déterminer si le traitement reçu le 8 janvier 1994 par Claire Duhamel est conforme aux règles de l'art en orthopédie.

[82] Après avoir refait la chronologie des événements, le spécialiste prend en considération les observations de Claire Duhamel. Celle-ci se plaint de douleurs importantes à la hanche. Elle est insatisfaite de la réponse du Dr. Sutton qui l'informe qu'elle est libre de consulter un autre médecin si elle le veut mais qu'il ne remplacerait pas la prothèse de Moore par une prothèse totale avant l'expiration d'un délai de deux ans.

[83] Le chirurgien note que depuis l'arthroplastie totale subie par la demanderesse le 4 mars 1996, elle n'a plus de douleurs et peut vaquer à toutes ses occupations, dont celle de se déplacer par la marche.

[84] Le rapport d'expert du Dr. Tremblay contient d'ailleurs le texte suivant:

"Cette patiente a eu une fracture sous-capitale de la hanche à l'âge de 69 ans.

Elle était très active avant cet accident et par la suite n'a jamais été capable de reprendre le travail régulier à cause principalement de raisons sociales et économiques.

Chez une patiente de 69 ans active qui marche beaucoup et qui n'a pas d'autre pathologie, j'aurais probablement opté pour faire une prothèse totale d'emblée lors du traumatisme de janvier 1994.

Cependant, si l'on se reporte à la littérature orthopédique présentement en vigueur et aux derniers articles publiés dans la littérature orthopédique environ 40 à 50% des chirurgiens Nord-américains auraient opté pour une prothèse de Moore pour le genre de fracture que présentait madame Duhamel.

Même connaissant la pitre(sic) réputation des prothèses de Moore chez les patients actifs le traitement par prothèse de Moore est encore un traitement reconnu.

L'opération du docteur Sutton a été faite selon les règles de l'art et les radiographies confirment que la prothèse était bien placée.

Malheureusement pour madame Duhamel, la prothèse a commencé à se déceler et l'on peut voir le mouvement de la tige au cours des mois qui ont suivi l'intervention initiale.

Ceci est une complication reconnue de l'arthroplastie par prothèse de Moore.

Malheureusement aussi pour madame Duhamel, elle a continué de présenter des douleurs au niveau de la hanche et au niveau du bassin et ceci est aussi une complication reconnue de l'arthroplastie de Moore.

Environ 40% des chirurgiens Nord-américains auraient opté pour tenter de faire un clou plaque chez cette patiente sachant que le taux d'échec de cette procédure est de 30% pour le genre de fracture qu'a subie madame Duhamel.

Il y a seulement environ 10% à 20% des chirurgiens Nord-américains qui auraient opté pour placer une prothèse totale d'emblée.

En conséquence donc, nous ne croyons pas qu'il y ait faute médicale de la part du docteur Sutton considérant le traitement qu'il a choisi.

Malheureusement pour madame Duhamel ce genre de traitement comporte un taux de complication tardive de l'ordre de 30% la principale complication étant une douleur persistante qui nécessite une transformation de l'hémi-prothèse en prothèse totale."

[85] Par contre, le Dr. Tremblay ajoute les commentaires suivants:

"Madame Duhamel continua de se plaindre de douleurs à l'aîne de façon importante et des radiographies sériées à l'Hôpital St-Mary's démontrent qu'au cours de l'été 1994 et de l'hiver 1995 la prothèse de Moore se déplaça au niveau de la tige centro-médulaire."

[86] Enfin, la demanderesse fait entendre comme témoin le radiologiste Jean Laperrière. Celui-ci informe le tribunal du résultat de son analyse des clichés radiologiques du bassin et de la hanche droite de Claire Duhamel. Il réfère aux radiographies prises les 7 et 9 janvier 1994 à l'hôpital St-Mary ainsi que les clichés de contrôle du bassin et de la hanche droite du 25 janvier 1995.

[87] Ce spécialiste conclut que Claire Duhamel a subi une fracture transversale, située en-dessous de la tête fémorale qui présente une bascule interne avec légère ascension du col fémoral. La tête fémorale droite elle-même reste en bonne position dans la cavité cotyloïde. L'articulation coxo-fémorale gauche et les articulations sacro-iliaques apparaissent normales.

[88] Lorsque l'expert compare les radiographies du 25 janvier 1995 avec celles du 9 janvier 1994, il note à son rapport les observations suivantes:

«La comparaison entre les deux examens montre que la prothèse de Moore de la hanche droite est demeurée en bonne position, sans signe de désinsertion ni d'infection et sans évidence non plus d'amincissement du cartilage articulaire cotyloïdien ni de modification arthrosique secondaire du toit du cotyle.»

[89] Le Dr. Laperrière conclut donc de la façon suivante:

«En résumé, le dossier médical et radiologique dont je dispose montre que Madame Duhamel a subi le 7 janvier 1994 une fracture sous-capitale du fémur droit avec déplacement et bascule interne de la tête fémorale apparaissant elle-même non fracturée, traitée le lendemain par une héli-arthroplastie droite avec mise en place d'une prothèse de Moore non cimentée en bonne position sur les clichés post-opératoires pratiqués le lendemain. Sur les clichés de contrôle du bassin et de la hanche droit effectués à l'hôpital Notre-Dame un an plus tard, soit le 25 janvier 1995, la prothèse de Moore demeurait en bonne position, sans signe d'intolérance ni de complication infectieuse ni de modification arthrosique secondaire de la cavité cotyloïde.»»

La preuve en défense:

[90] Le Dr. John Robert Sutton est un chirurgien-orthopédiste de 56 ans ayant gradué de la Faculté de médecine de l'Université McGill en 1973. Il se spécialise en arthroplastie, c'est-à-dire dans le remplacement des joints humains dont les hanches et les genoux. Sa clientèle se compose en majorité de personnes âgées pour des raisons évidentes.

[91] Depuis que le défendeur pratique la médecine, il traite environ 40 cas de fractures de la hanche par année. 50% de ces fractures sont traitées par arthroplastie, 25% par la pose d'une prothèse de Moore, aussi appelée héli-arthroplastie et 25% sont soignés par la pose de clous, vis et plaque ou «pinning of the hip».

[92] Le défendeur se souvient d'être le chirurgien de garde à l'Hôpital St-Mary le soir du 7 janvier 1994. Vers 20h00 ce vendredi soir, il reçoit un appel de l'urgentologue qui reçoit la demanderesse suite à son accident.

[93] Ce médecin l'informe que Claire Duhamel a subi une fracture inter-trochantaire de la hanche droite. Ce genre de fracture est très fréquent et les médecins de l'Hôpital St-Mary en traitent environ une centaine chaque année.

[94] Le défendeur informe donc l'urgentologue de la nécessité d'opérer la patiente dès le lendemain matin car ce genre de blessure présente un risque élevé pour la santé de la demanderesse. Il fait donc les recommandations d'usage au médecin, c'est-à-dire d'atténuer la douleur de la patiente, de la placer en traction et de voir à ce qu'elle soit maintenue à jeun afin qu'elle puisse être opérée le plus tôt possible le lendemain.

[95] Le Dr. Sutton est d'opinion que le traitement approprié pour rattacher l'os fracturé de la patiente en fonction des informations reçues de l'urgentologue sera la pose de clou-plaque.

[96] Le lendemain matin lorsqu'il se présente à la salle d'opération, il examine d'abord les radiographies prises la veille à la salle d'urgence. Il constate immédiatement que la demanderesse souffre d'une fracture différente de ce qu'on lui a décrit.

[97] En effet, la fracture est beaucoup plus sérieuse puisqu'il s'agit d'une fracture sous-capitale, ce qui signifie que le col du fémoral est fractionné sous la tête, laquelle est déplacée et légèrement tournée. Il ne s'agit pas d'une fracture inter-trochantérienne mais bien d'une fracture complexe qui nécessite une approche différente de celle envisagée la veille.

[98] Le Dr. Sutton se rend alors au chevet de Claire Duhamel qui attend, couchée sur une civière, dans l'anti-chambre de la salle d'opération. Il se présente et explique à la patiente qu'après avoir revu les radiographies prises la veille, il constate qu'elle a subi une fracture de la tête fémorale. Il l'informe de l'urgence de procéder à la chirurgie réparatoire le plus tôt possible pour éviter des complications importantes à son état de santé.

