

# LA VISION D'UN MÉDECIN, LA FIERTÉ D'UNE PROFESSION

Une histoire de l'Association canadienne  
de protection médicale

de 1901 à 2001



# LA VISION D'UN MÉDECIN, LA FIERTÉ D'UNE PROFESSION

## UNE HISTOIRE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE DE 1901 À 2001

Racontée par  
W.D.S. Thomas, MD, FRCSC  
Président de l'ACPM de 1996 à 2001

Le 100<sup>e</sup> anniversaire de notre Association me paraît le moment idéal pour nous remémorer nos débuts, nos traditions, nos réalisations et les progrès accomplis.

Ce court récit me permet, à titre de président, de raviver l'histoire d'un organisme apprécié de ses membres et qui fait l'envie des autres professions.

L'Association a eu la chance de choisir des médecins, des conseillers juridiques et des employés qui ont su offrir des services exemplaires aux membres et qui continuent de le faire.

J'ose espérer que notre histoire saura vous plaire.



© Une publication de l'Association canadienne de protection médicale

Août 2001

Tous droits de reproduction réservés.

# TABLE DES MATIÈRES

## **INSPIRATION**

Définition de l'incurie professionnelle; L'histoire de l'ACPM - Entrefilet -  
Négligence par opposition à manque de jugement

## **L'ACPM PREND SON ENVOL : LES 30 PREMIÈRES ANNÉES**

Entrefilet - Riposte aux actions frivoles; Liens étroits avec l'AMC; Objet de la nouvelle association;  
Entrefilet - Des valeurs fondamentales; Structure de l'ACPM; Constitution de l'ACPM  
en corporation; Cotisations et fonds; Adhésion; Entrefilet - La constitution en corporation :  
des eaux troubles; Élargissement de l'étendue des services; Une question de principe;  
Élargissement de la portée de l'aide; Questions médico-légales; L'essor de la spécialisation;  
Premières causes; Écueils de la pratique médicale; Renseigner les membres sur les écueils  
de la pratique médicale; Fin d'une époque

## **HOMMAGE AUX GRANDS VISIONNAIRES QUI ONT FAÇONNÉ NOTRE HISTOIRE**

Le Dr Robert Henry Wynyard Powell; le Dr John Fenton Argue; le Dr John Dickson Courtenay;  
le Dr Alfred Turner Bazin; le Dr Trenholm Laurence Fisher

## **UNE EXPÉRIENCE À PARTAGER : LES 50 ANNÉES SUIVANTES**

Gestion de la croissance; Incidence des coûts sur les cotisations; Augmentation de la charge  
de travail et des employés; Les membres bien servis par les avocats; Assemblée annuelle;  
Au service des membres; Recrutement de nouveaux membres; Préoccupations; Services accrus;  
Questions médicales; Entrefilet - Des cas embarrassants; Questions de droit; Entrefilet -  
Consentement et consentement éclairé; Un principe qui perdure; Identification et gestion  
des risques; Efforts de communication

## **HOMMAGE AUX DIRIGEANTS QUI ONT PERPÉTUÉ LA VISION DE L'ACPM**

Le Dr George W. Armstrong; Le Dr James H.B. Hilton; le Dr F. Norman Brown;  
le Dr Normand J. Belliveau; le Dr Stuart B. Lee; le Dr Hugh F. Morrish

## **LE MAINTIEN DES TRADITIONS FACE AU CHANGEMENT : LES 20 DERNIÈRES ANNÉES**

Leadership, régie interne et administration; Les assemblées annuelles comme moyen  
de communication; Une expertise grandissante; Un immeuble bien à nous; Adoption d'un  
barème de cotisations différentielles; Un régime de capitalisation intégrale; Conseils en matière  
de placements; Examen indépendant du financement et du fonctionnement de l'ACPM;  
Examen de la gestion des dossiers; Tarification régionale; Augmentation des adhésions;  
L'expansion des services se poursuit; Entrefilet - Des conseils utiles, d'une époque à l'autre;  
Changements médicaux et données statistiques; Questions de droit; La réforme du régime de  
responsabilité délictuelle; Gestion des risques

## **QUE NOUS RÉSERVE L'AVENIR?**

## **REMERCIEMENTS**

## **TABLEAU DES ÉTATS DE SERVICE**

## **L'ÉVOLUTION DE LA PROTECTION DE 1901 À 2001**

# INSPIRATION

**E**n septembre 1896, un garçon de Smith Falls, ville ontarienne située près d'Ottawa, s'est fracturé un os de l'avant-bras en tombant d'un arbre. Par chance, un voisin médecin a immédiatement placé le bras dans une gouttière coussinée et suivi son jeune patient de près. Cependant, le garçon et ses parents n'ayant pas respecté les directives du médecin, le jeune patient perdit l'usage de son pouce par suite de complications.

Le père a décidé d'intenter une poursuite contre le médecin pour négligence.

Le médecin a gagné le procès qui avait été engagé contre lui, mais le demandeur en a appelé à deux reprises de la décision rendue. Les appels portaient sur des questions de droit et non de médecine. Même si le père a été débouté, le médecin n'a pu obtenir paiement des frais parce que le demandeur était « sans le sou », comme on disait à l'époque. Sans l'aide financière de ses collègues, le médecin aurait croulé sous le poids des frais d'avocat.

## DÉFINITION DE L'INCURIE PROFESSIONNELLE

Quand le médecin fait-il preuve de négligence? Cette question séculaire oppose patients et médecins devant les tribunaux, situation que tous préféreraient éviter.

L'erreur étant humaine, un patient peut être victime d'une erreur commise par un médecin. En pareil cas, il est juste que le patient soit indemnisé. C'est la position que défend l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) depuis 100 ans. Comme la plupart des problèmes survenant par suite de soins médicaux ne

résultent pas de la négligence ou du manque de compétence, l'ACPM s'est toujours employée à défendre vigoureusement l'intégrité professionnelle des médecins.

En 1896, un patient insatisfait pouvait acculer un médecin à la faillite financière et professionnelle. De nos jours, les médecins bénéficient d'une protection à cet égard.

## L'HISTOIRE DE L'ACPM

L'histoire de l'Association n'est autre que celle de médecins se regroupant pour défendre leur intégrité professionnelle. C'est une histoire marquée par l'arrivée de nouvelles technologies et techniques, de nouveaux médicaments et traitements, ainsi que par l'évolution des attitudes et précédents légaux et par un changement de valeurs sociales ayant une incidence sur la pratique médicale. Cette histoire est aussi celle de l'indemnisation des patients victimes d'erreurs médicales.

Ce livret décrit la profonde influence que l'ACPM a exercée sur la pratique de la médecine en renseignant et éduquant les médecins sur les écueils des actes médicaux et de la pratique médicale en général.

L'histoire de l'ACPM est surtout celle de médecins dévoués, désireux d'offrir les meilleurs soins médicaux possibles au peuple canadien. C'est aussi l'histoire de grandes réalisations et d'une collaboration soutenue qui, espérons-le, continuera de se perpétuer pour le plus grand bien des patients.

Je suis heureux d'avoir été associé à cette histoire et d'avoir le privilège de vous la raconter.

---

### ***Négligence par opposition à manque de jugement***

*Même si la négligence a été définie, redéfinie, étoffée et interprétée de plus d'une façon au fil des ans, le sens du mot se rapproche de façon remarquable de la définition qu'en avait donnée le Lord chef de justice Tindal dans la cause Lanphier c. Phipos, en 1838 :*

*[traduction] « Quiconque entreprend l'exercice d'une profession savante s'engage à la pratiquer en fonction d'un degré de diligence et d'habileté raisonnable. S'il est avocat, il ne s'engage pas à gagner votre cause quelles que soient les circonstances, et s'il est chirurgien, il ne s'engage pas à vous guérir; il ne s'engage pas non plus à faire preuve du plus haut degré d'habileté qui soit. Il se peut que d'autres bénéficient d'une meilleure formation ou de meilleurs avantages que lui, mais lui-même s'engage à faire preuve d'un degré d'habileté et de compétence adéquat et raisonnable. Il vous faut décider si, dans la présente cause, le préjudice a été causé par l'absence d'une telle habileté chez le défendeur. »*

*Dans le rapport annuel de 1925 de l'ACPM, le chef du contentieux cite une allocution qu'avait prononcée le juge en chef Mathers à l'intention d'un jury sur la définition de la négligence :*

*[traduction] « La définition que je vous ai proposée fait en sorte que le défendeur n'est responsable de négligence que s'il a posé un geste qu'un praticien ordinaire et raisonnable, pratiquant dans le même domaine professionnel que lui, n'aurait pas posé, ou s'il a omis de poser un geste que ce praticien ordinaire aurait posé. »*

*« Vous devez évaluer sa conduite selon la norme édictée par la loi à l'égard des médecins [...]. La loi n'exige pas d'eux un degré de diligence ou d'habileté plus élevé que celui qu'exerce un médecin ordinaire pratiquant dans le même domaine [...]. S'il néglige de prendre une précaution prise habituellement [...], il peut alors être coupable de négligence [...], mais s'il a exercé la diligence que les praticiens exercent en général, alors il ne peut être taxé de négligence. »*

---

# L'ACPM PREND SON ENVOL : LES 30 PREMIÈRES ANNÉES

À Smith Falls, un des collègues du chirurgien poursuivi était le Dr Robert Henry Wynyard Powell, médecin respecté d'Ottawa et défenseur de la profession médicale. Le Dr Powell a été extrêmement bouleversé de constater qu'un médecin risquait la ruine par suite d'une réclamation injustifiée. Dans ses écrits, il précise avoir longuement réfléchi à cette histoire.

Ayant entendu parler du travail des unions de défense des médecins au Royaume-Uni, le Dr Powell a, dans son message annuel à titre de président de l'Association médicale canadienne (AMC) de 1899 à 1900, recommandé la formation d'une association canadienne de défense des médecins visant à protéger ces derniers contre les « attaques injustes ».

À l'assemblée annuelle de l'AMC tenue le 13 septembre 1900, les membres ont créé un comité de défense des médecins pour étudier les avantages de la formation d'une association de protection.

Dans le cadre de l'assemblée annuelle suivante en 1901, le Dr Russell Thomas, de Lennoxville, au Québec, a présenté à l'AMC un exposé sur la question de la défense des médecins. Le Dr Thomas, délégué de la *St. Francis District Medical Association*, a défendu vigoureusement la création d'une union de défense des médecins en citant deux ou trois causes célèbres et en soulignant le succès remporté par les unions de défense au Royaume-Uni. Il a aussi profité de l'occasion pour décrire le plan de défense prôné par son association de district, laquelle l'avait autorisé à remettre le plan intégralement à l'AMC.

Le 30 août 1901, le Dr W. S. Muir, de Truro, en Nouvelle-Écosse, a présenté le rapport du comité de défense des médecins recommandant la création de l'Association canadienne de protection médicale, et la recommandation a été adoptée. Les membres ont évidemment travaillé très fort au cours de l'année

précédente, car ils ont été en mesure d'établir la structure intégrale de l'Association. Chaque article a fait l'objet d'un vote distinct et, à la fin de sa présentation, le comité a recommandé que les membres de l'union de défense des médecins de la *St. Francis District Medical Association* adhèrent à l'ACPM. Avant de faire cette recommandation, les membres du comité s'étaient assurés qu'il n'y avait « aucune dette courante ou imminente ».

Faits historiques intéressants à noter : le chef du contentieux devait siéger au comité directeur; « l'Association [pouvait] établir, le cas échéant la rémunération du secrétaire ». Il a cependant fallu attendre quelques années avant que le secrétaire ne touche une rétribution, puisque l'ACPM ne disposait pas de fonds.

---

## ***Riposte aux actions frivoles***

*Durant ses 33 années à la présidence de l'ACPM, le Dr Powell a souvent parlé des médecins victimes de chantage ou d'actions frivoles pour une prétendue faute professionnelle, dans les cas où certains patients préféraient brandir la menace d'une poursuite plutôt que d'acquitter les honoraires du médecin.*

*En effet, il semble qu'à cette époque, un médecin était souvent menacé de poursuite après présentation d'une facture pour services rendus. Le patient se déclarait soudainement insatisfait du traitement reçu et menaçait d'intenter une action en justice. Par ce stratagème, il espérait tout au moins être dégagé du paiement des honoraires du médecin et, au mieux, forcer celui-ci à régler hors cour pour une somme importante. Secoués par de telles menaces, nombre de médecins optaient pour ce genre de règlement. Le Dr Powell et ses collègues s'opposaient à cette pratique, estimant que seule la création d'un front uni réussirait à l'enrayer et à préserver la réputation des médecins et le paiement de leurs honoraires.*

---

## LIENS ÉTROITS AVEC L'AMC

L'Association médicale canadienne (AMC) et l'ACPM étant des associations sœurs, elles ont toujours entretenu des liens étroits. Notre assemblée annuelle a lieu concurremment avec celle de l'AMC.

Ces relations se sont officialisées en 1924 lorsqu'une révision de la charte de l'AMC a permis à celle-ci d'avoir des organismes affiliés. L'ACPM est la première association à avoir soumis sa candidature à titre d'association affiliée et à avoir obtenu ce statut.

## OBJET DE LA NOUVELLE ASSOCIATION

Le préambule de la recommandation du Dr Muir est ainsi formulé :

« Nous croyons qu'il est dans l'intérêt de la profession médicale au Canada de former une association par l'entremise de notre entité en vue de protéger, à mesure qu'ils adhèrent à cette association, les membres de la profession médicale qui pourraient se voir injustement accusés de négligence professionnelle. Cette

### Des valeurs fondamentales

*Le Dr Powell a souvent répété que la valeur de « notre association ne se traduit pas par les combats que nous avons livrés et les victoires que nous avons récoltées, mais plutôt par l'influence discrète que nous avons exercée sur les demandeurs qui, pour un gain monétaire, ont essayé de discréditer des médecins consciencieux, travailleurs et dignes de confiance, en sachant ou en supposant qu'ils sont des proies faciles et que, pour éviter la mauvaise publicité, un médecin cédera souvent à des demandes qui ne sont, en fait, que du chantage. »*

*« Ces demandeurs ont découvert que notre Conseil ne craint pas la signification d'un bref et que le compte bancaire de notre exécutif est pour lui le nerf de la guerre. »*

*« Nombre de causes ont été étouffées dans l'œuf et se sont évaporées comme la rosée du matin. Voilà, Messieurs, toute la force et la gloire de votre association. » (Rapport annuel de l'ACPM, 1919)*

association aura pour objectif de protéger ses membres contre de telles accusations lorsque notre conseil, notre chef du contentieux et le comité responsable jugent qu'elles sont injustes ou frivoles ou s'ils considèrent qu'il s'agit de harcèlement.

[...] Que la présente association soit fondée sous le nom de Association canadienne de protection médicale. »

C'est ainsi qu'a été créée l'ACPM, avec comme président le Dr R. W. Powell, d'Ottawa, secondé du Dr J. O. Camirand, de Sherbrooke, vice-président, du Dr F. W. McKinnon, d'Ottawa, secrétaire, et du Dr James Grant Jr., d'Ottawa, trésorier.

Le premier avocat embauché par l'Association a été M<sup>e</sup> Francis H. Chrysler, c.r. M<sup>e</sup> Chrysler a occupé le poste de chef du contentieux jusqu'en 1934 et a élaboré les procédures juridiques sur lesquelles reposent les principes fondateurs de l'Association.

L'enthousiasme, le dynamisme et la ténacité du Dr Powell et du Dr John Fenton Argue (élu au poste fusionné de secrétaire-trésorier en 1906) ont incité les médecins à adhérer à l'Association. Dans ses rapports annuels, le Dr Powell soulignait qu'il serait difficile d'attirer de nouveaux membres, mais faisait toujours preuve d'optimisme en prédisant que l'ACPM grandirait et deviendrait un jour une association importante. Il y encourageait ardemment les médecins à recruter des nouveaux membres et, dans le rapport annuel de 1911, s'est vanté du fait que « nous avons semé la terreur chez tous ces maîtres-chanteurs qui cherchent à entacher la réputation des membres de notre noble profession ».