[99] Après avoir expliqué à Claire Duhamel la nature de la fracture, il lui pose certaines questions concernant son état de santé en général. Suite à une des questions posées par le médecin, Claire Duhamel l'informe qu'elle marche beaucoup. Le Dr. Sutton l'informe donc qu'il va lui poser une prothèse de Moore. Il décrit alors brièvement l'opération à venir. Il modifie sur le formulaire de consentement à être signé par la demanderesse l'intervention chirurgicale en ajoutant au document les mots «® Moore's».

[100] Il avise alors les infirmières présentes du changement de protocole opératoire afin que celles-ci puissent mettre à sa disposition les instruments chirurgicaux nécessaires.

[101] Puis, le Dr. Sutton explique à la demanderesse les complications possibles à son état de santé si elle ne subit pas rapidement l'opération proposée.

[102] Sans être alarmiste, le Dr. Sutton explique que la fracture risque de briser les vaisseaux sanguins situés près de la tête de l'os fracturé, ce qui peut être très dangereux pour la patiente. Puis il lui demande de signer le consentement en apposant sa signature sur le document qu'il lui présente. Le Dr. Sutton juge que Claire Duhamel est en mesure de bien comprendre les informations données et qu'elle peut consentir à l'opération. D'ailleurs, celle-ci ne lui pose aucune question et ne s'objecte pas à la pose d'une prothèse de Moore. Claire Duhamel signe donc le formulaire de consentement alors qu'elle est toujours couchée sur le dos, ce qui explique selon le Dr. Sutton que sa signature peut être différente de celle habituellement utilisée par la patiente. Ceci

explique également que la signature se retrouve à la mauvaise ligne de la section 2 de la formule de consentement.

[103] Claire Duhamel est transportée en salle d'opération. La pose de la prothèse de Moore se déroule sans incident particulier.

[104] Le Dr. Sutton contrôle la position de la prothèse de Moore par radiographie, laquelle démontre que la prothèse est installée en bonne position.

[105] Le défendeur témoigne que le genre de fracture subie par la demanderesse ne peut pas se traiter par la pose de clous, de vis et de plaques. Il ne peut pas procéder par voie de "pinning" puisque ce genre d'opération n'a aucune chance de réussite lorsque la tête du fémur est détachée du cou et légèrement tournée.

[106] De plus, les radiographies démontrent que l'os est fragmenté en petites parties, ce qui rend impossible le rattachement par vis, clous et plaque. L'enclouage de la hanche ne peut s'effectuer lorsqu'il s'agit d'une fracture de type Garden IV telle que subie par la demanderesse, ce qui par contre aurait été réalisable s'il s'était agi d'une fracture inter-trochantérienne.

[107] Selon l'expérience du Dr. Sutton, la pose d'une prothèse de Moore réussit dans 85% à 90% des cas. De plus, la pose d'une telle prothèse permet une réhabilitation rapide chez la plupart des patients.

[108] Le matin de l'opération le Dr. Sutton juge que Claire Duhamel est une candidate idéale pour ce genre de traitement puisqu'elle ne pèse que 125 livres et marche beaucoup. Il envisage donc l'installation de cette prothèse avec optimisme puisque les cas de complication après une telle opération ne sont que de l'ordre de 30%, ce qui inclut toutes les sortes de complications découlant normalement d'une chirurgie.

[109] Le Dr. Sutton ajoute qu'il procède à l'installation d'environ 20 prothèses de Moore par année et que son taux de succès reflète les statistiques données en témoignage. Il reconnaît par contre que dans certains cas la prothèse de Moore doit être remplacée dans les années suivantes par un remplacement total de la hanche, mais ceci est très rare et s'explique souvent par le vieillissement du patient ou par l'érosion naturelle des cartilages.

[110] Afin de répondre aux reproches faits par la demanderesse, le Dr. Sutton explique que Claire Duhamel est traitée dans une situation d'urgence le 8 janvier 1994 et qu'il ne s'agit pas pour lui de traiter cette patiente comme l'a fait le Dr. Huk en 1996 alors qu'elle procède à une opération électorale.

[111] C'est pour cette raison que, suite à l'accident subi par la demanderesse, il n'est pas question de procéder à un remplacement total de la hanche. Le Dr. Sutton ne fait pas ce genre d'opération lorsqu'il doit pratiquer une chirurgie urgente car celle-ci est

une opération beaucoup plus invasive dont les risques de complication sont beaucoup plus élevés que la pose d'une prothèse de Moore.

[112] Le remplacement total de la hanche nécessite d'abord plus de temps opératoire. Elle exige également du chirurgien que celui-ci coupe une partie de l'os iliaque en plus de procéder à l'ablation de la tête fémorale. Ce traitement n'est pas recommandé pour traiter d'urgence une fracture de la hanche qui nécessite une intervention rapide et beaucoup plus simple que le remplacement de la hanche.

[113] Après l'opération le Dr. Sutton revoit Claire Duhamel à plusieurs reprises. Il admet que celle-ci se plaint de douleurs à la hanche, sans par contre mentionné que ces douleurs soient aiguës au point où elle ne peut fonctionner normalement.

[114] Pour découvrir l'origine des douleurs de la patiente, le Dr. Sutton obtient de nouvelles radiographies lors de son suivi post-opératoire. Les radiographies prises le 13 juin 1994 démontrent que la prothèse de Moore est toujours en bonne position. Le rapport du radiologiste contient les commentaires suivants:

"Moore's prosthesis in good position and alignment vis a vis the acetabulum and femoral shaft."

[115] La radiographie prise le 9 janvier 1995 ne démontre rien de plus. Lorsqu'elles sont comparées avec les radiographies du 13 juin 1994, le radiologiste écrit:

"Compared with previous from June 13, 1994.

Moore's prosthesis in satisfactory position. Dystrophic calcify(sic) the soft tissues lateral to the prosthesis which are stable. Overall appearance is satisfactory."

[116] Lors de la dernière rencontre avec la demanderesse le 9 janvier 1995, le Dr. Sutton l'informe qu'il est incapable de préciser la raison pour laquelle Claire Duhamel ressent toujours de la douleur à la hanche droite. Les radiographies démontrent que la prothèse est en bonne position et qu'elle est solidement attachée au fémur. Il n'y a pas d'érosion significative des cartilages et le Dr. Sutton recommande donc d'attendre une période de deux ans avant d'envisager le remplacement de la prothèse de Moore par une prothèse totale de la hanche.

[117] Le Dr. Sutton est d'opinion que la douleur dont se plaint la demanderesse est tolérable et qu'il n'y a aucune raison pour agir immédiatement. Il recommande que la demanderesse le revoit dans 6 à 12 mois. Par contre, afin de rassurer la patiente, il lui suggère de consulter un autre chirurgien orthopédiste si elle le désire.

[118] Le chirurgien orthopédiste ne connaît pas les raisons pour lesquelles la demanderesse se plaint de douleurs à la hanche après la chirurgie, mais émet l'opinion qu'elle représente un des rares cas d'insuccès de l'installation de la prothèse de Moore.

[119] Le Dr. Sutton ne revoit plus la demanderesse après cette date mais le 27 janvier 1997 il reçoit une mise en demeure lui réclamant 61 720 \$ en dommages.

Le témoignage du Dr. Nelson Mitchell

[120] Le Dr. Nelson Mitchell témoigne à titre d'expert pour la défense. Il est chirurgien-orthopédiste depuis 1967 et membre du personnel médical du département de chirurgie orthopédique de l'Hôpital Royal Victoria de Montréal.

[121] Ce spécialiste a été professeur de chirurgie à l'Université McGill et assistant doyen de la Faculté de médecine de cette université. Le Dr. Mitchell est spécialiste dans les soins des hanches et des genoux. Il est l'auteur de plusieurs publications, traitant de sa spécialité.

[122] Le Dr. Mitchell témoigne avec l'aide des deux rapports d'experts qu'il a rédigés les 13 août 1998 et 26 octobre 1999.