## STRUCTURE DE L'ACPM

Au cours de ses premières années d'existence, l'ACPM a dû tenir compte de certains détails d'ordre pratique. Lors de l'assemblée annuelle de 1904, les participants ont proposé et adopté les premières modifications aux règlements de la jeune association. Les postes de secrétaire et de trésorier ont été fusionnés.

Un autre changement d'importance a consisté à nommer un comité directeur par province. Le mandat de ces comités à sensibiliser les médecins des

diverses régions du Canada au travail de l'ACPM, à proposer des membres et à préparer des dossiers sur les réclamations relatives à l'incurie professionnelle. Pendant près d'un siècle, ces comités ont été de précieux conseillers; cette structure s'est toutefois révélée inutile à partir de 1997, lorsque les membres ont commencé à élire au Conseil des représentants des diverses régions géographiques du Canada.

## CONSTITUTION DE L'ACPM EN CORPORATION

En 1906, M<sup>e</sup> Chrysler a proposé que l'Association soit constituée en corporation, mais sa proposition a été refusée. Il est revenu à la charge en 1909 et en 1911, mais ce n'est qu'en 1912 que les membres lui ont donné le feu vert après avoir entendu le Dr Powell se prononcer en faveur de cette proposition pour protéger les fonds alors « à la merci de deux hommes, aussi respectables et honorables soient-ils ». L'Association avait prouvé qu'elle était dévouée à ses membres et à la profession médicale en général. Elle possédait maintenant un solide compte bancaire et les fonds excédentaires dont elle disposait étaient placés pour faire face aux réclamations futures. Le processus de constitution en corporation était lancé.

Le 28 février 1913, la Chambre des communes a adopté la *Loi constituant en corporation l'Association canadienne de protection médicale*. Le Sénat en a fait de même le 4 avril, et la Loi a obtenu la Sanction royale le 13 mai.

Au printemps, on a mis la dernière main aux règlements en vue de leur présentation à l'assemblée annuelle en juin. Après avoir franchi toutes les étapes procédurales, les règlements ont obtenu la sanction du gouverneur en conseil le 2 août.

La loi constitutive de l'ACPM précise que l'Association poursuit les objectifs suivants (qui font aujourd'hui partie intégrante de notre énoncé de mission) :

- soutenir, conserver et protéger l'honneur, la réputation et l'intérêt de ses membres;
- encourager la pratique honorable de la profession

médicale;

- fournir conseils et assistance aux membres de l'Association et les aider à se défendre quand ils font l'objet de quelque action ou menace injustifiée que ce soit;
- faire connaître et appuyer toute mesure susceptible d'améliorer la pratique de la médecine.

## COTISATIONS ET FONDS

Les cotisations des membres ont subi une première augmentation en 1906, passant de 2,50 \$ à 3 \$.

En dépit de ces modestes cotisations, l'ACPM a pu, grâce au nombre limité de dossiers qu'elle devait traiter, enregistrer un petit surplus qu'on s'est empressé d'investir pour obtenir un taux de rendement plus élevé que le taux d'intérêt offert par la banque.

Les Drs Powell et Argue avaient la réputation d'être économes et limitaient les frais généraux de l'ACPM au minimum. Au début, les dépenses étaient consacrées à l'impression, à l'affranchissement, à l'achat d'articles de bureau, au salaire des employés de bureau, à la publicité dans les revues médicales, aux honoraires du vérificateur, à la rémunération des deux dirigeants et au paiement de leurs frais de déplacement ainsi qu'aux frais d'avocat, qui étaient habituellement deux fois plus élevées que l'ensemble des autres dépenses.

La mission de l'ACPM consistait, et c'est encore le cas aujourd'hui, à offrir une protection aux médecins, en retenant les services des meilleurs avocats. Le fait que plusieurs d'entre eux aient accédé à la magistrature fédérale et provinciale au fil des ans témoigne de la grande qualité des services juridiques offerts.

En 1928, les membres ont voté en faveur d'une hausse des cotisations, lesquelles passeront à 5 \$ le 1<sup>er</sup> janvier 1929.

## ADHÉSION

Au début, peu de nouveaux membres adhéraient à l'Association, la publicité publiée dans les revues médicales n'attirant que quelques-uns d'entre eux.

Le Canada n'était alors qu'un regroupement de provinces, et les Canadiennes et Canadiens n'avaient pas

## La constitution en corporation : des eaux troubles

Même si nous faisons souvent mention en une seule ligne de la date à laquelle la loi constitutive de l'Association a été adoptée, cette loi a tout de même soulevé un débat animé à la Chambre des communes et au Sénat.

Le projet de loi a été déposé par le Dr John Leo Chabot, un médecin et chirurgien d'Ottawa qui était alors député. Même à l'étape de la troisième lecture, le projet de loi a été retardé d'une semaine à cause d'une pétition déposée auprès de la Chambre.

Les opposants contestaient surtout l'utilisation d'expressions comme « pratique interdite » dans les objectifs. Les députés craignaient que la proposition ne discrédite les ostéopathes, les homéopathes et les scientifiques chrétiens, non autorisés à pratiquer selon certaines lois médicales provinciales. On a même suggéré que le nom de l'ACPM soit changé pour celui d'Association canadienne de médecine allopathe parce que les membres de « l'école » représentée par l'ACPM avaient recours à des traitements mis au point par toutes les écoles.

Les esprits se sont échauffés. Lors d'un débat en Chambre, un député a formulé le commentaire suivant : « Selon moi, ce projet de loi représente un danger. Il va à l'encontre des intérêts de la majorité du peuple et crée une corporation monopolistique [...] enlevant aux particuliers le droit de choisir la cure ou le traitement médical qu'ils recevront en cas de maladie. »

En 1913, la crainte de la centralisation du pouvoir était généralisée, et on débattait ce qui constituait aux yeux du public l'ingérence du Parlement dans les questions de santé, domaine de compétence provinciale. Les députés voulaient aussi s'assurer que les objectifs de l'ACPM n'empièteraient pas sur l'enseignement médical ou sur l'octroi des permis d'exercice, deux domaines également de compétence provinciale.

Un troisième député a mis en doute la constitutionnalité du projet de loi, mais le ministre de la Justice lui a répondu ce qui suit : « Le pouvoir de la constitution en corporation revient habituellement au Parlement du Canada. »

Au chapitre des droits individuels, un député a résumé sa position en ces termes : « Si un particulier constate qu'au lieu d'affronter un homme qu'il estime coupable, il doit faire face à une corporation solide regroupant les médecins du pays et possédant l'argent nécessaire pour se défendre, il conclura, je crois, que la situation est injuste. »

Des députés se sont dits préoccupés du fait que des médecins seraient recrutés pour témoigner en faveur du demandeur.

L'ajout des règlements de l'Association au texte de loi a aussi soulevé des objections. Les règlements n'entreraient en vigueur qu'après leur dépôt au Secrétariat d'État, soit un mois après leur publication dans la Gazette du Canada et après avoir reçu la sanction du gouverneur en conseil.

Le Dr Chabot a fait preuve de calme et de patience en pilotant le projet de loi 89 à la Chambre des communes, mais une fois soumis au Sénat, le projet de loi a de nouveau été retardé. Les mêmes réserves y ont aussi soulevé un débat. Selon un député, « même si les médecins sont les plus grands philanthropes au monde, le public est toujours sur ses gardes quand un projet de loi sur la profession médicale est déposé ».

Le projet de loi a finalement été adopté.

Il est intéressant de noter que le nom du Dr Chabot n'a jamais figuré dans la liste des membres de l'ACPM, même s'il a été médecin et chirurgien à Ottawa durant les 30 années qui ont suivi.

89.

and Session, 12th Parliament, 3 George V., 1912-13

THE HOUSE OF COMMONS  
OF CANADA.

BILL 89.

An Act to incorporate the Canadian  
Medical Protective Association.

introduced and reported by  
the Committee of the Whole House.)

(PRIVATE BILL.)

MR. CHABOT.

OTTAWA

Printed by C. H. PARMELEE  
Printer to the King's most Excellent Majesty

1913-14

de vision nationale. Les organismes professionnels, les lois sur la santé et les organismes de réglementation professionnelle relevant des provinces, on se méfiait des organismes nationaux. Il n'est donc pas étonnant que l'ACM ait eu elle aussi de la difficulté à recruter de nouveaux membres à cette époque.

Nombre de médecins croyaient être à l'abri des poursuites. Cependant, comme l'affirmait le Dr Powell en 1910 : « Notre association a même défendu avec succès un président de l'AMC ».

L'Association a connu une véritable croissance après la Première Guerre mondiale. Cette dernière a favorisé la recherche scientifique et l'essor de l'enseignement de la médecine puisque de nombreuses facultés de médecine, contribuant à l'effort de guerre, instruisaient leurs élèves des connaissances ainsi acquises.

En plus de stimuler l'économie, la guerre a fait avancer la médecine en améliorant, entre autres, les techniques de transfusion sanguine et en créant des spécialités telle la médecine de réadaptation. Ces progrès ont rehaussé l'image des associations médicales et attiré plus de membres.

Plusieurs médecins ont participé à l'effort de guerre, mais le nombre des membres de l'ACPM n'a pas diminué au cours de cette période, l'Association considérant ces médecins comme des membres en règle et effaçant les cotisations non payées à leur retour au pays.

Le Dr Powell profitait toujours de ses rapports annuels pour féliciter les membres du succès de l'Association, mais aussi pour les inciter fortement à faire du recrutement auprès de leurs amis médecins, pour que l'ACPM connaisse un plus grand essor.

Le souhait du Dr Powell a été exaucé quand la publicité dans les revues médicales, et l'engagement de l'Association dans l'enseignement médico-légal ont, après 30 ans, porté fruit. De fait, le nombre de membres est passé de 242 à 2 208 membres au cours de cette période.

## ÉLARGISSEMENT DE L'ÉTENDUE DES SERVICES

Au début, l'ACPM se contentait de conseiller les membres menacés de poursuite jusqu'à ce qu'une augmentation des fonds lui permette de couvrir les frais d'avocat engagés dans les actions au civil intentées contre des médecins.

À cette époque, il était difficile pour les membres faisant l'objet de poursuites judiciaires de trouver un avocat pour assurer leur défense. À Ottawa, le chef du contentieux acceptait tous les dossiers médico-légaux, mais a toutefois promis en 1906 que dès que le nombre d'actions le justifierait, des avocats seraient nommés dans chaque province. C'est ce qui s'est produit en 1911. L'Association assurait des services juridiques de haute qualité en retenant les services d'avocats qui connaissaient bien les dossiers de faute professionnelle et la loi en vigueur dans leur province ou territoire respectif.

Des membres ont demandé de l'aide en vue de régler des questions en matière de facturation et d'actes criminels, dont l'omission de rapporter une maladie infectieuse. L'Association a refusé d'intervenir, n'offrant pas ce genre de service à l'époque.

Toutefois, comme en fait foi le rapport annuel de 1904, l'ACPM avait élargi l'étendue de l'aide accordée en agissant dans un dossier criminel. Un médecin poursuivi au civil pour faute professionnelle avait obtenu gain de cause, mais avait par la suite été accusé d'homicide involontaire. L'Association lui est venu en aide parce que l'action était fondée sur une allégation de négligence qui aurait pu lui causer un tort professionnel.

## UNE QUESTION DE PRINCIPE

Cette cause illustre bien quelques-uns des principes défendus par l'ACPM. Le premier veut qu'il soit laissé à la discrétion des dirigeants de l'Association de déterminer si un membre bénéficiera ou non de l'assistance de l'ACPM. Le deuxième est que l'ACPM n'est pas une compagnie d'assurances. L'Association n'a jamais présenté de contrat à un médecin comme le ferait une compagnie d'assurances, mais possède plutôt le

pouvoir discrétionnaire d'offrir les services décrits dans sa charte et dans ses règlements à tout membre en règle.

L'ACPM est un organisme de défense mutuelle à but non lucratif, administré par les médecins pour les médecins. Depuis 1929, l'Association a été en mesure d'indemniser les patients ayant réellement subi un préjudice causé par un de ses membres.

L'ACPM a aussi toujours tenu à défendre vigoureusement toute cause défendable, même si un règlement hors cour pourrait s'avérer moins coûteux. Ce n'est pas le cas de nombreuses compagnies d'assurances, qui optent souvent pour des règlements hors cour à des fins économiques.

Le fait de défendre toutes les causes défendables est une sage décision qui a profité tant aux membres qu'à l'ACPM. Ce principe protège l'intégrité professionnelle du médecin. Certains des dossiers défendus en cour ont établi des précédents juridiques dont bénéficient d'autres médecins en des circonstances semblables.

Après avoir remporté un procès, l'ACPM recevait souvent une multitude de demandes d'adhésion en provenance de la région où pratiquait le médecin. Cela constituait aussi un message clair pour les avocats qui incitaient leurs clients à intenter une poursuite contre un médecin qui semblait être une proie facile. De plus, on croyait que les règlements hors cour ne faisaient que multiplier les menaces de poursuites de la part de patients convaincus que les médecins préféreraient régler plutôt que d'être humiliés publiquement. En effet, les médecins choisissaient souvent de régler hors cour plutôt que de se défendre, et ce malgré les exhortations du Dr Powell de faire preuve de solidarité pour le plus grand bien de tous.

## ÉLARGISSEMENT DE LA PORTÉE DE L'AIDE

Au cours de ses 28 premières années d'existence, l'Association offrait, entre autres, les services suivants aux médecins : l'identification des risques inhérents à la pratique de la médecine, des conseils en matière de défense en cas de menace de poursuite judiciaire, et le remboursement des frais d'avocat par suite d'une action

civile. Comme les membres réclamaient l'indemnisation et sachant que les unions de défense britanniques offraient ce service, le Dr Argue a entrepris une recherche sur le sujet.

Il a communiqué avec les deux compagnies britanniques offrant la réassurance aux unions de défense britanniques pour savoir à combien s'élèverait le montant des primes d'indemnisation. La première compagnie a refusé de donner un prix, alors que le prix fixé par la deuxième a été jugé trop élevé. Pour le Dr Argue, il ne restait plus qu'une solution : faire passer la cotisation des membres à 5 \$ et déposer 2 \$ dans un fonds d'indemnités. Les membres ont même convenu de verser une cotisation supplémentaire de 5 \$ si l'utilisation immédiate des fonds s'avérait nécessaire. Les membres n'ont jamais eu besoin de faire une telle contribution. La modification au règlement autorisant l'ACPM à payer des dommages-intérêts jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par membre au cours d'une année a été adopté à l'occasion de l'assemblée annuelle de 1928 et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1929.

## QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES

Un principe de droit civil prévoit que : « Toute personne pouvant discerner le bien du mal est responsable du préjudice causé par sa faute à autrui, que ce soit par action directe, imprudence, négligence ou inhabileté. »

Lors de la création de l'ACPM, le milieu médical était très différent de ce qu'il est 100 ans plus tard. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, les médecins offraient souvent leurs services gratuitement ou étaient payés en nature. Les patients en mesure de payer se sont faits encore plus rares lors de la dépression de 1929.

Aussi, les médecins en milieu urbain travaillaient gratuitement pour le compte des cliniques de consultation externe dans les hôpitaux, afin de soigner les démunis.

Les malades n'étaient pas toujours reconnaissants des soins prodigués. Bon nombre d'entre eux trouvaient à redire après réception de la facture du médecin. Dans la plupart des provinces, la loi sur la prescription des actions prévoyait habituellement qu'une action pouvait être intentée dans les douze mois suivant la date du dernier traitement. L'ACPM a donc conseillé aux

médecins d'attendre que le délai de prescription d'un an se soit écoulé avant de confier toute facture impayée à une agence de recouvrement. Cette stratégie a permis d'éviter quelques poursuites.

Entre 1900 et 1930, de nombreux progrès ont été réalisés en médecine. Les rayons X étaient de plus en plus utilisés pour traiter les dermatoses, diagnostiquer les fractures et en vérifier la réduction, la mise au point de médicaments à base de sulfa a favorisé le traitement des infections, et les techniques de transfusion sanguine ont été perfectionnées. En 1921, la découverte de l'insuline a permis au Canada de faire une percée importante dans l'avancement de la médecine. Il est intéressant de noter que le Dr F. G. Banting a participé à l'assemblée annuelle de l'ACPM en 1921, année durant laquelle il a contribué à la découverte de ce médicament.