[123] Le témoin a pris connaissance des dossiers médicaux de la demanderesse de l'Hôpital St-Mary et de l'Hôpital Général Juif de Montréal ainsi que des radiographies pertinentes. Il a également eu un entretien avec Claire Duhamel et l'a examinée le 26 octobre 1999.

[124] Ce spécialiste constate d'abord que le 7 janvier 1994 la demanderesse a subi une facture beaucoup plus sérieuse que ne le décrit le Dr. Lapierre dans son rapport du 25 mars 2003 lorsqu'il écrit que la demanderesse:

«(...) démontre une fracture transversale juste en-dessous de la tête fémorale qui présente une bascule interne avec légère ascension du col fémoral. La tête fémorale droite elle-même reste en bonne position dans la cavité cotyloïde.»

[125] Selon le Dr. Mitchell, les radiographies prises le 7 janvier 1994 démontrent effectivement une fracture transversale en-dessous de la tête fémorale mais que celle-ci a basculé et tourné. Cette fracture est de type IV selon le Guide médical de classification Garden. Cette affirmation est d'ailleurs corroborée par l'expert de la demanderesse, le Dr. Gilles Roger Tremblay, lequel mentionne à son rapport que la demanderesse souffre d'une fracture Garden type IV avec comminution du cortex postérieur au niveau de la hanche droite.

[126] Cette fracture est sérieuse d'abord parce qu'elle affecte le plus gros os du corps humain, soit le fémur et sa tête, puis elle survient à l'endroit où circulent quatre vaisseaux sanguins importants, lesquels risquent à tout moment de se sectionner, ce qui entraînerait des complications sérieuses pour la santé de la patiente pouvant même aller jusqu'à entraîner son décès. De plus, l'artère fémorale et celle du nerf sciatique peuvent également être comprimées par l'os fracturé. Claire Duhamel doit donc subir le plus rapidement possible une chirurgie pour traiter sa fracture de la hanche afin de limiter le risque de nécrose de la tête fémorale.

[127] Le Dr. Mitchell est d'opinion que le Dr. Sutton n'avait pas le choix que de pratiquer une hémiarthroplastie et de remplacer l'os fracturé par une prothèse de Moore ou toutes autres prothèses du même genre. La prothèse de Moore est confectionnée entièrement de métal et constitue le traitement recommandé et approprié pour traiter le type de fracture subi par la demanderesse.

[128] Le taux de succès d'une opération pour l'installation d'une prothèse de Moore est de 95% pour les premiers cinq ans, mais réduit quelque peu pour les années suivantes en raison du vieillissement du patient. Le Dr. Mitchell contredit l'affirmation contenue au rapport du 6 avril 1998 du Dr. Gilles Tremblay lorsque celui-ci affirme que 40% à 50% des chirurgiens Nord-américains auraient opté pour l'installation d'une prothèse de Moore dans le cas d'une fracture, telle que présentait Claire Duhamel en 1994.

[129] Selon l'expert, c'est 90% des chirurgiens du Québec qui utilisent la prothèse de Moore ou une autre prothèse similaire en 1994 lorsque confrontés à une fracture de la hanche, telle que celle subie par la demanderesse. Le Dr. Mitchell précise que les statistiques du Dr. Tremblay se limitent à l'installation de la prothèse de Moore alors qu'il existe sur le marché plusieurs autres manufacturiers qui proposent des prothèses semblables à celle de Moore.

[130] Le choix des chirurgiens s'explique facilement puisque l'installation d'une prothèse de Moore nécessite une courte durée du temps opératoire, évaluée à environ une heure, et présente un degré moindre de morbidité. De plus, le taux d'échec pour ce genre d'opération se situe entre 5% à 10% et leurs causes demeurent souvent inconnues.

[131] D'ailleurs, le Dr. Mitchell ne peut comprendre la référence faite par le Dr. Tremblay à la pauvre réputation des prothèses de Moore. Selon lui, il s'agit purement d'une opinion personnelle, laquelle est contredite par le taux de succès connu au Québec et en Amérique du Nord suite à l'installation d'une telle prothèse.

[132] Le témoin est d'opinion que l'utilisation de la méthode de rattachement des os par vis, clous ou plaque ne constituait pas une option réalisable pour le Dr. Sutton ou d'ailleurs pour tout autre chirurgien placé dans les mêmes circonstances.

[133] En effet, le Dr. Mitchell constate que la tête fémorale doit être rattachée à son cou pour que l'opération réussisse. Or, la radiographie prise le 7 janvier 1994 démontre la présence de petits fragments d'os détachés du col fémoral, lesquels sont trop petits pour être replacés ensemble à l'aide de vis, de clous ou de plaque. Selon l'expert, le taux d'échec envisageable était tellement élevé que ce genre d'opération ne pouvait constituer un traitement valable dans les circonstances.

[134] D'ailleurs, l'enclouage présente plusieurs inconvénients importants. D'abord, la durée de l'opération aurait été de deux à trois heures afin de permettre au chirurgien de tenter de reconstruire l'os et de replacer la tête fémorale en place. Les risques de

complication étant donc considérablement augmentés. De plus, la convalescence et la réhabilitation de la patiente suite à ce genre d'opération nécessitent plusieurs années de traitement post-opératoire. En effet, Claire Dumahel n'aurait pas pu bouger sa jambe pendant plusieurs mois et n'aurait pas pu marcher avant au moins six mois. Selon le Dr. Mitchell elle se serait traînée la jambe droite pendant plus de deux ans après l'opération, alors que l'installation d'une prothèse de Moore lui a permis de remarcher quelques semaines après la chirurgie.

[135] De plus, le Dr. Mitchell ajoute que le taux d'insuccès d'une telle opération est augmenté par le risque de voir la tête fémorale mourir dans les années suivant la chirurgie.

[136] Le témoin-expert qualifie le remplacement total de la hanche de chirurgie majeure. Son degré de morbidité est élevé en raison de la durée du temps opératoire et de la procédure à suivre par le chirurgien. En effet, l'opération est d'une durée de plus de 2h30 et nécessite le remplacement d'une partie de l'os du bassin (os iliaque ou os coxal) par une prothèse. Les risques de complication sont élevés.

[137] Le Dr. Mitchell affirme ne jamais avoir procédé à un remplacement total d'une hanche dans le cas d'une fracture similaire à celle de Claire Duhamel devant être traitée d'urgence.

[138] L'expert affirme que Claire Duhamel a besoin d'une chirurgie simplifiée suite à son accident. Il est d'opinion que l'opération est un succès parce que les radiographies démontrent que la prothèse est installée en bonne position et remplace adéquatement l'os de la hanche fracturée.

[139] Enfin, le Dr. Mitchell conclut que le Dr. Sutton n'a commis aucune faute professionnelle dans l'exécution du traitement puisque la prothèse de Moore a été solidement mise en place dans la bonne position tel que le confirme les constatations du Dr. Huk suite à la deuxième opération lorsqu'elle note la difficulté qu'elle a à enlever la prothèse, ce qui démontre la qualité du travail effectué par le défendeur.

[140] D'ailleurs, toutes les radiographies post-opératoires démontrent que la prothèse de Moore est en bonne position et qu'elle n'a pas bougé. Le rapport du Dr. Tremblay confirme d'ailleurs que l'analyse des radiographies démontre la présence d'une prothèse de Moore «bien centrée, en bonne position et concentrique avec le cotyle». Pour le Dr. Mitchell, l'affirmation du Dr. Tremblay que la prothèse de Moore se déplaça au niveau de la tige centro-médullaire est contredite par l'ensemble de la preuve, dont l'analyse des radiographies, le rapport post-opératoire du Dr. Huk et d'ailleurs, par le Dr. Tremblay lui-même lorsqu'il constate que la prothèse a été retrouvée en bonne position.

[141] De plus, le témoignage du radiologiste Jean Laperrière et son rapport d'expert du 25 mars 2003 confirme que la prothèse de Moore est en bonne position, sans signe

d'intolérance ni de complication infectieuse ni de modification arthrosique secondaire de la cavité cotyloïde.

[142] Le témoin-expert est d'opinion que Claire Duhamel ne pouvait pas opter pour l'une ou l'autre des chirurgies discutées plus-haut. Le 7 janvier 1994, elle est placée dans une situation qui nécessite l'intervention rapide d'un chirurgien-orthopédiste qui doit lui prodiguer un traitement reconnu dont les risques sont peu élevés.