## L'ESSOR DE LA SPÉCIALISATION

Pendant ce temps, la médecine générale a également évolué, favorisant l'avènement de spécialités médicales. Les médecins ont commencé à se spécialiser, entre autres, en médecine interne, en chirurgie, en obstétrique et gynécologie, en pédiatrie, en radiologie, en pathologie ou en dermatologie.

En cas de faute professionnelle, les spécialistes étaient soumis à des normes plus rigoureuses que les omnipraticiens. Cette même règle s'appliquait aux médecins pratiquant dans les villes où se trouvaient de grands hôpitaux universitaires, par rapport aux médecins de campagne. On devait faire appel à des témoins experts afin de définir ces normes pour les tribunaux et d'en vérifier l'application. Le rapport annuel de 1920 fait état du premier témoignage d'un témoin expert, lors d'un cas impliquant un chirurgien travaillant au pavillon public d'un grand hôpital métropolitain. Selon le Dr Powell, ce témoignage a suscité « de la bisbille et des témoignages contradictoires obtenus de façon douteuse, dans un habile subterfuge visant à faire condamner un chirurgien d'après l'opinion d'un soi-disant expert d'origine obscure, sans même divulguer les faits ».

La situation s'est bien améliorée depuis, et les témoignages d'experts sont d'une grande utilité pour les

défendeurs et les demandeurs et, par conséquent, pour les tribunaux.

Les autres questions de droit débattues à l'époque par le chef du contentieux portaient sur la définition de la négligence et de la norme de diligence, le consentement aux soins, les procès devant jury et les attitudes des tribunaux. À en juger par les écrits du chef du contentieux, les tribunaux traitaient les médecins de façon très équitable.

Lors de son 21<sup>e</sup> anniversaire, l'ACPM n'avait piloté que 115 dossiers, dont 60 avaient été soumis au tribunal. Dans 59 cas, les médecins avaient obtenu gain de cause et dans un cas, la décision avait été portée en appel. En 1922, l'Association comptait 1 385 membres.

## PREMIÈRES CAUSES

C'est en 1911 qu'a été prononcé le premier jugement en faveur d'un demandeur dont la jambe s'était mal ressoudée par suite d'une dislocation de la hanche. Vu les témoignages contradictoires, le tribunal a prononcé un jugement en faveur du demandeur et l'ACPM a dû assumer les frais de celui-ci. Quand l'Association se faisait adjuger les dépens, elle tentait rarement de les récupérer, le demandeur étant habituellement démuné financièrement.

La première cause portant sur la question du consentement a été débattue en 1916. Le médecin avait décidé d'extraire une deuxième tumeur découverte chez un patient pendant qu'il opérait. N'ayant pas obtenu le consentement préalable du patient pour procéder à cette deuxième extraction, le médecin a été accusé d'atteinte et de voies de fait. La cause a été rejetée.

Deux autres causes intéressantes ont été rapportées durant cette même année. Dans la première, *Lavergne c. Smith's Falls General Hospital*, un hôpital était pour la première fois cité comme codéfendeur. La deuxième cause était fort inusitée : un médecin de la Colombie-Britannique avait été accusé d'avoir faussement diagnostiqué une rare forme de lèpre chez un patient, et son personnel avait donc placé le patient en observation dans un lazaret, établissement destiné à isoler les sujets atteints d'affections contagieuses. L'action contre le

médecin a été rejetée pour défaut de poursuite, mais on peut comprendre que la honte ressentie par le patient l'ait rendu furieux au point de l'inciter à intenter une telle poursuite.

Dans d'autres causes majeures portant sur des questions de droit, telle *Lumsden c. Glidden* (1920), le tribunal a défini les responsabilités des médecins en vertu des ordonnances d'internement des malades mentaux. Une autre cause rapportée en 1928 a soulevé la question de savoir si, à l'étape de l'interrogatoire préalable, le médecin pouvait se prononcer sur les conséquences du traitement qu'il avait prodigué. Le tribunal a établi que le médecin pouvait se prévaloir de ce droit de parole, mais cette décision a été renversée en appel. M<sup>e</sup> Chrysler a écrit que la décision créait un précédent.

## ÉCUEILS DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Quels étaient les problèmes médico-légaux auxquels les médecins étaient confrontés à cette époque? Les brûlures causées par les tables d'opération chauffées ou les bouillottes utilisées en salle de réveil, de même que l'utilisation excessive d'iode ou encore les patients qui tombaient de la table d'opération. Il y avait aussi les éponges oubliées dans l'abdomen ou les tampons laissés dans divers orifices des patients, les fractures mal réduites, les brûlures épidermiques par rayons X, les erreurs de diagnostic et l'administration douteuse de certains médicaments.

Les médecins pouvaient également faire l'objet de plaintes s'ils n'avaient pas émis, conformément aux ordonnances d'internement, le certificat habituellement exigé lors de la dernière visite du patient, ou si un parent ou le patient lui-même était insatisfait du certificat émis.

## RENSEIGNER LES MEMBRES SUR LES ÉCUEILS DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Peu de temps après sa fondation, l'ACPM a entrepris de renseigner ses membres sur les médicaments, les traitements, les procédures et le matériel susceptibles

d'entraîner des problèmes. C'est en 1909 que l'on a pour la première fois suggéré de lancer une initiative visant à informer les membres de tels problèmes. Bien que l'ACPM ait décrit dans ses rapports annuels les cas qui avaient donné lieu à des poursuites et que ses publications médicales aient fait régulièrement état des conclusions qu'on en tirait, au cours de ses 20 premières années, l'Association ne communiquait avec les médecins que dans le but premier d'augmenter le nombre de membres. Les dirigeants tenaient toujours le même discours : comme le médecin peut facilement s'attirer des ennuis, il doit adhérer à l'ACPM.

Durant les années 20, l'AMC a présenté une série de conférences, embrassant ainsi le concept de l'éducation médicale continue. Vers 1924, l'ACPM a publié son premier *Bulletin d'information* en vue d'aider, elle aussi, les médecins à prévenir les poursuites.

## FIN D'UNE ÉPOQUE

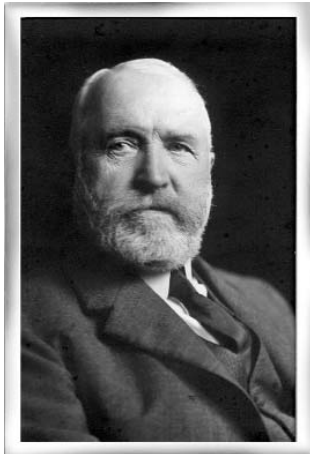
Dès le début des années 30, deux médecins d'un grand dynamisme avaient réussi à mettre en place une association solide et à influencer la pratique de la médecine comme ils ne l'auraient jamais cru.

Le chef du contentieux, M<sup>e</sup> Francis Chrysler, leur a toujours prêté main-forte et a fait une contribution remarquable à l'ACPM. Il a guidé les deux médecins durant les premières années, lors de la constitution de l'ACPM en corporation, des premiers procès et des premiers différends juridiques. Le seul fait qu'il ait pu travailler avec les deux médecins pendant plus de 30 ans témoigne de son sang-froid, de sa patience et de son jugement, car ni le D<sup>r</sup> Powell ni son collègue le D<sup>r</sup> Argue n'avaient la réputation d'être faciles à vivre.

À cette date, le D<sup>r</sup> Powell avait pratiqué la médecine pendant plus de 50 ans. Son ami, collègue de toujours et secrétaire-trésorier depuis 1906, le D<sup>r</sup> Argue, lui a succédé à la présidence pour les vingt années qui ont suivi. Un autre homme énergique s'est alors joint à l'ACPM, le D<sup>r</sup> Trenholm Laurence Fisher, élu secrétaire-trésorier en 1935 *in absentia* et sans avoir consenti à ce qu'on soumette sa candidature. Il a été l'âme dirigeante de l'Association au cours des 38 années suivantes.

# HOMMAGE AUX GRANDS VISIONNAIRES QUI ONT FAÇONNÉ NOTRE HISTOIRE

L'histoire est façonnée pour ceux et celles qui ont la force de caractère pour mettre en question le statu quo. L'ACPM a eu la chance d'être dirigée par des hommes de cette trempe, surtout au cours des premières années.



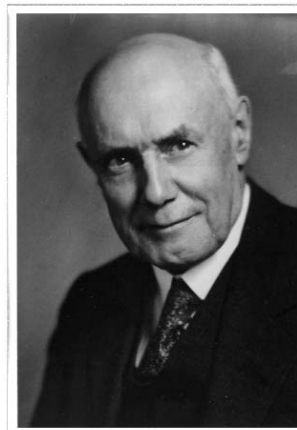
**Robert Henry Wynyard Powell, MC, CM, FACS**, n'était pas le premier à promouvoir la création d'une union de défense pour protéger les médecins contre les accusations injustes de faute professionnelle. Il n'était pas non plus le premier président de l'AMC à épouser cette cause. Cependant, il possédait la détermination, le dynamisme et la ténacité

nécessaires pour mener le projet à terme.

Petit-fils d'un médecin nommé juge et fils d'un fonctionnaire de carrière qui était sous-secrétaire d'État au moment de sa retraite, le Dr Powell a fait ses études en médecine à l'Université McGill où il a obtenu son diplôme avec distinction en 1876. Par la suite, il a pratiqué la médecine à Ottawa. Aux dires de son petit-fils, Alan Powell, il était le médecin personnel de Sir John A. Macdonald, premier Premier ministre du Canada, et il semble que les deux hommes aimaient bien prendre un verre ensemble. À la mort de Macdonald, en 1891, c'est le Dr Powell qui a signé l'acte de décès. Ce dernier était aussi un fervent joueur de cricket et collectionneur d'œuvres d'art.

C'est au moment où il était président de l'AMC (de 1899 à 1900), que le Dr Powell a été l'instigateur

de la création de l'ACPM. Cette dernière a vu le jour en 1901, et il en a été le premier président. Le Dr Powell a accepté de devenir le premier secrétaire général du Conseil médical du Canada lors de sa fondation en 1912. Il avait l'habitude d'occuper divers postes administratifs en plus de pratiquer la médecine. Il avait été médecin du 43<sup>e</sup> Bataillon, puis sa nomination à titre de chirurgien a été publiée dans la Gazette du Canada en 1881. Il avait servi au sein de la Première compagnie des gardes à pied du Gouverneur général.



À l'instar du Dr Powell, **John Fenton Argue, MD, CM**, a obtenu, en 1896, un diplôme en médecine avec distinction de l'Université McGill, a été médecin dans le 43<sup>e</sup> Bataillon et a participé aux travaux de sociétés médicales à titre de président du *College of Physicians and Surgeons of Ontario* en 1921 et de la *Ontario Medical Association* en 1924.

Le Dr Argue s'est aussi consacré à la médecine administrative et a été directeur de la santé publique pour la municipalité de Gloucester de 1898 à 1946, et chirurgien de la prison commune du comté de Carleton de 1900 à 1946. Quand le Dr Powell est tombé malade en 1929, il est devenu secrétaire général du Conseil médical du Canada, poste qu'il a occupé jusqu'en 1954.

Il a adhéré à l'ACPM en 1901, en a été le secrétaire-trésorier de 1906 à 1935, année où il a remplacé le Dr Powell à la présidence de l'Association. En 1955, il a été nommé président honoraire à vie de l'ACPM.

Selon Alice Wilcox, secrétaire du Dr Argue au Conseil médical du Canada, « cet homme de forte taille avait une voix puissante et retentissante, et ses conversations confidentielles résonnaient souvent jusque dans les bureaux voisins ».

M<sup>me</sup> Wilcox a pris soin d'émailler ses mémoires de nombreux souvenirs personnels, particulièrement en ce qui concerne les opinions de son patron sur la place de la femme dans la société, le port des fourrures, les différences de classes sociales, et sa gouvernante Sadie : « Sadie et le Dr Argue se disputaient constamment ». M<sup>me</sup> Wilcox y parle également du côté économe du Dr Argue et des répercussions du décès prématuré de son épouse Julia. M<sup>me</sup> Wilcox souligne aussi que nul n'était aussi généreux que le Dr Argue envers les pauvres et les défavorisés.

Le petit côté économe du Dr Argue demeure à l'ACPM sous la forme de nombreuses notes et copies au carbone de notes de service et de lettres figurant au verso de feuilles de papier ayant déjà servi.

---

### ***Salle Powell-Argue au siège social de l'AMC***

*En 1970, l'AMC a rendu hommage à la prévoyance et au long dévouement des Drs Powell et Argue à l'ACPM en nommant une salle en leur honneur à son siège social d'Ottawa. L'ACPM a fourni les meubles et les installations nécessaires à l'aménagement de la Salle Powell-Argue.*

---



**John Dickson Courtenay, MD**, a terminé ses études en médecine à l'Université de Toronto en 1885, puis a pratiqué à Ottawa durant près de 70 ans. Il a adhéré à l'ACPM dès sa fondation et a été membre du premier comité directeur provincial en Ontario, formé en 1904. Il a siégé à ce comité de 1922 jusqu'à son décès en 1955. Si le

Dr Argue était le bras droit du Dr Powell, le Dr Courtenay en était le bras gauche. Cet oto-rhino-laryngologiste faisait toujours preuve de disponibilité et était rarement absent des réunions hebdomadaires de l'Association.



**Alfred Turner Bazin, MD, DSO**, de Montréal, avait été baptisé « le grand seigneur de la chirurgie au Canada » lors d'un hommage rendu par un ami et collègue. L'ACPM a reconnu en lui un médecin brillant, affable et bien organisé, dont la probité a bénéficié à tous ceux qu'il a servis sa vie durant. Son collègue a ajouté : « Quand on écrira toute l'histoire de la médecine au Canada, il

figurera parmi les grands chirurgiens du pays, aux côtés du Dr Shepherd, qui avait obtenu son diplôme de McGill 21 ans avant que le Dr Bazin, alors « bandagiste stagiaire » pour cet éminent chirurgien et professeur, n'obtienne le sien en 1894 ».

Durant la Première Guerre mondiale, le Dr Bazin s'est retrouvé à la tête d'une unité d'ambulances de campagne

et s'est vu décerner l'Ordre du service distingué. Il a été également commandant de l'Hôpital général canadien n° 3 (McGill) à Boulogne. Lors de la Deuxième Guerre mondiale, il a coordonné certains services de la Société canadienne de la Croix-Rouge, dont les centres de transfusion sanguine, les programmes de préparation aux catastrophes ainsi que l'enseignement de la natation et du sauvetage.

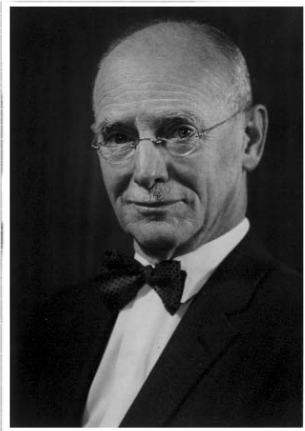
À son décès, le Conseil de l'ACPM lui a rendu hommage en ces termes, comme en fait foi le procès-verbal du 10 septembre 1958 :

« La bonté qui lui venait si naturellement était façonnée par ses autres qualités exceptionnelles. Nous avons vu cette bonté se manifester quand il décrivait la qualité des services auxquels il croyait que les membres avaient droit et la façon dont l'ACPM devrait offrir de tels services. Mais ce n'était pas un sentimental pour autant, sa sagacité et son sens pratique l'empêchant de défendre des causes perdues. »

C'est en 1905 que le nom du Dr Bazin apparaît pour la première fois dans la liste des membres de l'ACPM. Il est devenu membre du comité directeur de l'Association en 1934, premier vice-président de l'ACPM en 1943 et président honoraire à vie en 1957. Même si dans les derniers temps il ne pouvait assister à toutes les réunions hebdomadaires du Conseil, on lui demandait presque toujours de se prononcer sur les affaires de l'ACPM. Il transmettait alors son opinion par écrit et avait une

grande influence sur la prise de décisions.

**Trenholm Laurence Fisher, MD, CM, FACP,** a obtenu son diplôme en médecine de l'Université McGill en 1927. Il a ouvert un cabinet à Ottawa après deux ans d'internat et une année d'études en pathologie. Il a assisté à sa première assemblée annuelle de l'ACPM en



1932 et a été élu *in absentia* secrétaire-trésorier de l'Association en 1935. Il a occupé ce poste durant 38 ans. Par la suite, il a agi à titre de consultant auprès du Conseil jusqu'à son décès en 1976.

Pendant qu'il était secrétaire-trésorier, le Dr Fisher a dû être le médecin le plus connu, ou à tout le moins le plus lu au Canada. Au cours de sa carrière, il a publié quelque 200 articles dans des publications médicales, dont 109 dans le *Canadian Medical Association Journal*. Jamais un seul de ses articles n'a été refusé par un rédacteur en chef.

De plus, le Dr Fisher présentait chaque année une douzaine de conférences sur des questions médico-légales. Sa passion pour le travail se faisait sentir jusque dans ses relations avec les membres. Selon ses proches, cet homme honnête faisait preuve d'une grande intégrité intellectuelle. Il tolérait mal la négligence et l'indifférence de certains médecins impénitents, mais savait faire montre d'objectivité.

Bienveillant et modeste, il possédait néanmoins une grande force de caractère et une ténacité qui ont permis à l'Association d'élaborer des politiques ayant eu, selon certains avocats et juges, une grande incidence sur l'incurie professionnelle au Canada.

Le Dr Fisher était un spécialiste des maladies internes. Le Dr James H. B. Hilton, secrétaire-trésorier associé de 1952 à 1966, puis président, nous donne un exemple de la façon dont le Dr Fisher parvenait à bien gérer son temps : « Le Dr Fisher effectuait des examens physiques méticuleux en se fondant principalement sur les antécédents du patient et les signes physiques qu'il avait décelés. Il demandait peu de tests. Quand vous lui racontiez vos antécédents, il les tapait à la machine en vous écoutant. »

Pour rendre hommage au Dr Fisher, l'ACPM a nommé la bibliothèque médico-légale de son bureau central d'Ottawa en son honneur. Aussi, il s'est vu décerner la Médaille de service de l'AMC en 1973.

# UNE EXPÉRIENCE À PARTAGER : LES 50 ANNÉES SUIVANTES

**D**urant ses 30 premières années, l'ACPM s'est surtout consacrée à attirer de nouveaux membres et à convaincre les médecins de l'importance d'un organisme de défense mutuelle. Au cours des 50 années qui ont suivi, l'Association s'est employée à éduquer ses membres et l'ensemble du corps médical sur les risques médico-légaux inhérents à la pratique de la médecine.

Le passage de l'époque Powell-Argue à l'époque Argue-Fisher s'est fait en douceur. Certes, les personnes et les priorités avaient changé, mais les principes fondamentaux de l'Association demeuraient les mêmes. L'ACPM était en demeure une union de défense mutuelle des médecins, et tel est le message que tous les présidents et secrétaires-trésoriers ont véhiculé depuis sa fondation.

## GESTION DE LA CROISSANCE.

Au cours d'une assemblée annuelle de l'ACPM tenue au début des années 30, le Dr Alfred Turner Bazin, à la fois ardent défenseur et critique virulent de l'Association, a déclaré qu'il était temps que celle-ci élargisse ses horizons et partage les pouvoirs détenus par les Drs Powell et Argue et le chef du contentieux. « L'Association est paralysée de la tête aux pieds. Le comité directeur se contente d'approuver des décisions déjà prises et les comités directeurs provinciaux ne sont qu'une simple liste de noms. Confiez-leur des responsabilités. » Puis il a conclu en ces termes cinglants : « Je n'ai jamais entendu parler de l'ACPM à quelque rencontre que ce soit d'une société médicale provinciale ou régionale. »

L'ACPM a donc apporté des modifications à ses règlements. Le chef du contentieux ne siégeait plus au comité directeur. En 1934, on a redéfini le rôle, les

pouvoirs et la composition du comité directeur, dont le nom a été changé à Conseil en 1938, pour éviter toute confusion entre comité directeur et comité directeur provincial.

Cette année-là, les règlements ont fait l'objet d'importantes modifications. D'après la correspondance du Dr Fisher, le règlement permettant au Conseil de décider de l'aide à fournir aux membres a été adopté parce que certains membres avaient fait l'objet de nombreuses poursuites. Le Dr Fisher disait alors : « L'ACPM ne devrait pas s'exposer à des dépenses inutiles tant que ces hommes ne sont pas disposés à faire preuve de plus de jugement. »

L'ACPM a découvert que deux de ses membres ne détenaient pas de permis de pratique dans la province où ils exerçaient la médecine. Après 1938, on ne pouvait devenir membre qu'après avoir obtenu un tel permis. En 1950, l'Association a modifié ses règlements en matière de cotisations. En 1957, on a créé le poste de président honoraire à vie, et on a remplacé l'appellation « comités directeurs provinciaux » par « comités provinciaux consultatifs ». Le règlement sur l'adhésion à vie en faveur des membres a été adopté en 1963. Les modifications de 1969 ont fait en sorte que le secrétaire-trésorier et le secrétaire-trésorier associé, bien que faisant toujours partie des cadres dirigeants de l'Association, soient nommés par le Conseil, lequel allait dorénavant compter 15 membres en plus des cadres dirigeants.

Les modifications adoptées en 1973 comprenaient de nouveaux critères pour mettre fin à l'adhésion et définir l'étendue de l'aide accordée aux médecins qui n'étaient plus membres de l'Association, mais qui étaient poursuivis pour des soins prodigués pendant qu'ils en étaient membres.

Vingt-cinq ans après avoir demandé que l'Association procède à des changements organisationnels, le Dr Bazin n'était toujours pas entièrement satisfait du résultat de ses revendications. « Certains membres pourraient penser que l'Association est dirigée par des médecins d'Ottawa, remarque-t-il. Des médecins de partout au pays devraient être nommés au conseil. » Puis, servant un avertissement au Dr Fisher et au Conseil, il ajoute : « Un groupe de « rebelles » pourrait facilement noyauter l'assemblée annuelle et prendre le contrôle de l'Association. » Il a recommandé le recours au vote par procuration pour l'adoption des modifications aux règlements, tout en ajoutant qu'« il n'est pas nécessaire de fournir une enveloppe-réponse préaffranchie ». En réponse à l'avertissement du Dr Bazin, l'Association a précisé, dans son rapport annuel de 1957, que des considérations géographiques et financières expliquaient la forte proportion de médecins d'Ottawa au Conseil. L'Association s'est aussi engagée à tenir une fois l'an une réunion de tous les membres du Conseil.

## INCIDENCE DES COÛTS SUR LES COTISATIONS

Le montant de la cotisation imposée en 1929 pour créer le fonds d'indemnité n'a été modifié qu'en 1950 : cette année-là, il a doublé, passant ainsi à 10 \$. Le fonds a été fermé en 1954. La question du barème des cotisations différentielles a fait l'objet de discussions au cours de l'assemblée annuelle de 1951. Selon le rapport du Conseil, l'ACPM avait engagé des fonds plus importants pour la défense de certains spécialistes au fil des ans. Au nombre de ces spécialistes, on retrouvait les chirurgiens qui avaient traité inadéquatement des fractures ou laissé des éponges dans le corps de leurs patients, les radiologistes dont les traitements avaient provoqué des brûlures, et les anesthésistes qui avaient fait mauvais usage de bouteilles d'éther. Le Conseil a conclu que les preuves recueillies ne permettaient pas de justifier l'augmentation des cotisations de certains médecins.

En 1954, le montant de la cotisation a doublé encore une fois, passant à 20 \$. En 1960, malgré une augmentation des réserves, le Conseil estimait que

l'Association ne pouvait se permettre d'élargir l'étendue de ses services. En 1962, la cotisation a donc été ramenée à 15 \$. En 1965, les réserves avaient commencé à diminuer, si bien que, en 1967, la cotisation a été portée à 25 \$, puis à 35 \$ en 1969.

Le nombre de poursuites médico-légales était à la hausse. Aux États-Unis, elles étaient un véritable fléau, alors qu'au Canada, tout comme en Grande-Bretagne, leur nombre avait augmenté beaucoup plus lentement. Selon une étude actuarielle réalisée en 1967, l'Association était alors solvable et le serait encore pour bon nombre d'années. On a alors recommandé qu'une nouvelle étude actuarielle ait lieu dans cinq ans. Le montant de la cotisation imposée était ainsi justifié : « Sur dix membres actifs qui pratiqueront pendant 40 ans, quatre feront une demande à l'Association, deux feront l'objet de menaces de poursuites judiciaires et un recevra un bref d'assignation. »

Dès 1970, les règlements hors cour et les montants adjugés par les tribunaux augmentaient à un rythme alarmant. Le chef du contentieux a expliqué que ce phénomène résultait plus de l'inflation que d'un changement d'attitude de la part des tribunaux.

En 1974, à la suite d'une nouvelle étude actuarielle et d'autres discussions sur le barème des cotisations différentielles, la cotisation a été portée à 100 \$ pour l'année 1975, puis à 200 \$ et 250 \$ en 1976 et 1977 respectivement. Les étudiants en formation postdoctorale devaient payer une cotisation de 200 \$ durant les cinq années suivant la fin de leurs études. Il en coûtait plus cher pour défendre les médecins, mais les coûts associés aux règlements hors cour et aux montants adjugés par les tribunaux étaient la principale source de préoccupation de l'Association, car les tribunaux tenaient maintenant compte d'autres chefs de dommages, comme les intérêts, l'inflation et le coût des soins futurs.

En 1979, l'ACPM s'est vu obligée de verser un paiement de un million de dollars. Le chef du contentieux a alors invoqué l'effritement de notre monnaie. Au cours des années 1970, le dollar avait perdu la moitié de son pouvoir d'achat. Depuis 1974, l'indice des prix à la consommation avait subi une augmentation

Handwritten notes: "Reviser le barème des cotisations différentielles 1974-1975", "Cotisation 1974-1975", "Cotisation 1976-1977", "Cotisation 1978-1979", "Cotisation 1980-1981", "Cotisation 1982-1983", "Cotisation 1984-1985", "Cotisation 1986-1987", "Cotisation 1988-1989", "Cotisation 1990-1991", "Cotisation 1992-1993", "Cotisation 1994-1995", "Cotisation 1996-1997", "Cotisation 1998-1999", "Cotisation 2000-2001".

49.50
52.00
107.83
26.57
1.60
547.93
349.12

annuelle moyenne de 9,2 p. 100. À la veille de la récession de 1979, on s'attendait à ce que les prix subissent une augmentation de 10 p. 100. De plus, les tribunaux avaient décidé de redéfinir les critères jusqu'alors utilisés pour établir le montant des dommages-intérêts.

L'objectif prôné par le Dr Powell consistant à protéger le médecin de la faillite n'avait jamais semblé plus réel.

## **AUGMENTATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL ET DES EMPLOYÉS**

En 1948, M<sup>me</sup> Marat MacLeod est devenue la première employée à plein temps de l'ACPM. Jusqu'alors, l'Association s'était contentée d'embaucher des employés de bureau à temps partiel. M<sup>me</sup> Margaret Kells, une femme remarquable qui a mené la barque pendant 30 ans, lui a succédé en 1952 et a pris sa retraite à titre d'adjointe administrative du Conseil. Sa collègue de longue date, M<sup>me</sup> Beverley Allen, l'a remplacée à ce poste.

La charge de travail augmentant sans cesse, le Dr James H. B. Hilton a été nommé secrétaire-trésorier adjoint du Dr Fisher en 1952. Par la suite, le Dr Hilton a occupé le poste de secrétaire-trésorier associé de 1958 à 1966, année où il a remplacé le Dr George W. Armstrong à la présidence de l'Association.

En 1964, le Dr Fisher a jugé que son emploi à l'ACPM l'occupait à temps plein. Seule la gestion habile de son temps lui avait permis de pratiquer la médecine jusqu'à cette date. Le Dr F. Norman Brown est devenu secrétaire-trésorier adjoint de l'ACPM en 1965, puis secrétaire-trésorier associé en 1968. Il a succédé au Dr Fisher à titre de secrétaire-trésorier en 1971. Il avait pratiqué et enseigné la médecine jusqu'alors, comme l'avait fait le Dr Hilton. Le Dr Stuart B. Lee, un autre remarquable secrétaire-trésorier, s'est joint au personnel de l'ACPM en 1972, soit la même année que le Dr Hugh J. Bright. En 1975, le Dr Pierre Gaulin est devenu le premier secrétaire-trésorier adjoint francophone. Le Dr Manuel Gluck a occupé le poste de

secrétaire-trésorier adjoint en 1976, année où le Dr Bright a pris sa retraite. L'année suivante, M. James T. Kenward, c.a., est devenu le premier administrateur financier professionnel de l'Association. Le Dr Clifford S. Amundson a occupé le poste de secrétaire-trésorier adjoint en 1979.

## **LES MEMBRES BIEN SERVIS PAR LES AVOCATS**

Le chef du contentieux ne fait pas partie du personnel de l'ACPM. Toutefois, comme il travaillait en étroite collaboration avec les cadres dirigeants et les membres en difficulté, il était aussi perçu comme la figure de proue de l'ACPM. M<sup>e</sup> Edmund F. Newcombe, c.r., a succédé à M<sup>e</sup> Francis Chrysler en 1934, puis son cabinet d'avocats a ensuite été remplacé par celui de Gowling, MacTavish, Watt, qui a changé plusieurs fois de noms depuis, mais défend toujours les dossiers de l'ACPM.

M<sup>e</sup> J. Douglas Watt, c.r., a été chef du contentieux de 1946 jusqu'à son décès prématuré en 1950. Les dossiers ont alors été confiés à M<sup>e</sup> Duncan K. MacTavish, c.r.; celui-ci était secondé brillamment dans ses fonctions par M<sup>e</sup> Ronald C. Merriam, c.r., que les médecins du pays avaient en haute estime. En 1961, après s'être spécialisé en administration des questions juridiques particulières aux associations, M<sup>e</sup> E. Peter Newcombe, c.r., (fils d'Edmund), est devenu chef du contentieux jusqu'à ce qu'il soit remplacé en 1971 par M<sup>e</sup> Charles F. Scott, c.r., un homme reconnu pour sa grande patience lorsqu'il était appelé à expliquer des questions de droit aux membres de l'ACPM.

## **ASSEMBLÉE ANNUELLE**

En vertu de ses règlements, l'ACPM doit faire en sorte que son assemblée annuelle coïncide avec celle de l'Association médicale canadienne. L'ACPM n'a dérogé à la règle qu'une seule fois, lorsqu'elle a tenu son assemblée annuelle à Ottawa. Il est arrivé à l'occasion que les assemblées aient eu lieu de concert avec celles de la *British Medical Association*. L'assemblée annuelle de l'ACPM a été tenue une fois à Atlantic City, où l'AMC et l'*American Medical Association* se rencontraient.

L'assemblée annuelle permet à l'ACPM de faire le point sur les affaires courantes de l'Association, de renseigner ses membres sur divers dossiers et sur des questions de droit. Depuis 1960, il arrive fréquemment que des questions de droit soient abordées par des conférenciers lors de déjeuners-conférences destinés aux médecins.

## AU SERVICE DES MEMBRES

L'ACPM s'est efforcée, dès le début, d'offrir des services en français à ses membres francophones. En fait, l'ACPM a probablement été une des premières associations nationales à reconnaître que, pour susciter l'intérêt des médecins francophones, on devait communiquer avec eux en français.

Au milieu des années 30, le Dr A. T. Bazin est le premier à recommander que l'ACPM publie une version française de sa brochure et des demandes d'adhésion. En 1949, lors de la préparation d'une campagne publicitaire visant à attirer de nouveaux membres, on espérait « trouver le moyen d'envoyer des circulaires en français aux médecins francophones ».

Il semble que cette demande soit demeurée lettre morte. Au milieu des années 50, un échange de lettres entre les Drs Bazin et Fisher aborde la question du recrutement de médecins québécois. Le Dr Bazin recommande, encore une fois, de communiquer avec eux en français et de faire traduire les rapports émis par l'Association.