[143] Le Dr. Mitchell est d'opinion que les options qui n'ont aucune chance de succès n'ont pas à être discutés par un chirurgien raisonnable, placé dans la situation du Dr. Sutton le matin du 8 janvier 1994.

[144] Claire Duhamel doit être opérée le plus tôt possible par un chirurgien compétent qui doit lui prodiguer les soins exigés par sa condition. Le Dr. Sutton a procédé au remplacement des os fracturés par la mise en place d'une prothèse de Moore, tel que l'aurait fait 90% des chirurgiens-orthopédistes du Québec.

[145] En considérant le poids de la demanderesse à l'époque, son âge et sa bonne condition physique en général, le Dr. Sutton ne pouvait qu'espérer un bon résultat de l'opération. Malheureusement, la demanderesse subit des douleurs à la hanche après l'opération, ce qui la place dans le faible taux de non-réussite de la pose d'une prothèse de Moore.

[146] Le Dr. Mitchell admet que certains patients continuent à supporter des douleurs modérées après une telle opération mais uniquement dans de rares cas. Cette situation est la conséquence normale d'os fracturés nécessitant comme traitement une chirurgie. Par contre, si cette douleur persiste pendant quelques années, le remplacement total de la hanche peut être une solution. Le métabolisme de chaque patient étant différent, il influence le succès ou l'insuccès d'une opération.

[147] Le Dr. Mitchell ne peut d'ailleurs trouver dans la lecture des radiographies de la hanche de la demanderesse les raisons de sa douleur continue. Les cartilages ne sont pas détériorés à un point tel où il eut fallu remplacer la prothèse tel que l'observe le Dr. Huk lors de la deuxième opération. Dans les faits, l'expert ne peut s'expliquer les raisons pour laquelle l'opération n'a pas réussi chez la demanderesse.

[148] Lorsque questionné sur l'opinion émise par le Dr. Tremblay que son choix aurait été le remplacement total de la hanche, le Dr. Mitchell ne peut s'expliquer ce choix non motivé de cet expert. Le Dr. Mitchell pense qu'il s'agit là d'un choix personnel du Dr. Tremblay, lequel n'est certainement pas appuyé par ses constatations personnelles ni d'ailleurs par les statistiques médicales démontrant l'usage prédominant de la pose d'une prothèse de Moore lors d'une fracture similaire à celle subie par la demanderesse au Québec en 1994.

[149] Le Dr. Mitchell ne peut non plus s'expliquer le commentaire du Dr. Tremblay lorsque celui-ci affirme que la prothèse de Moore a une mauvaise réputation. Selon

l'expert, cette affirmation n'est pas expliquée par le Dr. Tremblay alors que la littérature médicale et son expérience personnelle démontrent au contraire la fiabilité des prothèses de Moore.

[150] Enfin, le Dr. Mitchell témoigne que le suivi post-opératoire du Dr. Sutton a été satisfaisant. Celui-ci a revu la patiente à plusieurs reprises après l'opération et a pris en considération ses déclarations en faisant prendre des radiographies de la hanche pour s'assurer de la bonne position de la prothèse de Moore. Ces radiographies ont également servi au Dr. Sutton pour tenter de diagnostiquer l'origine des douleurs dont se plaint Claire Duhamel. De plus, le Dr. Sutton envisage de remplacer la prothèse de Moore par une prothèse totale de la hanche, mais uniquement après l'écoulement d'une période de temps raisonnable lui permettant d'évaluer la nécessité de procéder de cette façon.

[151] Le Dr. Mitchell conclut son analyse de la présente situation par les commentaires suivants contenus à son rapport du 26 octobre 1999:

"I can find no fault whatsoever with Dr. Sutton's decision to carry out a hemiarthroplasty (Moore's prosthesis) at the time of the fracture. To have nailed this fracture would have been very unwise and probably doomed to failure. The Moore's prosthesis surgery was skilfully done. The position and size were appropriate. The subsequent resorption of calcar and minimal varus displacement is a common occurrence, unavoidable and not of itself responsible for subsequent pain. Most patients of her weight and fitness do very well, have no pain and walk with their Moore's as she now does with her total hip. Furthermore, it is an operation which is much simpler, carries less morbidity, is better tolerated than a total hip replacement. It is therefore recommended for such a patient who has already undergone the trauma of a severe hip fracture only a few hours before.

Similarly I agree with Dr. Sutton's wish to defer surgery in the hope that she would improve, when he saw her in January of 1995. Obviously Dr. Dehnade was of the same opinion as he did not mention surgery but rather prescribed naprosyn. More than a year later with no improvement, Dr. Huk resorted to total hip replacement which was the only thing left to do at that time. She has had a marvellous result and one clearly better than most. Nevertheless there was still a chance of failure of the total hip operation and the decision to replace the Moore's was only rightly taken after a prolonged period of conservative therapy."

[152] Le Dr. Mitchell fixe l'incapacité partielle permanente de la demanderesse à 15%.

Le droit:

[153] En jurisprudence québécoise, il est généralement reconnu que le médecin est tenu à une obligation de moyens envers ses patients¹. Il n'a pas à garantir le résultat

¹ Lapointe c. Hôpital Le Gardeur [1992] 1 R.C.S. 351.

des soins. Le médecin doit prendre tous les moyens possibles et raisonnables pour atteindre ce but sans par contre garantir la guérison d'une maladie².

[154] Ainsi, le médecin sera jugé en fonction des critères du médecin raisonnablement prudent, diligent et compétent³. Dans l'arrêt Chouinard c. Landry⁴ le juge Lebel s'exprime ainsi au sujet du critère applicable:

"Le droit civil exige plutôt l'appréciation du comportement du médecin, bon praticien, du bon père de famille médecin, par rapport au patient placé devant lui."

[155] Dans l'arrêt Lapointe c. Hôpital Le Gardeur⁵, la Cour suprême décrit le cadre dans lequel les tribunaux doivent examiner la conduite du médecin à qui on reproche une faute professionnelle. Madame la juge L'Heureux-Dubé s'exprime ainsi:

"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."

[156] Ainsi, pour conclure à la responsabilité médicale d'un médecin, les tribunaux doivent comparer les faits et gestes de ce médecin avec les règles de l'art de la médecine tout en considérant les circonstances dans lesquelles ce médecin se trouve, telles les situations d'urgence⁶.

[157] Le tribunal doit également tenir compte de l'expérience du médecin et de sa spécialisation au moment des événements pour apprécier sa responsabilité⁷.

[158] Selon les professeurs Jean-Louis Baudouin et Me Patrice Deslauriers⁸, le médecin assume quatre grandes catégories d'obligations à l'endroit de son patient. Ceux-ci s'expriment ainsi:

"La première est d'obtenir son consentement libre et éclairé, ce qui entraîne de sa part l'obligation de satisfaire à son devoir d'information. La seconde est de poser un diagnostic juste sur la condition du patient. La troisième est de lui prescrire et de lui administrer un traitement adéquat. La quatrième, enfin, est de respecter le secret professionnel."

² Art. 2.03.13, Code de déontologie des médecins, R.R.Q. c.M-9 r. 4.

³ Me Patrice Deslauriers, La responsabilité, Collection de droit 2001-2002, volume 4, Éditions Yvon Blais, p. 113.

⁴ [1987] R.J.Q. 1954, p. 1970-71.

⁵ Idem, note 1.

⁶ Béliveau c. Ciricillio [1997] R.R.A. 884 (C.Q.).

⁷ Kobe ter Neuzen c. Korn [1995] 3 R.C.S. 674; Harwood-Greene c. Spanier [1995] R.R.A. 147 (C.S.) conf. en appel par 2000 R.R.A. 864 (C.A.).

⁸ La responsabilité civile, 6^e édition, Les Éditions Yvon Blais, p. 1009.

[159] Ainsi, avant d'entreprendre tout traitement, le médecin a l'obligation de fournir à son patient l'information nécessaire pour lui permettre de donner un consentement libre et éclairé au traitement proposé.

[160] Le médecin est ainsi tenu de fournir toute l'information qu'un médecin raisonnablement prudent et diligent aurait fourni dans des circonstances identiques en tenant compte de la particularité de la situation qui se présente à lui.