Le Dr Normand J. Belliveau, qui allait occuper plus tard le poste de président de l'ACPM, est devenu membre du comité consultatif provincial du Québec en 1958. Le rapport de l'assemblée annuelle de 1960 souligne qu'il a remercié les participants pour avoir accepté de produire en français des documents et les demandes d'adhésion de l'Association. En 1972, l'appellation française de l'ACPM a été approuvée. Quelques années plus tard, l'arrivée du Dr Pierre Gaulin allait permettre aux médecins francophones d'obtenir des services dans leur langue au bureau central de l'ACPM. Il va sans dire que les médecins québécois ayant besoin d'aide juridique

avaient toujours eu droit de se prévaloir des services d'avocats pratiquant au Québec.

## RECRUTEMENT DE NOUVEAUX MEMBRES

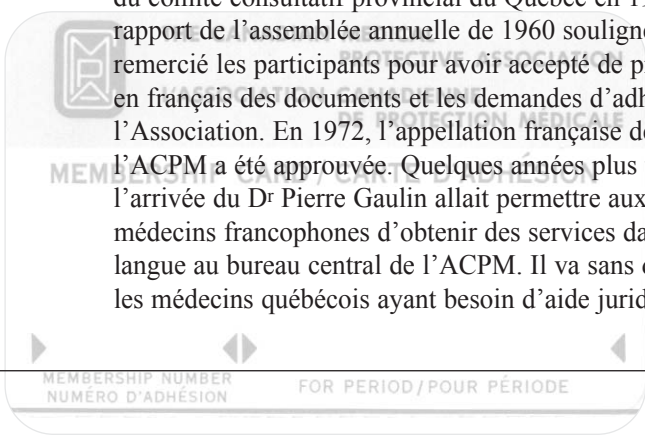
Dans les années 30, l'ACPM était déjà bien établie, mais le recrutement de membres était toujours source de préoccupation. Les médecins se trouvaient dans une situation financière difficile, car en raison de la dépression, un nombre croissant de patients n'avait plus les moyens de payer les honoraires des médecins, et des médecins salariés, comme les radiologistes, se voyaient imposer des réductions de salaire. L'idée d'adhérer à une autre association n'était pas une grande priorité, même si de sérieux avantages financiers y étaient rattachés.

Au cours des années 40, à peine le tiers des médecins en exercice au Canada étaient membres de l'ACPM. Pour favoriser le recrutement, l'Association a demandé aux collèges provinciaux de faire parvenir le formulaire de demande d'adhésion de l'ACPM à tout nouveau médecin. Quelques années plus tard, les collèges ont demandé à l'ACPM de les aviser lorsqu'un de leurs membres était cité dans une poursuite. Un scrutin tenu auprès des membres de l'ACPM a révélé qu'ils s'opposaient à cette pratique, mais l'Association a accepté de signaler aux collèges tout règlement hors cour ou jugement rendu en défaveur d'un médecin et rendu public.

Dans les années 50, plus de la moitié des médecins en exercice au Canada étaient membres de l'ACPM et leur nombre n'a cessé d'augmenter depuis.

## PRÉOCCUPATIONS

S'il est vrai que les membres n'étaient pas toujours satisfaits des services offerts par l'Association, on peut dire que l'Association n'a pas toujours vu d'un bon œil le comportement adopté par certains de ses membres. Les membres souhaitaient qu'on leur offre une gamme étendue de services. De son côté, l'ACPM était préoccupée par les résultats défavorables pouvant découler de la négligence de certains de ses membres.



Aussi, il arrivait encore que des médecins ignorent les conseils de l'Association et qu'ils aient recours à leurs propres solutions pour traiter les réclamations dont ils faisaient l'objet, compliquant ainsi la situation inutilement. En plus d'adhérer à l'ACPM, certains médecins étaient assurés contre l'incurie professionnelle auprès d'une compagnie privée. Si une poursuite en justice était intentée contre ces médecins, un conflit s'ensuivait si la compagnie d'assurances proposait une défense différente de celle avancée par l'ACPM. Le médecin devait alors choisir qui, de la compagnie ou de l'Association, allait assurer sa défense.

En dépit de recommandations contraires de la part de l'ACPM, certains médecins retenaient les services d'un avocat avant même de signaler à l'Association le différend dont ils étaient l'objet. En 1955, l'Association a refusé de rembourser les frais judiciaires d'un groupe de médecins ayant agi de la sorte; le groupe entier s'est alors retiré de l'ACPM.

À l'occasion, certains médecins quittaient l'Association pour des raisons valables, mais de tels départs étaient rares. Au début des années 50, l'Association canadienne des radiologistes a recommandé à ses membres d'avoir recours à une compagnie d'assurances, estimant que l'Association disposait de ressources insuffisantes. En 1958, les radiologistes étaient redevenus membres de l'Association. En 1976, un bon nombre de médecins québécois ont quitté l'Association en espérant obtenir de meilleurs services du régime d'assurance commercial mis au point par les médecins de famille. Il ont eux aussi réintégré l'ACPM au milieu des années 80.

Face au nombre accru de menaces de poursuites dont ils étaient l'objet, de plus en plus de médecins salariés des établissements de santé, du gouvernement et des services de santé publique ont joint les rangs de l'Association. Les internes ont commencé à adhérer à l'Association en 1958.

## SERVICES ACCRUS

L'ACPM recevait souvent des demandes d'aide de membres dont le cas se rapportait à leur pratique, mais

ne résultait pas nécessairement d'un acte de négligence ou d'un manque de compétences. Dès 1938, un médecin congédié d'un hôpital a demandé l'aide de l'Association pour que l'établissement le reprenne à son service. Les médecins voulaient toujours qu'on assure leur défense lorsqu'ils faisaient face à des poursuites criminelles. Leur participation aux enquêtes était parfois source de problèmes. Certains étaient bouleversés quand ils devaient comparaître devant un organisme de réglementation professionnelle. Or, à cette époque, la jeune association n'intervenait pas dans des situations semblables, si ce n'est qu'en de rares occasions.

L'Association ne pouvait et ne peut encore venir en aide aux membres qui ont prodigué des soins à l'extérieur du Canada. Les médecins ayant servi à l'étranger durant la Deuxième Guerre mondiale ont été une exception à la règle. On leur a conseillé de demeurer membres de l'ACPM pour assurer leur protection contre toute menace dont ils pourraient faire l'objet en raison du travail qu'ils avaient accompli en période de guerre.

En 1949, un médecin a pour la première fois intenté une poursuite contre un autre médecin. On a alors allégué qu'un directeur d'hôpital avait entaché la réputation professionnelle d'un autre médecin. L'ACPM a participé à l'enquête menée dans cette cause, mais a refusé de s'engager dans la poursuite. En 1952, la protection offerte par l'Association a été étendue aux médecins retraités et à leur succession. L'année suivante, deux poursuites ont été intentées contre des successions.

En 1967, l'Association a étendu ses services en vue d'offrir une aide aux membres qui étaient l'objet de plaintes faites au Collège, comme celles liées à une facturation erronée ou à une fausse représentation de services. L'ACPM ne voulait pas que cette aide soit perçue comme une opposition aux démarches des organismes de réglementation, qui doivent enquêter sur les plaintes du public et présenter leurs conclusions à des comités disciplinaires. Toutefois, comme le Collège avait conseillé aux médecins de faire appel à un avocat en de telles circonstances, l'ACPM avait d'abord mis ce

service à l'essai en 1963, mais n'offrait pas d'aide lorsqu'une décision du Collège était portée en appel.

En ce qui a trait aux règlements hors cours, le Conseil a résumé en 1963 le contenu d'un rapport produit au terme de discussions sur le sujet : « L'Association ne paie pas les réclamations présentées contre ses membres. Elle assume le coût des règlements hors cour quand il est manifeste que le médecin a été, au sens juridique, imprudent ou négligent dans les traitements qu'il a prodigués. Elle paie également le montant adjugé par un tribunal lorsque celui-ci estime que le médecin ne s'est pas acquitté de ses responsabilités envers son patient. Le paiement des réclamations soumise aux médecins n'est pas la raison d'être de l'Association. Le rôle de l'ACPM consiste à offrir des conseils aux médecins et à assurer leur défense ».

## QUESTIONS MÉDICALES

Des années 30 aux années 70, les questions sociales, politiques et religieuses ont eu une incidence aussi grande sur l'avancement de la médecine que les découvertes médicales elles-mêmes. L'assurance-maladie a connu des débuts modestes dans les années 30 lorsque les bénéficiaires de l'aide sociale ont eu droit à une assistance restreinte. Les régimes d'assurance-maladie ont atteint leur vitesse de croisière dans les années 60, lorsque la couverture médicale universelle a été soutenue par les deniers publics.

La Deuxième Guerre mondiale a eu un impact sans précédent sur les services de santé. Durant cette période, il y a eu pénurie de médecins, d'instruments chirurgicaux, de films radiographiques et d'articles de caoutchouc. Cependant, l'expérience acquise au front a favorisé l'apprentissage de nouvelles procédures ainsi que la découverte de nouveaux traitements et la mise au point de nouveaux médicaments, et a même permis de raffiner la gestion de notre système de santé.

Avec l'arrivée de la démocratie de participation, le paternalisme a cédé la place au droit du public à l'information. En 1977, une loi protégeant les droits du patient a été proposée en Ontario. M<sup>e</sup> Charles Scott, alors chef du contentieux, a eu ce commentaire :

« La démocratie de participation s'égaré quand elle apporte non pas des bienfaits au patient, mais des restrictions qui empêchent le médecin de pratiquer sa profession dans le meilleur intérêt de son patient, ce que sa formation et son expérience lui commandent de faire ».

À la fin des années 60, la médecine préventive a eu d'importantes répercussions sur l'incurie professionnelle en exposant les jeunes patients à des risques médicaux plus élevés. Le coût des règlements hors cour et des montants adjugés par les tribunaux a donc augmenté en conséquence. Jusqu'à ce jour, la médecine avait surtout traité les problèmes menaçant la vie du patient. Mais voilà qu'il était possible de reconnaître les signes précurseurs d'une maladie invalidante ou possiblement mortelle et, par le recours au traitement préventif, d'éviter que cette maladie ne se manifeste, comme dans le cas de patients en santé dont les déficiences cardiaques sont corrigées avant qu'une insuffisance cardiaque ne se produise.

Les réclamations liées à la médecine préventive ont coûté plus cher à l'Association que celles liées à la médecine de survie. En 1970, l'Association a versé un montant de 90 000 \$ et un autre de 110 000 \$ par suite d'indemnités accordées par des tribunaux à des patients lésés par des traitements préventifs. En 1952, année durant laquelle les frais judiciaires ont augmenté de 28 p. 100, et les dommages-intérêts, de 135 p. 100, le montant le plus élevé versé a été de 48 000 \$.

L'ACPM a continué d'aviser les médecins qu'il était dans le meilleur intérêt du patient de faire appel à un médecin consultant ou d'obtenir une contre-expertise. Les tribunaux ont établi que les notes des infirmières étaient admissibles en preuve. L'ACPM a donc conseillé aux médecins de lire ces notes, de les signer et d'y ajouter des commentaires le cas échéant.

L'avancement de la médecine se poursuivait. Au chapitre des progrès médicaux, on notait : le perfectionnement de l'immunisation contre les maladies; la distribution de la pénicilline en pharmacie; l'utilisation de l'électroencéphalographie comme aide au diagnostic; l'introduction de médicaments psychotropes; le traitement du cancer par radiothérapie au Cobalt 60; la transplantation rénale et cardiaque; l'examen

---

## ***Des cas embarrassants***

*Au grand désarroi de l'Association, l'imprudence ou la négligence de certains médecins se soldait par des réclamations et actions en justice répétées. En voici quelques exemples :*

- *la mauvaise utilisation ou la non-utilisation des radiographies, ou encore l'omission de les lire (les tribunaux avaient tendance à considérer la mauvaise utilisation des radiographies comme une faute professionnelle);*
  - *l'imprudence chirurgicale, tel l'oubli d'objets dans le corps des patients; une intervention pratiquée sur le mauvais patient ou sur une mauvaise partie du corps; le fait de confondre l'artère fémorale et la veine saphène lors d'une phlébectomie (cette erreur se répétait si souvent que l'Association a avisé les médecins que cette intervention devait être considérée comme une intervention chirurgicale majeure);*
  - *les névroses de transfert et les phantasmes des maladies psychiatriques;*
  - *les questions relatives au consentement éclairé obtenu par les chirurgiens plasticiens (les tribunaux jugeaient qu'il leur incombait, plus qu'au chirurgien moyen, d'expliquer aux patients à quels risques ils s'exposaient lors des traitements);*
  - *la mauvaise utilisation de nouveaux appareils radiologiques pour le traitement de l'eczéma, et l'utilisation d'appareils anesthésiques non-conformes aux normes habituelles ou d'équipement dont on ignorait le fonctionnement;*
  - *l'obtention de tracés d'électrocardiogrammes inexacts;*
  - *la perte de dents durant l'anesthésie;*
  - *les traitements d'acupuncture;*
  - *l'utilisation inappropriée de garrots et de pansements adhésifs élastiques; le bris d'aiguilles chirurgicales;*
  - *les réactions secondaires aux injections de sérum antitétanique, aux injections intramusculaires, aux injections intraveineuses, aux transfusions sanguines et à l'insertion de cathéters;*
  - *une paralysie résultant d'une rachianesthésie;*
  - *les plaies de lit;*
  - *les chutes des tables d'examen ou d'opération;*
  - *les réactions aux injections intraveineuses de chlorure de promazine, aux urographies intraveineuses, aux lavements barytés, aux angiographies et à l'acétonide de triamcinolone;*
  - *un internement injustifié;*
  - *les brûlures résultant de l'utilisation de couvertures chauffantes;*
  - *une stérilisation chirurgicale sans succès.*
-

tomodensitométrie et le remplacement des articulations. Chacun de ces progrès apportait son lot de réclamations en justice.

L'avancement de la médecine a également créé d'importantes controverses médicales telle la stérilisation des femmes pour des raisons non médicales ou pour un motif uniquement contraceptif. Le secrétariat de l'ACPM a reçu plusieurs demandes de renseignements sur cette question. Le Dr Fisher l'a abordée dans de nombreux articles publiés dans les revues médicales et le chef du contentieux a fait des recherches approfondies sur le sujet. L'Association a conclu que cette forme de stérilisation était illégale, sauf lorsqu'elle était essentielle à la survie ou à la santé de la femme. Cette question est demeurée un sujet d'actualité jusqu'aux années 60, lorsque la pratique de la stérilisation pour des raisons de santé a été légalement reconnue. L'arrivée du contraceptif oral a été bien accueillie comme solution de rechange à la stérilisation. Toutefois, le recours à la vasectomie et à la ligature des trompes a été à l'origine de cas médico-légaux assez exceptionnels.

En 1967, une cause unique en son genre a bien démontré que les tribunaux n'exigent pas la perfection de la part des médecins. Dans cette cause, un médecin avait rendu visite à une famille dont plusieurs membres étaient malades. Il a conclu qu'ils étaient atteints de la grippe. On lui a demandé s'il pouvait s'agir d'une réaction au gaz. Il a rejeté cette hypothèse parce qu'il n'avait pas senti d'émanations de gaz dans la maison. Le lendemain, des voleurs se sont introduits dans la maison et ont découvert des enfants morts, et leur père, presque sans vie, est demeuré atteint d'invalidité permanente. Selon la poursuite, le médecin aurait dû diagnostiquer un empoisonnement à l'oxyde de carbone. Un inspecteur du gouvernement et un entrepreneur en systèmes de chauffage ont également été cités dans cette cause. Le tribunal a rejeté la poursuite contre le médecin.

Les médecins ne sont pas toujours responsables des situations entraînant une réclamation. Par exemple, un patient s'est inséré un corps étranger dans l'urètre après avoir subi une opération. L'irritation qui s'ensuivit l'a obligé à consulter un urologue pour une intervention

d'urgence. Par la suite, le patient a prétendu qu'il avait subi une rupture urétrale causée par la première intervention chirurgicale. La défense a eu gain de cause en démontrant que la rupture urétrale n'avait pas eu lieu dans la région où l'intervention chirurgicale avait été pratiquée!

## QUESTIONS DE DROIT

Le rôle du chef du contentieux consiste à prescrire la défense de tous les cas, de choisir les cabinets d'avocats dans les provinces et les territoires et de présenter un rapport annuel visant à expliquer aux membres les questions de droit ayant des répercussions sur la pratique de la médecine. Ce rapport permet également au chef du contentieux de faire des recommandations aux membres en ce qui a trait aux nouvelles lois ou aux modifications législatives touchant leur pratique et de leur expliquer certains concepts juridiques comme la négligence, la norme de diligence et le consentement éclairé.