[161] Ainsi, avant d'obtenir le consentement d'un patient, le médecin doit lui divulguer son statut et s'assurer que celui-ci est en mesure de comprendre les informations qu'il lui donnera⁹. Le médecin doit également informer le patient de sa condition¹⁰, puis doit lui divulguer la nature de l'intervention proposée et les conséquences prévisibles de celles-ci¹¹.

[162] L'information doit être objective mais n'a pas à être détaillée au niveau technique. En autant que l'information est compréhensible pour le patient, le médecin n'a qu'à dévoiler les informations essentielles concernant la chirurgie projetée.

[163] Le professeur Robert P. Kouri¹² écrit que les informations fournies par le médecin doivent être objectives, approximatives et concises. Le médecin doit fournir tous les renseignements pertinents relatifs aux soins proposés. Le médecin ne doit pas contre qu'exposer les grandes lignes des risques et des avantages des moyens thérapeutiques disponibles.

[164] La Cour suprême du Canada dans l'arrêt Reibl c. Hughes¹³ a établi que l'obligation d'informer ne relève plus du médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances, mais plutôt de ce qu'aurait voulu savoir le patient raisonnable. Or, selon les auteurs Jean-Louis Baudouin et Patrice Deslauriers,¹⁴ en droit civil québécois le médecin est tenu de fournir à son patient toute l'information qu'un médecin raisonnablement prudent et diligent aurait fourni dans des circonstances identiques, ce qui diffère de l'enseignement de la Cour suprême dans l'affaire précitée. Ainsi, les informations à être données par le médecin doivent tenir compte des circonstances particulières de l'espèce, entre autres les caractéristiques individuelles propres à chaque patient leur permettant de comprendre l'information divulguée. Ces auteurs s'expriment de la façon suivante:

«[...] en d'autres termes d'individualiser cette information, de la tailler à la mesure même des spécificités et des particularismes de chaque client.»

⁹ Lamarre c. Hôpital Sacré-Cœur [1996] R.R.A. 496 (C.S.).

¹⁰ Laferrière c. Lawson [1991] 1 R.C.S. 541.

¹¹ L. Potvin, L'obligation de renseignement du médecin, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1984.

¹² L'influence de la Cour suprême sur l'obligation de renseigner en droit médical québécois, Revue du Barreau, Tome 44, no. 5, nov.-déc. 1984, p. 851, p. 854.

¹³ [1982] RCS 880.

¹⁴ Baudouin, La responsabilité civile, 6^e ed., Les Éditions Yvon Blais, p. 1011.

[165] Le professeur, Me Patrice Deslauriers, écrit ce qui suit au sujet des critères applicables en droit québécois sur cette question:

"Il semble néanmoins ressortir que les critères les plus conformes à la tradition civiliste sont les suivants. Tout d'abord, en ce qui a trait au contenu de l'obligation, le médecin doit renseigner le patient sur tous les risques que tout médecin raisonnablement prudent et diligent aurait lui-même communiqués. À cet égard, l'analyse est faite en fonction du comportement du débiteur de l'obligation d'information et non en fonction des attentes du créancier.

Toutefois, il importe de tenir compte des circonstances propres à l'espèce, notamment de l'urgence, et de «[des] caractéristiques individuelles propres à chaque patient». Il s'agit en fait de relativiser le devoir en fonction des données particulières inhérentes à cette relation *intuitu personae*.

Si le tribunal en vient à la conclusion que le médecin a rempli adéquatement son obligation de renseignement, il y a absence de faute. À ce titre, il n'est alors pas nécessaire de vérifier la présence ou non d'un lien causal selon les différents tests développés."¹⁵

[166] Enfin, lorsqu'il existe différents traitements à la blessure ou à la maladie d'un patient, le médecin doit les communiquer mais seulement s'ils peuvent être sérieusement envisagés¹⁶.

[167] Le médecin doit également dévoiler au patient les conséquences négatives possibles de son intervention. L'appréciation par le médecin des chances de réussite ou d'insuccès de l'intervention doit se faire par rapport à la condition particulière du patient.

[168] Les risques d'échec ne doivent être divulgués au patient que s'ils dépassent la qualification de risques généraux communs au genre d'intervention proposée. En effet, les risques normaux n'ont pas à être divulgués.

[169] Par contre, les risques particuliers aux soins apportés doivent être divulgués s'ils comportent un degré important d'effets secondaires indésirables pour un individu. Par contre, ce ne sont pas tous les risques possibles qui doivent être divulgués mais ceux normalement prévisibles pour le genre de traitement proposé par le médecin¹⁷.

[170] Le devoir d'information est également différent s'il s'agit d'une chirurgie urgente ou chirurgie électorale¹⁸. En effet, en cas d'urgence, l'obligation d'information peut céder le pas à la rapidité d'intervention nécessitée par l'état de santé du patient. Il en est de même lorsqu'il s'agit d'une intervention rendue nécessaire par les circonstances

¹⁵ La responsabilité, Volume 4, Les Éditions Yvon Blais, Collection de droit 2001-2002, p. 118.

¹⁶ *O'Shea c. McGovern* [1989] R.R.A. 341 (C.S.); [1994] R.R.A. 672 (C.A.).

¹⁷ *Kimms-Patterson c. Rubinovich* [1996] R.R.A. 1123 C.S.; 2000 R.R.A. 26 (C.A.).

¹⁸ *Roy-Fortier c. Michaud* [1997] R.R.A. 585 (C.S.); *Gburek c. Cohen* [1988] R.J.Q. 2424 (C.A.).

comparativement à celle purement élective alors que le chirurgien a l'occasion de discuter en détail des options s'offrant à son patient.

[171] Lorsque l'information adéquate est communiquée au patient, celui-ci doit consentir d'une façon libre et éclairée au traitement proposé. Il doit donc être en pleine possession de ses moyens et capable de poser des questions au médecin.

[172] Dans l'arrêt Parenteau c. Drolet¹⁹, le juge Baudouin s'exprime ainsi quant au devoir du médecin d'obtenir un consentement éclairé de son patient:

"Le médecin doit fournir à son patient une information adéquate, selon les critères développés par notre jurisprudence. Ce devoir d'information ne se rapporte pas cependant seulement aux risques immédiats, liés à l'intervention elle-même, mais aussi aux conséquences potentielles, susceptibles de se manifester dans la phase postopératoire et au-delà de celle-ci. [...]

[...]

L'intensité du devoir d'information se mesure donc non seulement par rapport à la probabilité statistique de sa réalisation, mais aussi par rapport à la nature de l'intervention et aux conditions particulières, propres au patient lui-même et donc à l'impact potentiel de la réalisation des risques sur lui. À cet égard, notre jurisprudence est plus sévère lorsqu'il s'agit de chirurgie élective comme dans le cas de la chirurgie cosmétique.

Cette sévérité accrue dans le contenu et l'intensité du devoir d'information se justifie fort bien. En matière de chirurgie esthétique pure et simple, il est certain (sauf cas hautement exceptionnel) que nul ne consentira à sacrifier sa vie ou sa santé même à la seule préservation de sa beauté. L'enjeu lorsque les conséquences du risque sont importantes n'est pas le même que pour le patient qui doit se soumettre à une intervention pour tenter de guérir un handicap, une maladie ou une affection dont il est affligé.

La responsabilité civile du médecin n'est toutefois pas automatiquement engagée de la seule constatation d'une faute dans le devoir d'information. Selon notre jurisprudence, il faut alors appliquer un test qui, à mon avis, est essentiellement un test subjectif et consiste à évaluer si la patiente, dans les circonstances particulières, aurait accepté l'intervention quand même si elle avait été convenablement informée. Cette évaluation se fait d'habitude surtout en prenant en compte le témoignage du patient. Ce témoignage doit cependant, pour des raisons évidentes, être évalué avec prudence, et d'autres facteurs doivent être considérés. C'est pour cette raison que souvent les tribunaux se posent aussi la question de savoir ce qu'une personne normalement prudente et diligente aurait décidé en l'espèce, test dit «objectif» mais qui, à mon avis, s'attache essentiellement à la crédibilité de ce témoignage. Ce test objectif ne se substitue donc pas au test subjectif. Il ne fait que le compléter."

¹⁹ [1994] R.J.Q. 689, 706.

[173] Par contre, tel que l'exprime Me Patrice Deslauriers, «si la faute est prouvée, le lien de causalité entre celle-ci et le préjudice doit être établi.» L'auteur ajoute qu'il s'agit alors pour le tribunal de déterminer quelle aurait été la décision du patient s'il avait été en mesure de connaître toutes les conséquences de l'intervention. La réaction du patient doit s'apprécier en fonction des critères du caractère raisonnable.²⁰ Ainsi, s'il est mis en preuve que le patient aurait néanmoins accepté l'intervention, il n'existe pas de lien de causalité entre la faute d'informer et la réalisation du risque.²¹

[174] Si par contre le tribunal conclut qu'un patient aurait refusé l'intervention s'il avait bénéficié de l'information médicale pertinente, la faute du médecin sera reconnue.²²

[175] Enfin, le médecin est tenu dans l'administration d'un traitement de respecter les règles de l'art et d'offrir des soins consciencieux et attentifs²³. Le traitement reconnu à l'époque et son utilisation courante dans les mêmes circonstances sont la norme²⁴. Le médecin sera jugé en fonction de son degré de spécialité afin de pouvoir appliquer la norme du spécialiste raisonnable, prudent et diligent.

[176] Ainsi, lorsque le traitement prodigué est raisonnable, aucune faute ne peut être reprochée. Le professeur Patrice Deslauriers ajoute:²⁵

«Même si certaines personnes de la confrérie prétendent qu'un traitement différent aurait donné de meilleurs résultats.»²⁶

[177] Le devoir de traiter exige du médecin un suivi post-opératoire raisonnable et un suivi de la condition de son patient.

[178] Le fardeau de prouver la faute du médecin repose sur les épaules de la demanderesse qui doit l'établir par prépondérance de preuve. C'est à elle de prouver les trois éléments de la responsabilité civile, soit la faute, le préjudice et le lien de causalité entre les deux.²⁷

[179] C'est également à la victime de prouver le défaut de consentement valable et de démontrer par prépondérance de preuve que son consentement a été vicié.

[180] Par contre, l'article 2849 C.c.Q. permet d'établir la faute par présomption de faits, ce qui a comme conséquence d'exiger du médecin la démonstration qu'il n'a pas commis de faute. Pour qu'il existe une présomption de faute, la demanderesse doit

²⁰ Parenteau c. Drolet, [1991] R.J.Q. 2956 (C.S.), p. 707.

²¹ Boivin c. Landry, 2000 BE-702 (C.S.); Langlois c. Fournier, REJB 2000-21339 (C.S.).

²² Quintal c. Godin, R.E.J.B. 2000-16830 (C.S.); Tremblay c. Maalouf, R.E.J.B. 2000-20435 (C.S.).

²³ David c. Lamoureux [1997] R.R.A. 133 (C.S.); Gauthier c. Boucher [1998] R.R.A. 1055 (C.S.) confirmé par 2001 B.E. 295 (C.A.).

²⁴ Chevalier c. Hôpital Notre-Dame de Montréal R.E.J.B. 2000-21561 (C.S.).

²⁵ Op. cit. note 3, page 122.

²⁶ Id., p. 721, Lamontagne c. Lefrançois, précité, note 17, p. 32; Pelletier c. Coulombe, précité, note 97.

²⁷ Claveau c. Guimond, J.E. 98-114, page 28 (C.S.).

établir prima facie le préjudice résultant de l'intervention chirurgicale et en second lieu, la victime devra démontrer par prépondérance de preuve qu'un événement anormal s'est produit suite au traitement subi.²⁸

Questions en litige:

[181] Ainsi, les questions auxquelles doit répondre le tribunal sont les suivantes:

- Le défendeur a-t-il respecté son obligation de renseignement envers la demanderesse avant l'opération?
- La demanderesse a-t-elle donné un consentement libre et volontaire au traitement chirurgical proposé?
- Le traitement administré, soit la pose de la prothèse de Moore, respecte-t-il les règles de l'art et s'agit-il d'un traitement reconnu et d'utilisation courante en 1994?
- Quels seraient les dommages dans les circonstances?

Analyse:

[182] La preuve de ce qui s'est dit lors de la rencontre pré-opératoire entre Claire Duhamel et le Dr. John Robert Sutton est contradictoire. La demanderesse prétend que le défendeur ne lui a communiqué aucune information utile lui permettant de consentir volontairement à la chirurgie proposée alors que le défendeur prétend qu'il a respecté son obligation de renseignements envers sa patiente. La crédibilité des témoins est déterminante dans l'appréciation des échanges verbaux qui ont eu lieu dans l'antichambre de la salle d'opération de l'Hôpital St-Mary le 8 janvier 1994.

[183] L'appréciation de la crédibilité des témoins et la force probante des témoignages relèvent entièrement du juge du procès parce qu'il a vu et entendu les témoins (art. 2844, 2845 et 2849 C.c.Q.).

[184] Pour apprécier la crédibilité des témoins, le juge doit considérer plusieurs facteurs notamment, le caractère des témoins, leur comportement, la fidélité de leur mémoire, leur sens d'observation, leur intelligence et leur développement intellectuel ainsi que la vraisemblance de leur propos. Le tribunal doit aussi tenir compte des intérêts de chacun et des sentiments d'amitié ou d'inimitié des témoins ainsi que des contradictions dans leurs témoignages.²⁹

²⁸ Hôpital Général de la région de l'Amiante Inc. c. Perron, [1979] (C.A.) 567.

²⁹ Jean-Claude Royer, La preuve civile, 2^e ed., [1995], Les Éditions Yvon Blais Inc., pp 336 et suivantes; Léo Ducharme, Précis de la preuve, 5^e ed., [1996], Wilson & Lafleur, pp 154-155.

[185] Claire Duhamel, est âgée de 74 ans lorsqu'elle témoigne dans la présente affaire. Elle est une dame à l'esprit vif qui s'exprime clairement et sans difficulté. Ses propos comme ses opinions sont directes et catégoriques. Par contre, sa mémoire apparaît sélective puisqu'elle se rappelle de tous les faits appuyant ses prétentions mais d'aucun servant la défense.

[186] Le tribunal observe également que Claire Duhamel ne cache pas ses sentiments. Son inimitié pour le défendeur est apparente tout au long de son témoignage, ce qui lui permet de temps à autre de faire des commentaires acerbes à l'encontre de ceux qui émettent des opinions contraires aux siennes.

[187] Claire Duhamel est d'ailleurs très réticente à admettre les contradictions entre son témoignage au procès et ses déclarations antérieures faites lors de son interrogatoire hors Cour du 23 juin 1999. Elle démontre beaucoup de susceptibilité lorsque les questions du contre-interrogatoire relèvent ses contradictions.

[188] L'analyse des témoignages offerts en preuve démontre également que celui de la demanderesse est contredit dans ses éléments les plus importants par ses propres témoins, ses experts et par les témoignages offerts par la défense.

[189] C'est ainsi que Claire Duhamel nie la version donnée par le Dr. Louis-Philippe Laberge du contenu de leur rencontre initiale. Elle affirme sans hésitation que l'anesthésiste ne lui a jamais parlé de la possibilité de procéder par épидurale plutôt que par l'anesthésie générale. Elle affirme catégoriquement que le Dr. Laberge ne lui a jamais parlé et ne lui a posé aucune question sur son état de santé.

[190] Or, le Dr. Louis-Philippe Laberge se souvient d'avoir rencontré la demanderesse le matin du 8 janvier 1994 et de lui avoir posé des questions pertinentes sur son état de santé et ce principalement, afin de savoir si la patiente souffre d'allergie. Selon ce médecin, il discute avec la demanderesse du choix de l'anesthésie qui s'offre à elle, soit, l'épidurale ou l'anesthésie générale. Le Dr. Laberge affirme que Claire Duhamel opte pour l'anesthésie générale et c'est ce qui est indiqué au consentement signé par la demanderesse.