Le chef du contentieux fait également part aux membres de ses observations sur de grandes questions juridiques, telles que l'avortement, la stérilisation comme moyen de contraception et la réaction des tribunaux à ces questions.

Le Conseil détermine si une cause est défendable sur le plan médical. Si tel est le cas, le chef du contentieux est saisi de l'affaire, fait ses recommandations et prépare minutieusement la défense en s'appuyant sur la doctrine légale. Cette méthode simple s'est avérée efficace au cours des 100 dernières années.

Lorsqu'il est saisi d'un dossier pour incurie professionnelle, il arrive que le chef du contentieux doive établir si le délai de prescription a été respecté. Sauf au Québec, le délai de prescription pour intenter une poursuite en justice pour incurie professionnelle est de un an à partir de la fin du traitement mis en cause. En 1965, M<sup>e</sup> Peter Newcombe, chef du contentieux, a précisé qu'au Québec les poursuites traînaient en longueur « parce que la loi médicale de la province ne comporte aucun délai de prescription. Le demandeur peut donc intenter une poursuite longtemps après que les dossiers ont été détruits, que les témoins ne sont plus disponibles et que le médecin

## Consentement et consentement éclairé

La question du consentement au traitement et du consentement éclairé occupent une place importante dans l'histoire de l'ACPM. De tout temps, le médecin s'est vu confier la responsabilité d'expliquer au patient la nature du traitement envisagé dans son cas et d'obtenir son assentiment ou son consentement avant de lui prodiguer.

Durant les années 60, les hôpitaux ont semblé assumer la responsabilité relative à l'obtention du consentement. Toutefois, en 1967, le chef du contentieux a averti les membres que l'obligation de l'hôpital consistait essentiellement à s'assurer que le consentement du patient avait été obtenu - et qu'il revenait aux médecins d'obtenir ce consentement.

Le consentement éclairé est un principe élaboré aux États-Unis dans les années 70 et qui oblige le médecin à dévoiler des renseignements précis aux patients avant le début des traitements.

Dans *Reibl c. Hughes (1977)*, cause type qui fait jurisprudence au Canada, le juge Haines a conclu que le médecin n'avait pas fait preuve de négligence en pratiquant une endartériectomie, mais a tout de même adjugé 225 000 \$ au patient parce que le consentement éclairé du patient n'avait pas été obtenu avant l'intervention. Un ancien conseiller juridique a affirmé « qu'aucune décision rendue par un tribunal n'a autant bouleversé la pratique de la médecine au cours des cinquante dernières années ».

Cette décision a été rendue peu de temps après celle du juge Morden qui, dans *Kelly c. Hazlett (1976)*, a adjugé le montant de 12 500 \$ à une patiente qui avait été informée de la nature de l'opération qu'elle allait subir. La patiente soutenait que le médecin avait fait preuve de négligence parce qu'elle n'avait pas compris que l'opération s'accompagnait d'un risque certain et le juge lui a donné raison.

Le chef du contentieux a rappelé aux membres qu'ils devaient toujours obtenir un consentement véritable, sans proférer de menaces, et que le patient ne devait pas être sous l'effet de médicaments au moment de le donner.

On reconnaît que la doctrine moderne du consentement éclairé est attribuable à *Salgo c. Leland Sandford Jr. University Board of Trustees (1957)* et que *Natanson c. Kline (1960)* a permis d'établir les quatre conditions pour qu'une divulgation soit valide. Dans *Canterbury c. Spence (1972)*, le juge a conseillé au médecin « de considérer le patient comme son meilleur ami quand il lui explique le traitement qui lui sera prodigué ».

Après les décisions rendues dans *Reibl c. Hughes* et *Kelly c. Hazlett*, le médecin s'est vu imposer l'obligation de démontrer qu'il avait obtenu le consentement éclairé.

n'a plus de souvenirs précis des événements ».

Une modification apportée au délai de prescription en Ontario, à l'article 17 de la *Loi sur les sciences de la santé (1974)*, a eu une incidence profonde sur les questions médico-légales. Le délai de prescription a été ramené à un an suivant l'explication du traitement fourni au patient au lieu de un à partir de la fin du traitement. Cela signifiait que les médecins devaient désormais conserver les dossiers plus longtemps. Cette décision a incité l'ACPM à passer d'un régime d'imputation fondé sur les sorties de fonds à un régime de capitalisation intégrale fondé sur la survenance de l'acte.

À partir de 1958, les tribunaux ont élargi la responsabilité des médecins et des chirurgiens, appliquant le principe de la personne raisonnable pour rendre des décisions au lieu de s'appuyer sur le témoignage de médecins-experts. Les tribunaux ont recouru à ce principe lorsqu'ils doivent se prononcer dans les causes où un objet a été oublié dans le corps d'un patient durant une intervention chirurgicale.

L'ACPM a été maintes fois confrontée à l'opinion générale selon laquelle les médecins sont toujours solidaires et ne témoigneront jamais contre un des leurs. Les avocats des demandeurs se sont plaints si souvent auprès des collègues médicaux qu'ils ne pouvaient trouver de témoins-experts, que la question a fait l'objet d'un long débat. L'Association a alors avisé ses membres que « la déontologie médicale ne doit pas empêcher un demandeur d'obtenir justice ». Même si un médecin est incité à ne pas nuire à un de ses collègues, a précisé l'Association, cet encouragement ne signifie pas qu'on soit injuste envers un demandeur.

Malgré ces bonnes intentions, l'Association n'a pas réussi à dissiper la perception de conspiration du silence. En 1975, le juge Andrews, de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, a défendu les médecins en ces termes : « On dit de temps à autre que les médecins hésitent à témoigner contre un collègue. C'est peut-être le cas lorsque des professionnels compétents ne s'entendent pas sur un diagnostic ou sur la méthode de traitement. Toutefois, ma courte expérience m'a appris

que les médecins peuvent autant se montrer critiques à l'égard d'un confrère quand ils sont réellement convaincus qu'il a été négligent, que de le défendre avec véhémence quand ils croient réellement qu'il ne l'a pas été. »

## UN PRINCIPE QUI PERDURE

En 1972, le principe défendu par l'ACPM, selon lequel sans négligence, il n'y a pas de règlement, a reçu un solide appui d'une tierce partie, soit le juge E.L. Haines dans le *Osgoode Hall Law Journal*. Dans un article intitulé « *The Medical Profession and the Adversary Process* », le juge Haines affirme ce qui suit : « La plupart des médecins du Canada adhèrent à une solide association de protection des médecins qui a pour principe de ne jamais en venir à un règlement pour des raisons économiques. Si la faute d'un médecin est prouvée, l'Association paie le demandeur. Si le médecin est innocent, la même association consacrera une fortune à sa défense. L'Association n'a peut-être pas toujours eu gain de cause, mais elle a réussi à soulager les tribunaux des réclamations de faute professionnelle non fondées et à protéger ses membres contre le harcèlement et les poursuites frivoles et sans motif valable. » Le Dr Powell voyait ainsi son opinion validée!

Des juges et des avocats ont condamné le principe, mais les membres de l'ACPM ont toujours jugé important de protéger leur intégrité professionnelle. Il convient d'ajouter que, chaque année, l'Association conclut un grand nombre de règlements quand elle estime que la cause est indéfendable.

## IDENTIFICATION ET GESTION DES RISQUES

L'Association a constaté, au fil des ans, qu'il était dans le meilleur intérêt de tous de renseigner les membres sur les procédures, les pratiques, les médicaments et l'équipement susceptibles de les exposer à une action en justice.

Même si aucune analyse formelle des poursuites déposées contre les membres ne semble avoir été

effectuée durant les premières années (n'oublions pas que ce n'est qu'en 1994 que l'Association a embauché un premier professionnel à temps plein), le secrétaire-trésorier et les membres du comité directeur chargés de l'examen des réclamations ont noté que certaines tendances se dégagent des dossiers dont ils étaient saisis. Ainsi, lorsqu'un accident médical survenait à répétition, il faisait l'objet d'un article dans une revue médicale, d'une brochure, d'observations dans le rapport annuel ou d'un discours prononcé devant les membres d'un organisme médical.

Les premiers efforts déployés par l'ACPM dans le domaine de l'éducation appelaient les médecins à faire preuve de sens commun. Il est manifeste, par exemple, que l'absence de dossiers complets peut nuire à un médecin. L'Association ne s'est jamais lassée de répéter à ses membres au fil des ans de mettre de l'ordre dans leurs dossiers.

Plusieurs causes étaient indéfendables en raison d'une imprudence médicale. L'ACPM a tellement conseillé de procéder au décompte des éponges et des instruments que tous les hôpitaux ont fini par rendre ce décompte obligatoire. L'ACPM a fait connaître des solutions pour juguler ces problèmes systémiques. Quand un hôpital mettait au point une méthode pour retracer les instruments médicaux, l'ACPM en faisait état dans son rapport annuel. Le même scénario s'est produit dans le cas des cathéters en plastique qui se brisaient souvent et allaient même jusqu'à se retrouver dans le courant sanguin du patient. Quand on réussissait à les localiser, on ne pouvait les retirer que par une intervention chirurgicale. L'ACPM a servi une autre mise en garde à ses membres au sujet de l'utilisation de promazine intraveineuse qui doit être diluée avec de l'eau ou une solution saline. Il avait été découvert que ce traitement causait un spasme vasculaire pouvant entraîner une perte des bras, des doigts ou des mains. Par conséquent, l'Association a conseillé à ses membres de ne l'utiliser qu'en dernier recours.

Les prothèses dentaires ont été le cauchemar des anesthésistes à qui l'Association a fait parvenir plusieurs mises en garde. De 1930 à 1978, on trouvait sur toutes

les pages du rapport annuel des conseils en matière de saines pratiques médicales.

Les rapports annuels de l'ACPM publiés au cours de cette période faisaient également état des réclamations dont elle avait été saisie et des jugements rendus par les tribunaux. L'Association souhaitait renseigner ses membres, et non pas leur faire des reproches. En lisant les propos d'un juge justifiant sa décision ou le rejet d'une action, les membres constataient que la négligence n'était pas la cause de tous les accidents médicaux.

## EFFORTS DE COMMUNICATION

Le Dr Fisher avait la parole facile et le mot juste. Ses rapports du Conseil étaient fascinants. Quelques rapports ont suffi pour qu'on reconnaisse son talent et pour qu'un membre suggère à l'assemblée annuelle de faire connaître cette publication à un public plus vaste. Même si l'ACPM avait déjà publié des articles dans des revues médicales au début des années 30, cette proposition a contribué à faire de l'Association une autorité reconnue et respectée en matière de questions médico-légales, et du Dr Fisher une des grandes figures de l'Association. En 1947, le rédacteur en chef du *Canadian Medical Association Journal* a accepté de publier une chronique sur les questions médico-légales.

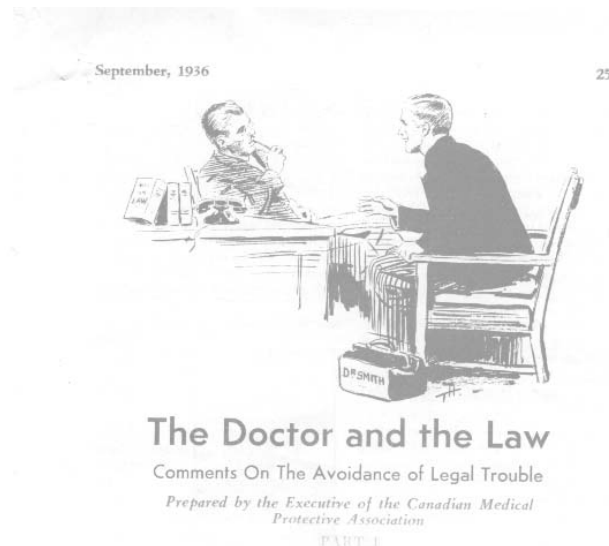
En 1957, le visionnaire qu'était le Dr Bazin a affirmé que « la principale fonction de l'ACPM consiste maintenant à éduquer ses membres pour qu'ils évitent les écueils de la pratique ». En 1963, les incidents médicaux relatifs aux objets oubliés dans le corps des patients ont souffert d'une mauvaise presse. Les répercussions ont été telles que l'Association a failli éliminer du rapport annuel les descriptions des causes. Après mûre réflexion, elle a conclu qu'on devait continuer de publier de tels renseignements dans le rapport annuel, car ils étaient d'une grande utilité non seulement aux médecins mais aussi aux patients.

Au cours des années 60, l'Association a commencé à cibler différents publics. La question de l'éducation médico-légale offerte aux étudiants en médecine a été soulevée lors de l'assemblée annuelle de 1965. Des intervenants ont alors suggéré à l'ACPM de porter une

attention particulière aux internes et de réaliser un film documentaire à l'intention des stagiaires.

Il s'agit là d'un point tournant dans l'histoire de l'ACPM; celle-ci est passée du « partage de l'information » à « l'éducation » et à l'identification des risques.

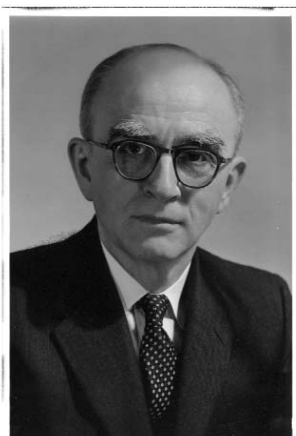
Le Dr Fisher a quitté le poste de secrétaire-trésorier en 1972, mais est demeuré consultant auprès du Conseil jusqu'à son décès en 1976. Son successeur, le chirurgien Norman Brown, avait l'étoffe de son prédécesseur. La communication des renseignements sur les risques inhérents à la pratique était si importante à ses yeux, qu'il a créé la Direction de l'enseignement au milieu des années 80. Son nom figure aujourd'hui sur la liste des chefs de file de l'ACPM, des hommes et des femmes qui ont créé, établi et façonné l'Association, mais qui en ont fait la société mutuelle de défense des médecins que nous connaissons aujourd'hui.



In any profession, the practice of is certainly the best judge of its of which is to act rather than a lawyer. For those reasons, medical

# HOMMAGE AUX DIRIGEANTS QUI ONT PERPÉTUÉ LA VISION DE L'ACPM

**G**âce aux long états de service de ses dirigeants, l'ACPM a pu tirer parti des vastes connaissances historiques de ceux-ci et des méthodes de travail bien rodées qu'ils ont mises en place au fil des ans. Cela s'est avéré avantageux surtout à l'époque où l'ACPM ne comptait aucun professionnel à plein temps à son service.



**George W. Armstrong, MB, MD, FRCSC, FACS**, a été élu président de l'ACPM en 1956, en remplacement du Dr Argue, qui a alors été nommé président honoraire à vie, bien qu'il ait longuement hésité à abandonner ses fonctions malgré sa mauvaise santé. À titre de troisième président d'une association fondée plus de cinquante ans auparavant, le Dr Armstrong connaissait bien le fonctionnement de

l'organisme puisqu'il siégeait déjà au Conseil depuis 1937. Fortifié de son expérience de longue date à l'ACPM, et tout comme ses prédécesseurs, il a su soutenir la mission dont s'était dotée l'Association, soit celle d'une société mutuelle de défense vouée à la protection de l'intégrité professionnelle de ses membres.

Éminent chirurgien orthopédiste d'Ottawa et ancien président de l'Association canadienne d'orthopédie, le Dr Armstrong a occupé la présidence de l'ACPM pendant dix ans. Après son départ volontaire en 1966, il a été nommé président honoraire à vie, poste qu'il a occupé jusqu'à son décès en 1981.



**James H. B. Hilton, MD, CM, FRCPC, FACP**, a succédé au Dr Armstrong à la présidence en 1966 et a occupé ce poste avec distinction jusqu'en août 1988. Le Dr Hilton a été élu au Secrétariat médical de l'ACPM en 1952 à l'époque où le volume de travail était devenu trop important pour que le Dr Fisher puisse s'acquitter de la tâche à lui seul. En tant que second employé à

temps partiel à l'ACPM, le Dr Hilton a continué de pratiquer la médecine à Ottawa en sa qualité de spécialiste en médecine interne. En 1965, après avoir été nommé chef du service de médecine de l'Hôpital Civic d'Ottawa, il a quitté le poste de secrétaire-trésorier associé puisque ses nouvelles fonctions l'empêchaient de gérer au quotidien les dossiers médico-légaux de l'Association. L'année suivante, il a été élu président de l'ACPM.