[191] Après cette discussion, Claire Duhamel signe le consentement à l'anesthésie. Le Dr. Laberge note d'ailleurs au dossier ses observations constatées lors de sa rencontre avec la demanderesse. Il écrit dans son rapport pré-opératoire que la patiente est alerte et orientée.

[192] Lors de son interrogatoire hors Cour du 23 juin 1999, Claire Duhamel nie avoir consenti à l'anesthésie. Lors de l'audience elle admet avoir signé le formulaire de consentement soumis par le Dr. Laberge. Claire Duhamel explique cette contradiction par sa consommation de médicaments le matin de l'opération ce qui contredit les observations du Dr. Laberge et ses notes pré-opératoires.

[193] Claire Duhamel tente de discréditer le Dr. Laberge en lui reprochant d'avoir fait un choix de traitement anesthésiste sans prendre en considération le changement de protocole opératoire effectué par le Dr. Sutton. Or, le Dr. Laberge, dont le témoignage est rendu sans partie pris, affirme que ce changement de méthode d'opération n'a aucune influence sur son choix d'anesthésie.

[194] Le Dr. Laberge, bien qu'il témoigne en demande, est considéré comme un témoin indépendant et impartial puisqu'il n'est pas une partie à la présente affaire. Le témoignage qu'il rend est corroboré par ses notes pré-opératoires, ce qui permet au tribunal de préférer son témoignage à celui de la demanderesse.

[195] La demanderesse se souvient d'avoir rencontré le défendeur quelques instants avant l'opération. Claire Duhamel reproche au Dr. Sutton de ne pas parler. Il est incapable de communiquer. Elle dit: «cet homme là ne parle pas». Et pour illustrer cette affirmation elle déclare que le chirurgien donne un coup de genou sur son lit pour la réveiller après l'opération. Pourtant, l'infirmière en charge de la salle d'opération, Myrna Yumol, témoin produit par la demanderesse, contredit ce témoignage. En effet, Myrna Yumol déclare avoir eu l'occasion de travailler régulièrement avec le Dr. Sutton, lequel discute beaucoup avec ses patients.

[196] Claire Duhamel limite la conversation avec le Dr. Sutton à la seule question de savoir si celle-ci marchait beaucoup avant sa fracture. Lorsqu'elle répond affirmativement, le médecin se tourne vers l'infirmière en charge de la salle d'opération et lui dit: «Moore». Puis, il ajoute d'attendre avant de déplacer la patiente. La demanderesse est catégorique, le Dr. Sutton ne lui dit rien d'autre. Lors du procès elle affirme que le Dr. Sutton ne lui dit pas qu'il va lui installer une prothèse de Moore. Il le dit à l'infirmière seulement.

[197] Par contre, lorsqu'interrogée hors Cour par l'avocate du défendeur le 23 juin 1999, elle admet avoir été informée par le Dr. Sutton de la pose d'une prothèse de Moore. Voici un extrait des questions et réponses de cet interrogatoire:

«Q. Est-ce qu'il vous a posé des questions?

R. Non.

Q. Combien de temps a duré votre rencontre avant d'être opérée?

R. Bien, juste à la salle d'opération, là.

Q. Ca dure combien de temps ça?

R. Bien, quelques minutes.

Q. Quand vous lui avez expliqué que vous marchiez beaucoup?

R. Parce que j'étais agent immobilier.

Q. Oui, je comprends. Et vous lui avez dit donc: «Je marche beaucoup.» À ce moment-là il a dit: «On va mettre une prothèse...»

R. Oui.

Q. «... de Moore. » Est-ce que vous lui avez posé des questions sur c'était quoi cette prothèse-là?

R. Non, parce que je connaissais ça.

Q. O.. qu'est-ce que vous connaissiez de la prothèse?

R. Bien, je savais qu'est-ce que... je connaissais qu'est-ce que c'était qu'une prothèse(sic) de Moore parce que j'ai des patients qui en ont eu.

Q. Vous saviez en quoi consistait l'intervention?

R. Mais, moi, mon intervention a très mal fonctionné.

Q. Ce n'est pas ça que je vous demande. Je vous demande si, par votre expérience comme infirmière, vous saviez ce qu'était l'intervention?

R. Oui, je savais. Et je savais que ça causait beaucoup d'insatisfaction.»

[198] Claire Duhamel se défend bien de cette contradiction. Elle affirme dire la vérité lors de l'audience.

[199] Lorsque Claire Duhamel est questionnée hors Cour sur l'information donnée par le Dr. Sutton au sujet de la durée de la chirurgie, elle répond: «oui il me l'a dit». Lors de son témoignage devant le tribunal elle nie cette réponse, réaffirmant le manque d'information obtenue du Dr. Sutton le 8 janvier 1994. Elle explique cette contradiction par le fait qu'elle était somnolente lors de sa rencontre avec le Dr. Sutton. Les notes des infirmières contenues au dossier médical de la demanderesse indiquent l'administration de médicaments contre la douleur à 09h00 le matin de l'opération. Par contre, le Dr. Sutton tout comme le Dr. Laberge constate qu'elle est en mesure de donner un consentement à l'opération.

[200] Lorsqu'interrogée hors Cour, Claire Duhamel ne reconnaît pas sa signature au formulaire de consentement à l'opération. Elle affirme n'avoir jamais signé le document. Lors de son témoignage devant la Cour, sa version change. Elle reconnaît sa signature. Elle explique cette contradiction par le fait qu'elle n'avait pas vu le document avant de répondre aux questions lors de l'interrogatoire hors Cour.

[201] Lors de son témoignage Claire Duhamel est catégorique, elle veut que le chirurgien orthopédiste fixe la fracture de l'os de la hanche par vis, clous et plaque. Elle veut un «hip pinning» affirmant même que si elle avait su que cette opération n'aurait pas pu se faire, elle aurait demandé un changement d'hôpital. Or, la déclaration de

mise au rôle d'audience amendée du 23 février 2000, signée par Claire Duhamel, contient la phrase suivante:

«Le défendeur est responsable d'avoir posé la prothèse de Moore au lieu de la prothèse exeter.»

[202] La prothèse Exeter est la prothèse servant au remplacement total de la hanche. L'affirmation contenue à la règle 15 de la demanderesse contredit son témoignage lors du procès.

[203] Toutes ces contradictions et la façon catégorique de témoigner de la demanderesse lui font perdre sa crédibilité.

[204] Le tribunal préfère la version du défendeur à celle de la demanderesse. Celui-ci témoigne d'une façon pondérée et avec respect pour la demanderesse. Il explique à la Cour qu'il se rend d'abord au chevet de Claire Duhamel le matin du 8 janvier 1994. Il se présente et informe la patiente qu'il procédera à une opération pour réparer sa fracture de la hanche. Il lui explique brièvement la nature de la fracture, puis, après lui avoir posé certaines questions, dont celle de savoir si la demanderesse marche beaucoup, il l'informe qu'il remplacera l'os fracturé par une prothèse de Moore. Il indique alors sur la formule de consentement ® Moore's et avise immédiatement l'infirmière en charge du changement de protocole opératoire. Le Dr. Sutton explique également les risques de complication de l'opération, tel l'arrêt cardiaque et la nécessité d'opérer rapidement pour éviter toutes autres complications. Il demande alors à Claire Duhamel de signer le formulaire de consentement, ce qu'elle fait.

[205] Le Dr. Sutton est alors d'opinion que le consentement donné par la patiente, est un consentement libre et éclairé et que sa condition de santé lui permet de signer le document l'autorisant à l'opérer. Ce témoignage est d'ailleurs corroboré par celui de l'anesthésiste qui fait les mêmes observations. Le fait que la demanderesse soit médicamentée n'est pas un obstacle à son consentement selon le chirurgien. Claire Duhamel est suffisamment lucide pour apprécier l'information médicale qu'il lui donne. L'absorption de médicaments contre la douleur n'affecte pas son consentement tel que le démontre la preuve prépondérante.