Tout au long de son mandat, il a dirigé dignement un organisme mis au défi par le changement. Au moment de sa retraite, le Conseil lui a rendu hommage en le nommant président honoraire à vie.



**F. Norman Brown, MD, CM, FRCS, FACS**, a succédé en 1971 à la sommité qu'était devenu le Dr Fisher au poste de secrétaire-trésorier. Tout en maintenant le cap sur les grands objectifs de l'Association, il a su contribuer à l'essor et à l'amélioration de l'ACPM pendant son mandat de 17 ans.

Le Dr Brown s'est joint à l'ACPM en 1965 à titre de secrétaire-trésorier adjoint à temps partiel. À cette époque, il était chirurgien général principal de l'Hôpital Civic d'Ottawa et chargé de cours pour le compte du département de chirurgie de l'Université d'Ottawa. Le Dr Hilton était alors le seul adjoint du Dr Fisher.

En 1968, le Dr Brown a été nommé secrétaire-trésorier associé. Comme son prédécesseur le Dr Fisher, le Dr Brown est rapidement devenu la plus importante autorité médico-légale au Canada. Les associations de défense des médecins du monde entier lui demandaient conseil. Comme le Dr Fisher, il possédait un grand talent de rédacteur et de conférencier, qu'il a su mettre au service de l'Association en entreprenant des tournées de conférences et en publiant de nombreux articles au nom de la profession.

Le Dr Normand Belliveau, ancien président de l'ACPM, lui a rendu hommage en décrivant le Dr Brown comme un homme passionné par les faits, non par les ouï-dire, intelligent, poli, doux, généreux et serviable.

Durant son mandat, la profession médicale au Canada a subi des changements turbulents et l'Association a connu une croissance étonnante et a multiplié ses activités. Le Conseil a rendu hommage à son dévouement en l'invitant à devenir consultant au Conseil au moment de sa retraite en 1988.



**Normand J. Belliveau, MD, FRCS, FACS, FCCP, DSc (Hon.), LLD (Hon.)**, a été élu président en 1988, poste qu'il a occupé jusqu'en 1995. Élu cinquième président de l'ACPM, il était originaire de Montréal. Le Dr Normand Belliveau était de l'extérieur d'Ottawa et le premier président francophone.

Originaire de la Nouvelle-Écosse, cet homme sociable et de prestance a été honoré par l'Université Dalhousie et l'Université Ste-Anne. Le Dr Belliveau était chirurgien principal à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal et professeur agrégé en chirurgie à l'Université McGill.

En 1956, de concert avec le Dr Gordon A. Copping, un membre de longue date du Conseil de l'ACPM, le Dr Belliveau s'est consacré à promouvoir l'adhésion à l'ACPM auprès de ses collègues du Québec. Le Dr Belliveau a d'abord entrepris ses activités à l'ACPM en tant que membre du comité consultatif du Québec en 1959. Il a ensuite occupé les postes de second vice-président de 1964 à 1972, puis de premier vice-président de 1972 jusqu'à son accession à la présidence.

Le Dr Belliveau a aussi joué un rôle actif au fil des ans au sein d'autres associations médicales, soit à titre de membre du conseil général, puis de président de l'Association médicale canadienne en 1967. Il a été président de l'Association médicale du Québec. Le Dr Belliveau était aussi chargé de veiller à la construction du nouvel édifice de l'ACPM.



La présence de **Stuart B. Lee, MD, FRCSC**, au poste de secrétaire-trésorier a coïncidé, à quelques mois près, avec la présidence du Dr Belliveau. Le Dr Lee avait étudié et travaillé en chirurgie générale. Il a été nommé au Conseil en 1969 alors qu'il pratiquait et enseignait encore la médecine. En 1972, il est entré au service du Secrétariat

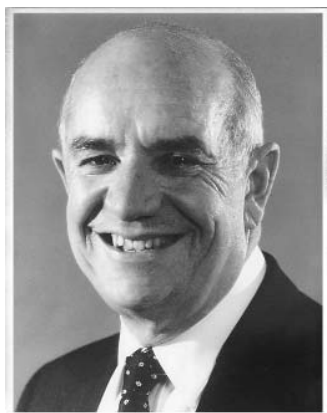
médical à titre de secrétaire-trésorier adjoint. Il a été nommé secrétaire-trésorier associé en 1977, puis secrétaire-trésorier en 1989.

Cet homme d'allure austère avait un sens de l'humour remarquable. Une ancienne secrétaire du Dr Lee, Joan Halpin, se souvient de quelques occasions où son patron est sorti de son bureau à genoux pour la supplier de faire un travail urgent. Il était aussi connu pour son souci du détail. Le Dr Belliveau a décrit le Dr Lee comme un homme décidé, responsable, travailleur et intelligent. Un conseiller de longue date, le Dr Ruairaidh W. McIntyre, lui attribue l'ajout de nouveaux services et l'élargissement du soutien offert aux membres.

Il faisait également preuve d'une grande compassion. On peut le constater en lisant *Borrowed Time*, un livre écrit par le Dr Orville Messenger dans lequel il raconte sa lutte contre le SIDA contracté par transfusion sanguine et écouvert juste après son arrivée à l'ACPM à titre de secrétaire-trésorier adjoint. Dans son livre, le Dr Messenger décrit les dispositions prises par le Dr Lee pour qu'il puisse continuer de travailler durant la progression de sa maladie.

À l'occasion d'un souper de retraite offert en son honneur en 2000, les membres du Conseil, autant ceux du passé que les membres actuels, et les représentants des services juridiques ont témoigné du grand respect

qu'ils avaient à l'égard du Dr Lee. Je l'ai rencontré pour la première fois il y a 40 ans, alors que nous étions tous deux médecins résidents, et je lui ai, moi aussi, toujours été reconnaissant pour son aide et pour ses conseils.



**Hugh F. Morrish, MD, FRCPC**, a occupé le poste de président de l'ACPM le moins longtemps, ayant eu un mandat d'un an seulement à la présidence. En 1996, il a dû présider l'assemblée annuelle tenue à Sydney, en Nouvelle-Écosse, laquelle a été l'objet de débats houleux. L'élection aux postes de l'ACPM ayant encore lieu à l'époque

dans le cadre de l'assemblée annuelle, les membres s'étaient opposés à sa réélection. Il siégeait au Conseil depuis 1984.

Une des principales contributions du Dr Morrish a été le choix des œuvres d'art ornant le bureau central de l'ACPM, obtenues de la Banque d'œuvres d'art du Conseil des Arts du Canada. Elles continuent d'être une source d'appréciation pour les membres du Conseil, le personnel et les visiteurs. Le Dr Morrish a créé le comité des arts qui a sélectionné les œuvres et a demandé aux membres du Conseil de financer le coût de location des objets et tableaux durant le premier contrat de trois ans.

# LE MAINTIEN DES TRADITIONS FACE AU CHANGEMENT : LES 20 DERNIÈRES ANNÉES

À l'aube des années 80, l'Association amorçait une troisième époque de son histoire, soit des années marquées par d'énormes changements.

## LEADERSHIP, RÉGIE INTERNE ET ADMINISTRATION

En 1980, l'ACPM avait le vent dans les voiles. De fait, l'Association comptait alors 35 000 membres, son secrétariat médical traitait plus de 800 nouveaux dossiers par année (en plus d'assurer le suivi des dossiers déjà ouverts), et ses dépenses, soit les frais judiciaires, les règlements hors cour et les montants adjugés par les tribunaux, étaient à la hausse. L'Association a su s'adapter pour tenir compte de cet essor sans précédent.

La régie interne a subi deux changements importants. Le premier a été l'adoption d'un barème de cotisations différentielles. L'Association souhaitait ainsi rendre compte aux membres et mettre fin au profond ressentiment que ceux-ci avaient à l'égard de la centralisation des pouvoirs à Ottawa. Les mesures adoptées, qui se sont traduites par des modifications aux règlements de l'ACPM, prévoyaient, entre autres, un Conseil élargi et plus représentatif de ses membres dans l'ensemble du pays.

Le deuxième changement d'envergure a suivi l'assemblée annuelle de 1996, baptisée « l'émeute de Sydney » par plusieurs. Bien que ce soit la proposition relative aux cotisations qui ait à nouveau mis le feu aux poudres, la question de fond était davantage un problème de communication avec les membres et la perception d'un manque de responsabilisation. Ces doutes étaient alimentés par un malentendu de la part du gouvernement concernant les réserves de l'ACPM (des

sommes accumulées pour indemniser les patients victimes d'un accident médical non rapporté ou faisant l'objet d'un litige), et par le pouvoir discrétionnaire du Comité directeur de l'Association de défendre ou non un membre.

Le changement était inévitable. Les postes de conseillers choisis pour réviser les dossiers chaque semaine, et occupés pour la plupart par des gens d'Ottawa, ont été abolis. Le secrétaire-trésorier et le secrétaire-trésorier associé n'étaient désormais plus désignés membres du Conseil, et ces postes ne devaient plus nécessairement être confiés à des médecins. On a également présenté une proposition visant l'élaboration d'un programme de gestion des risques.

Le Conseil a également créé un Comité des communications, dont l'un des premiers projets a été un sondage visant à déterminer les besoins des membres. Le taux de réponse a dépassé toute attente : 29 000 membres, soit plus de la moitié de la membricité, ont répondu au questionnaire et 19 répondants sur 20 ont confirmé que l'ACPM leur offrait des services de qualité. L'Association s'est fondée sur les résultats du sondage pour améliorer ses communications avec les membres.

L'Association a aussi procédé à d'importants changements opérationnels. Elle s'est dotée de systèmes informatiques pour faciliter les tâches administratives et l'analyse des dossiers fermés. Une étude de l'administration et de la structure organisationnelle de l'ACPM effectuée en 1995 a entraîné un réaménagement des services, des abolitions de postes et des réaffectations. Au cours de l'année qui a suivi, l'ACPM a entrepris un examen de la gestion des dossiers, à la suite duquel elle a adopté de nouvelles procédures. En

l'an 2000, le Conseil et le personnel administratif ont établi de concert un plan stratégique pluriannuel. De plus, l'ACPM a lancé un projet de restructuration qui lui permettra d'améliorer ses communications avec les membres et de se doter de moyens technologiques à la fine pointe du commerce électronique.

## **LES ASSEMBLÉES ANNUELLES COMME MOYEN DE COMMUNICATION**

Les assemblées annuelles se sont avérées des tribunes idéales où les membres pouvaient exprimer d'autres besoins en matière de changements et d'améliorations. Entre autres, les membres y ont abordé des questions reliées aux catégories de cotisations et ont demandé et obtenu la mise en place d'un numéro sans frais pour joindre l'ACPM. En outre, un comité spécial a été mis sur pied pour fournir en temps opportun des données statistiques sur l'incidence et le coût de la responsabilité professionnelle dans chaque province.

Lors d'une tumultueuse assemblée annuelle tenue à St. John's, Terre-Neuve, en 1992, les membres ont soulevé des questions sur les revenus de placement, le fonds de réserve, les dépenses administratives, la réassurance d'indemnité et la diffusion d'information au sujet des catégories de membres en préparation des négociations entre les associations médicales et les provinces et les territoires. L'Association a également été accusée de manque de transparence. En réponse à ces accusations, l'ACPM a soutenu qu'elle souhaitait préserver la confidentialité des dossiers et se protéger contre des concurrents éventuels. La pression a continué de monter jusqu'à ce que la situation explose à l'assemblée annuelle de Sydney en 1996.

Depuis lors, l'ACPM continue de faire face à des questions épineuses en matière de communications, mais les membres sont désormais informés en temps opportun des décisions prises par l'Association.

## **UNE EXPERTISE GRANDISSANTE**

Le Secrétariat médical a dû accroître son effectif afin de répondre au nombre croissant de membres et de questions

soumises à l'Association. L'ACPM a donc procédé au recrutement d'un ou de deux nouveaux secrétaires-trésoriers adjoints par année en moyenne, le nombre des nouveaux venus dépassant celui des personnes prenant leur retraite. L'Association a également embauché un directeur de l'administration en 1991 et un directeur de la technologie de l'information en 1994. Une directrice des communications s'est jointe au personnel de l'Association à la fin de 1997. Spécialistes et employés de soutien ont été recrutés pour combler les besoins.

Les employés ne travaillaient pas tous au bureau central d'Ottawa. Les D<sup>rs</sup> E. B. Tovee, Ted Mullens et Donald Jones aidaient les conseillers juridiques provinciaux de l'Ontario à partir de Toronto, tandis que le D<sup>r</sup> Orville Messenger travaillait à partir de Halifax.

La fin de l'époque Argue-Fisher a été marquée par le décès, en 1981, du D<sup>r</sup> Armstrong, membre du Conseil depuis 1937 et président de 1956 à 1966. En 1988, le D<sup>r</sup> Hilton a quitté le poste de président et le D<sup>r</sup> Brown, celui de secrétaire-trésorier, même année où le chef du contentieux de longue date, M<sup>e</sup> Charles Scott, a été remplacé par M<sup>e</sup> Kenneth G. Evans, puis par M<sup>e</sup> Margaret Ross, deux avocats qui continuent de répondre aux attentes de l'Association. Le D<sup>r</sup> Hilton a été remplacé à la présidence par le D<sup>r</sup> Normand Belliveau, un brillant Montréalais aux racines acadiennes, par le D<sup>r</sup> Hugh Morrish, de Calgary, qui n'est resté qu'un an, puis par moi-même à partir de 1996. À ma retraite cette année, un autre Montréalais, le D<sup>r</sup> André Duranceau, prendra la relève.

Le secrétaire-trésorier, D<sup>r</sup> Brown, a été remplacé par le D<sup>r</sup> Stuart Lee qui avait été membre du personnel de l'Association depuis 1972, ayant été successivement secrétaire-trésorier adjoint à temps partiel, puis secrétaire-trésorier en 1989. Lorsque le D<sup>r</sup> Lee a pris sa retraite en l'an 2000, l'Association a recruté le D<sup>r</sup> John E. Gray, un brillant médecin de famille de Peterborough, en Ontario, qui excelle en politique médicale. Le D<sup>r</sup> Gray a été membre du Conseil de l'ACPM et président de l'Association médicale de l'Ontario. C'est grâce à lui que l'ACPM a ouvert ses portes au cybercommerce.

## UN IMMEUBLE BIEN À NOUS

Au fil des ans, l'ACPM a dû « emprunter » des espaces à bureaux, louant des locaux adjacents aux bureaux de ses dirigeants, ou encore des locaux de l'AMC.

L'Association a dû cependant emménager dans d'autres locaux lorsque l'AMC a eu besoin de plus d'espace.

La location de bureaux sur la rue Rochester, à Ottawa, a été de courte durée, car l'ACPM a continué de prendre de l'expansion et a rapidement manqué d'espace. En 1989, l'ACPM a créé un comité spécial chargé de trouver un site en vue de la construction d'un immeuble à la demande d'un membre du Conseil, le Dr Scott Wallace, de Victoria. On a trouvé ce site en 1991. Deux ans plus tard, la ville d'Ottawa approuvait les plans de conception de l'immeuble et l'ACPM prenait alors possession du terrain où elle allait s'établir en permanence.

Sous la présidence du Dr Christopher F. G. Ellis, membre du Conseil, le comité a retenu les services d'architectes et de gestionnaires de projet; les travaux d'excavation ont débuté et une magnifique structure de granit a commencé à s'ériger. L'ACPM a pu emménager dans son nouvel immeuble le 28 mars 1994, et l'inauguration officielle a eu lieu le 13 octobre 1994. Le Dr Lee et l'administrateur Jim Kenward ont suivi de près l'ensemble des travaux de construction et d'aménagement de l'édifice pour s'assurer du respect des échéanciers et, grâce à leur vigilance, l'ACPM n'a pas excédé le budget qu'elle s'était fixé.