[206] Ainsi, le tribunal est d'opinion que le Dr. Sutton n'a pas manqué à son devoir d'information et a transmis à la demanderesse tous les renseignements nécessaires qu'un médecin raisonnablement prudent et diligent aurait lui-même communiqué en tenant compte des circonstances particulières de la présente affaire, dont le fait que les parties se rencontrent pour la première fois quelques instants avant la chirurgie qui doit être pratiquée rapidement. Les informations communiquées par le médecin agissant dans de telles circonstances peuvent différer de celles qu'il aurait été obligé de communiquer s'il s'était agi d'une chirurgie sélective. Par contre, les informations données par le Dr. Sutton le matin du 8 janvier 1994 sont jugées suffisantes pour permettre à la demanderesse de donner son consentement à l'opération.

[207] En effet, le Dr. Sutton n'avait pas à expliquer à la demanderesse des options de traitement qui n'avaient aucune chance de succès. Ainsi, l'enclouage de la hanche ne pouvait constituer dans la présente affaire une alternative valable au traitement proposé. Le remplacement total de la hanche étant une procédure chirurgicale qui ne se pratique que dans des conditions idéales elle ne pouvait non plus être offerte comme alternative à la demanderesse.

[208] De plus, la preuve prépondérante démontre que les informations données par le Dr. Sutton sont compréhensibles pour la patiente. Elles concernent d'abord son état de santé puis la nature de sa blessure et enfin le genre d'intervention chirurgicale proposée. Le Dr. Sutton explique les conséquences prévisibles d'une telle chirurgie, soit l'anticipation de la réussite puisque les risques d'échec sont très faibles et ne dépassent pas les risques généraux communs à ce genre d'intervention.

[209] La pose d'une prothèse de Moore ne comporte pas de degré important d'effets secondaires. Il est tout à fait normal qu'un patient ressente de la douleur après une telle opération, mais cette douleur devrait s'atténuer dans les mois ou dans les années suivant la chirurgie.

[210] La pose d'une prothèse de Moore était le traitement approprié à la présente situation. Il nécessitait peu de temps d'opération et présentait des chances de succès importantes lorsque comparées au faible taux d'échec observé par l'expert Mitchell en 1994.

[211] Le Dr. Sutton n'avait donc pas d'autres options raisonnables pour traiter Claire Duhamel le matin du 8 janvier 1994. La pose de vis, clous et plaque était irréalisable selon la preuve offerte alors que le remplacement total de la hanche ne s'appliquait pas à la réparation d'une fracture traitée d'urgence.

[212] Le tribunal est également convaincu que même si Claire Duhamel n'avait pas été informée du choix de l'opération, elle aurait quand même accepté de la subir puisque ce traitement était le seul choix logique offert au chirurgien placé dans cette position. Claire Duhamel est une ancienne infirmière dont les connaissances lui permettent d'apprécier la recommandation du chirurgien le 8 janvier 1994. Ainsi, la demanderesse aurait pu facilement discuter avec le Dr. Sutton des différentes options pouvant s'offrir à elle en raison de ses connaissances médicales. Or, elle ne l'a pas fait et n'a pas jugé bon de questionner le chirurgien le 8 janvier 1994. L'explication de cette conduite se retrouve aux réponses données par Claire Duhamel lors de son interrogatoire hors Cour alors qu'elle admet connaître le traitement par prothèse de Moore.

[213] L'affirmation de la demanderesse devant le tribunal à l'effet qu'elle aurait demandé son transfert à un autre hôpital si elle avait su qu'on lui installait une prothèse de Moore est tout à fait incroyable. Elle connaît le sérieux d'une fracture de la hanche et des risques de complication rapides si celle-ci n'est pas traitée d'une façon urgente

dans les plus brefs délais. Son transfert dans un autre hôpital aurait mis sa vie en danger.

[214] La demanderesse reproche également au défendeur une faute professionnelle lors de l'installation de la prothèse de Moore. Cette prétention découle des remarques écrites dans le rapport d'expert du Dr. Gilles Roger Tremblay du 6 avril 1998. Celui-ci écrit ce qui suit:

«Madame Duhamel continua de se plaindre de douleurs à l'aine de façon importante et des radiographies sériées à l'hôpital St-Mary's démontrent qu'au cours de l'été 1994 et de l'hiver 1995 que la prothèse de Moore se déplaça au niveau de la tige centro-médulaire.»

[215] Or, la preuve prépondérante démontre que cette affirmation est sans fondement.

[216] Au paragraphe 6f) de sa déclaration amendée, la demanderesse déclare que la tige de la prothèse de Moore commença à se déplacer dans le fémur, entraînant le déplacement de la tête métallique de la prothèse de Moore. Or, cette affirmation est contredite par l'ensemble de la preuve.

[217] D'abord, le protocole opératoire rédigé par le Dr. Huk lors de l'intervention chirurgicale du 4 mars 1996 démontre que la prothèse de Moore est en bonne position lors de la deuxième opération. D'ailleurs, cette chirurgienne a beaucoup de difficulté à l'enlever pour la remplacer, ce qui démontre la qualité du travail du Dr. Sutton.

[218] Le Dr. Gilles Roger Tremblay contredit d'ailleurs sa propre conclusion lorsqu'il affirme dans son rapport que la prothèse de Moore est bien centrée, en bonne position et concentrique avec le cotyle.

[219] L'autre expert produit par la demanderesse, le radiologiste Jean Laperrière, confirme également la mise en place en bonne position de la prothèse de Moore. Enfin, tous les radiologistes ayant eu à examiner les radiographies prises après l'opération et dont les rapports sont contenus dans les dossiers médicaux de la demanderesse, concluent tous à la bonne position de la prothèse de Moore.

[220] Les radiographies prises en suivi opératoire à la demande du Dr. Sutton démontrent la présence d'une prothèse de Moore en bonne position. Le rapport du Dr. Hélène Guilbeault du 9 janvier 1994 fait état d'une prothèse bien installée. La radiographie du 13 juin 1994, interprétée par le Dr. Edward Yeghiayan fait également état d'une prothèse en bonne position d'alignement avec l'acetabulum et l'os fémoral.

[221] L'affirmation du Dr. Tremblay est également contredite par l'autre témoin-expert de la défenderesse, le Dr. Michel Germain lorsque celui-ci écrit le 22 novembre 1995:

«Les radiographies du 09 janvier 1994 montrent qu'il y a eu mise en place d'une prothèse de Moore en bonne position.»

[222] Enfin, le Dr. Mitchell témoigne, qu'après avoir revu les radiographies post-opératoires, la prothèse de Moore est installée selon les règles de l'art. Aucune preuve contraire à cette affirmation n'a été apportée par la demanderesse.

[223] Le Dr. Mitchell, dont la crédibilité ne peut être mise en doute, exprime ses opinions par témoignage contrairement aux experts de la demanderesse qui n'ont malheureusement que produit leur rapport d'expert, sans expliquer leurs prétentions. Ainsi, l'affirmation contenue au rapport du Dr. Gilles Roger Tremblay du 6 avril 1998 est contredite par l'ensemble de la preuve offerte par le défendeur. La prépondérance de preuve démontre que la prothèse de Moore n'a pas bougé depuis que le Dr. Sutton l'a implantée le 8 janvier 1994.

[224] Le tribunal est également d'opinion que le suivi post-opératoire du Dr. Sutton est adéquat puisque celui-ci a revu sa patiente à plusieurs occasions et a pris en considération ses plaintes de douleurs persistantes. Pour découvrir l'origine de ces douleurs, il a procédé à de nouvelles prises de radiographies et a tenté d'en découvrir la source sans succès. Il a donc suggéré à la demanderesse d'attendre pendant une certaine période de temps avant d'envisager la pose d'une prothèse totale de la hanche.

[225] Ainsi, le tribunal en vient à la conclusion que le Dr. Sutton n'a pas commis de faute professionnelle engageant sa responsabilité dans la présente affaire. Il a satisfait à son devoir d'information, a posé un diagnostic juste sur la condition de la patiente et a administré selon les règles de l'art un traitement adéquat. Enfin, il a fait un suivi post-opératoire satisfaisant.

POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL:

[226] **REJETTE** l'action de la demanderesse;

[227] **LE TOUT**, avec dépens.

PIERRE ISABELLE, J.C.S.

Me Jean-Paul Gagnon, procureur de la demanderesse
Mes Semeniuk & Associates

Me Emmanuelle Poupart, procureure du défendeur
Mes McCarthy, Tétrault

Date d'audience : 9, 10 et 11 avril 2003