Le terrain de l'ACPM peut accueillir un deuxième immeuble au nord du premier. En raison des besoins de l'ACPM en matière d'espace à bureaux et de la pénurie de tels locaux qui sévit dans la région, l'Association a jugé approprié d'investir dans la construction d'une seconde tour à bureaux. Le Conseil a donné son aval à ce nouveau projet.

## ADOPTION D'UN BARÈME DE COTISATIONS DIFFÉRENTIELLES

Dans les années 70 et au début des années 80, on a assisté à une escalade des frais judiciaires, des

règlements hors cour et des montants adjugés par les tribunaux à cause de l'inflation et du nombre croissant d'actions en justice.

Après avoir étudié la question, les actuaire de l'ACPM ont découvert que certains genres de pratique comportaient de plus grands risques et que les coûts s'y rattachant étaient plus élevés. Ils ont donc proposé d'adopter un barème de cotisations différentielles établies en fonction du genre de travail exercé.

L'adjointe de direction, M<sup>me</sup> Beverley Allen, a préparé l'assemblée annuelle tenue à Saskatoon en 1982. L'ACPM attirait rarement plus de membres qu'il n'en fallait pour atteindre le quorum. Cette année-là, la salle était bondée. La possibilité d'une augmentation des cotisations avait suscité l'intérêt de plusieurs membres.

La proposition d'un barème de cotisations différentielles fondé sur le genre de travail n'a pas été bien accueillie. Durant l'assemblée houleuse, les Drs D. McAlpine de Régina et P. G. Winkelaar de Medecine Hat ont proposé que des renseignements détaillés soient diffusés aux membres avant de soumettre la question au vote. Au cours de l'année qui a suivi, des renseignements à ce sujet ont été communiqués aux membres. En 1983, l'assemblée annuelle tenue à Montréal a attiré encore plus de membres qu'auparavant, mais l'ACPM a réussi à convaincre les opposants. La proposition a donc été adoptée et mise en œuvre en 1984.

## UN RÉGIME DE CAPITALISATION INTÉGRALE

Grâce à la prévoyance des Drs Brown et Hilton, l'Association a également entrepris un examen de son mode de financement et de ses répercussions sur l'avenir financier de l'ACPM. Le régime d'imputation fondé sur les sorties de fonds qu'adoptait alors l'Association aurait pu la placer dans une situation financière précaire. De plus, l'ACPM devait faire face à la concurrence des compagnies d'assurances qui tentaient d'attirer les médecins présentant un risque de réclamation moins élevé.

M. Jim Kenward, maintenant retraité, a décrit la situation en ces termes : « En 1984, nous avons commencé à assurer notre avenir financier. Selon le régime d'imputation fondé sur les sorties de fonds, l'Association réussissait à assumer les dépenses engagées durant l'année en ayant recours au revenu provenant des cotisations et des investissements réalisés au cours de la même année. Cependant, comme les dommages-intérêts payés aux victimes et le nombre de réclamations ne cessaient d'augmenter radicalement, ce mode de financement n'était pas sans risques. De fait, de nombreuses compagnies d'assurances ont été acculées à la faillite à cause d'une insuffisance de fonds ». Selon le régime de capitalisation intégrale, l'ACPM peut percevoir en un an les cotisations nécessaires pour payer toutes les actions en justice découlant d'actes médicaux posés durant cette même année, peu importe le moment où la poursuite est intentée. Ainsi, les médecins qui pratiquent aujourd'hui financent les réclamations futures pouvant découler de leur travail, et les médecins de demain n'auront pas à assumer le fardeau des dépenses associées à toute poursuite découlant de la pratique actuelle.

Il va sans dire que les calculs actuariels ont été complexes. L'ACPM devait accumuler une réserve importante, ce qui ne se ferait pas du jour au lendemain. L'ACPM souhaitait atteindre une situation de capitalisation intégrale dès 1998. Au début de 1999, l'ACPM disposait d'une réserve suffisante pour indemniser équitablement les patients jugés lésés par suite d'un accident médical.

L'Association offrait également une réassurance, ou « assurance-catastrophes », comme l'appelait M. Kenward.

## CONSEILS EN MATIÈRE DE PLACEMENT

Le revenu des placements a permis d'empêcher la hausse des cotisations. Comme le portefeuille de placement devenait plus complexe, l'ACPM a demandé à des spécialistes de l'extérieur de siéger à son Comité des placements. Elle s'est assurée les services de l'ancien gouverneur de la Banque du Canada, M. Gerald Bouey, et de l'ancien

premier vice-président de la Banque Royale du Canada, M. Rob Paterson. D'autres experts financiers éminents se sont joints au Comité depuis ce temps. L'ACPM leur est reconnaissante pour leur contribution.

Certains membres du Comité sont aussi médecins. Parmi ceux y ayant siégé, soulignons la présence de feu le sénateur E. W. (Staff) Barootes, un médecin de la Saskatchewan, qui a été membre de longue date du Conseil et vice-président de l'Association. Reconnu pour son sens des affaires, il a été administrateur sans pouvoir décisionnel de l'Association canadienne des courtiers en valeurs mobilières.

## EXAMEN INDÉPENDANT DU FINANCEMENT ET DU FONCTIONNEMENT DE L'ACPM

L'incompréhension entourant le fonds de réserve a donné lieu à un examen indépendant de l'Association canadienne de protection médicale, projet dirigé par l'honorable Charles L. Dubin. L'Association n'a pas proposé une augmentation des cotisations en 1995 vu le ralentissement économique général qui avait cours. Toutefois, l'augmentation proposée en 1996 atteignait près de 20 p. 100.

Les associations médicales provinciales négocient avec les gouvernements provinciaux et territoriaux le tarif de la rémunération à l'acte versée aux médecins, ainsi que le remboursement de leurs cotisations à l'ACPM. En 1995, le gouvernement de l'Ontario s'est opposé à l'augmentation prévue des cotisations en affirmant qu'il « refuse de [...] verser plus d'argent à l'ACPM alors qu'elle continue d'accumuler une réserve inacceptable [...]. Nous croyons qu'il s'agit là d'un usage inapproprié de l'argent des contribuables ». Après avoir obtenu des renseignements détaillés du Dr Lee, le ministre de la Santé a invoqué une multitude de raisons pour justifier son refus, comme l'absence de consultation, l'aide que l'ACPM offre aux membres aux prises avec des problèmes de facturation ou devant témoigner devant les comités disciplinaires, l'importance des frais judiciaires et des dépenses administratives, le manque de

réglementation au sein de l'ACPM et, évidemment le fonds de réserve qu'elle détient.

L'ACPM a alors demandé au juge Dubin d'entreprendre un examen indépendant de la politique de financement, du passif et des dépenses de l'exercice en cours, de la gestion des réclamations pour cause d'incurie professionnelle et des dépenses de fonctionnement. En attendant le dépôt du rapport Dubin, le ministre de la Santé a alors établi le remboursement des cotisations conformément au barème en vigueur en 1995.

Le juge Dubin a retenu les services de trois cabinets de vérificateurs indépendants pour mener à bien son étude. Pour sa part, l'ACPM a mis à sa disposition ses actuaire et toute l'information nécessaire. Dans son rapport final, le juge Dubin a présenté 55 recommandations, dont la plupart venaient confirmer le statu quo à l'égard des questions suivantes : financement; services offerts aux membres (à l'exception de ceux visant le règlement des différends liés à la facturation); protection fondée sur la survenance de l'acte; pouvoir discrétionnaire permettant de refuser de l'aide à un membre; gestion et administration; principes endossés, tels que la défense énergique de réclamations non fondées; éducation et gestion des risques; coût de l'établissement de la protection; recours à autres régimes d'indemnisation; réformes du régime de responsabilité délictuelle.

Le juge Dubin a fait des recommandations concernant la régie interne et l'obligation de rendre compte, dont la plupart ont été mises en œuvre par l'Association. Il a également recommandé de rétablir la cotisation uniforme sous réserve de certaines conditions, afin d'éviter que les médecins exerçant une spécialité à risque élevé n'abandonnent leur pratique. Il a donné son aval au barème de cotisations proposé pour 1997.

Il a repris un principe fondamental du rapport à la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé sur les problèmes de la responsabilité et de l'indemnisation dans le secteur des soins de santé préparé en 1990 par le professeur J. Robert S. Prichard, de l'Université de Toronto, selon

lequel « en général, les avantages de la menace de litige l'emportent sur les inconvénients [...] et la qualité des soins de santé prodigués par nos médecins et nos établissements de soins s'en trouve améliorée ». Le rapport Prichard avait été commandé pour étudier une crise apparente de la responsabilité professionnelle au milieu des années 80, en particulier les réclamations déposées contre les hôpitaux et le coût des dommages-intérêts versés dans le cadre de celles-ci.

## EXAMEN DE LA GESTION DES DOSSIERS

Pour limiter les coûts et rationaliser le traitement des dossiers, l'ACPM a entrepris un examen approfondi de la gestion des dossiers. Cet examen, qui a pris fin en 1996, avait pour objectif de réduire au minimum la « durée de vie » des dossiers et de déterminer le plus rapidement possible si une cause était défendable ou non. Pour y arriver, l'Association a mis en œuvre un programme de gestion des dossiers qui tient compte des exigences provinciales et favorise une meilleure communication et une collaboration soutenue entre l'ACPM et ses conseillers juridiques.

## TARIFICATION RÉGIONALE

Les cotisations ont continué d'augmenter pour que l'ACPM puisse faire face aux dépenses et aux objectifs du régime de financement. Toutefois, à la fin du siècle dernier, les études actuarielles ont révélé qu'il existait des disparités régionales quant aux coûts associés aux règlements hors cours et aux montants adjugés par les tribunaux. L'ACPM a donc choisi de recourir à une structure de tarification régionale pour établir le montant des cotisations. En vertu de cette structure, laquelle comprend trois régions, soit l'Ontario, le Québec et le reste du Canada, les cotisations sont désormais calculées en fonction des coûts relatifs au genre de travail exercé par les médecins dans chacune de ces régions.

## ARGUMENTATION DES ADHÉSIONS

Dans les années 80, les avantages de l'adhésion à l'ACPM étaient bien connus des médecins, et le

Member

XXXXX

99999

xx

xx

PP

xx

xx

xx

xx

xx

xx

xx

xx

Membre de l'Association canadienne de protection médicale

recrutement de nouveaux membres s'est donc fait moins pressant. Le nombre de nouveaux membres a continué d'augmenter jusqu'à la fin du siècle dernier, si bien qu'à l'heure actuelle 95 p. 100 des médecins du Canada sont membres de l'ACPM. Alors que la croissance des adhésions était menacée par le passé par des assureurs privés, elle l'est maintenant par les gouvernements provinciaux et territoriaux, qui étudient la possibilité de lancer leurs propres programmes d'assurance-responsabilité.

Le nombre de membres est passé de 34 375 en 1980 à plus de 60 000 en 2001. Chaque année, un membre sur 25 est désigné dans une action en justice.

Les médecins et leur association font l'envie des membres des autres professions. Bon nombre d'avocats ayant travaillé auprès de l'ACPM ont mentionné combien ils aimeraient avoir une telle association pour veiller aux intérêts des juristes.

## L'EXPANSION DES SERVICES SE POURSUIT

L'ajout de nouveaux services explique, en partie, la croissance qu'a connue l'ACPM. Jusqu'au début des

---

### *Des conseils utiles, d'une époque à l'autre*

*En un siècle, les conseils donnés aux médecins pour prévenir les différends médicaux-légaux sont demeurés les mêmes :*

- *maintenir une bonne relation avec le patient;*
  - *assurer une bonne tenue des dossiers;*
  - *informer le patient et obtenir son consentement;*
  - *traiter le bon patient et la bonne partie du corps;*
  - *trouver et protéger les parties du corps adjacentes à la partie traitée;*
  - *prendre des notes au sujet de l'opération;*
  - *assurer le suivi des résultats d'examen de laboratoire;*
  - *obtenir l'avis d'un autre médecin.*
- 

années 80, l'Association offrait, à sa discrétion, les services suivants : des conseils de médecin à médecin; la représentation de ses membres dans les poursuites civiles; le paiement des règlements hors cour et des montants adjugés par les tribunaux; une présence aux enquêtes du coroner; le suivi des plaintes déposées auprès du Collège des mesures disciplinaires. Au début des années 80, l'ACPM a élargi sa gamme de services pour offrir de l'assistance dans le cas d'affaires criminelles découlant des soins médicaux, de questions relatives à l'administration hospitalière et aux travaux au sein de comités, de demandes provenant d'organismes de facturation et de plaintes concernant les droits de la personne.

En 1995, l'ACPM a envisagé de représenter les médecins à titre de demandeurs, mais ne s'est pas engagée dans cette voie qu'elle juge contraire à la vocation d'un organisme de défense.

L'ACPM est toujours appelée à se pencher sur de nouvelles sources de préoccupations rattachées à la pratique médicale, par exemple : les médecins qui donnent des conseils sur les lignes 1-900 ou sur Internet, les médecins qui pratiquent la télémédecine et ceux qui enseignent dans un autre pays ou sont l'objet de poursuites intentées à l'étranger.

## CHANGEMENTS MÉDICAUX ET DONNÉES STATISTIQUES

Les patients sont maintenant mieux renseignés et exigent une intervention précoce et des traitements qui font appel à des méthodes, des médicaments et de l'équipement de pointe. Il fallait donc s'attendre à une augmentation du nombre d'actions en justice. De fait, en 1980, l'ACPM a conclu ou fermé 251 dossiers et, en l'an 2000, le nombre de dossiers fermés a grimpé à 1 369.

Il est intéressant de noter que ce ne sont pas les nouvelles techniques ni les technologies de pointe qui sont source de problèmes pour les médecins. On serait tenté de répéter le vieux dicton selon lequel « plus ça change, plus c'est pareil ». En effet, les causes des

réclamations demeurent les mêmes : objets laissés dans le corps des patients; sectionnement de l'artère fémorale durant une phlébectomie; lésion d'un nerf pendant une biopsie ganglionnaire; diagnostic erroné ou tardif; ischémie non diagnostiquée; erreurs techniques; écoulements; obstructions; ligature des trompes manquée; complications postopératoires.

Les médecins pratiquant des spécialités à risque élevé, telles la neurochirurgie, la chirurgie orthopédique et l'obstétrique et la gynécologie, sont plus susceptibles d'être poursuivis en justice que les autres membres de l'ACPM. Au sein de ces spécialités, un médecin sur sept risque d'être impliqué dans une poursuite, alors que cette proportion est de un médecin sur 43 pour les membres en général. Le résultat des poursuites est sensiblement le même quelle que soit la spécialité exercée. Les données de l'ACPM sur les dossiers fermés indiquent que 64 p. 100 des actions sont rejetées, 28 p. 100 donnent lieu à un règlement hors cour, 6 p. 100 se règlent en faveur du médecin, et 2 p. 100 en faveur du patient.

Au début des années 90, on a enregistré une augmentation importante du nombre de plaintes adressées au Collège, en particulier des plaintes relatives à l'inconvenance sexuelle. Ce phénomène a été observé à peu près au même moment où le Collège des médecins de l'Ontario diffusait une série de messages d'intérêt public expliquant comment porter plainte contre un médecin.

Au cours des dernières années, l'ACPM a fait face à des cas inédits, comme l'enquête sur le sang contaminé et, plus récemment, un recours collectif. L'Association doit aussi composer avec des « scandales », comme un nombre élevé de décès dans un même hôpital, et la propagation du SIDA et de l'hépatite C par transfusion de sang contaminé.

## QUESTIONS DE DROIT

À la fin des années 70 et au début des années 80, la question du consentement et du consentement éclairé a été au centre de la scène médico-légale sans que les questions traditionnelles ne disparaissent pour autant. Les membres continuaient de faire face à une

gamme de questions socio-médicales comme l'avortement, la grossesse préjudiciable, la vie préjudiciable, la transplantation d'organes et de tissus, la fécondation in vitro, le constat de décès et le prolongement de l'assistance à la survie, les droits des malades mentaux, les droits des enfants, ainsi que des actions contre les fabricants de médicaments et d'appareils et contre les hôpitaux.

L'élimination des dossiers professionnels et le délai de prescription sont demeurés des sujets de conflit. Dès 1986, la causalité a été à l'avant-scène quand deux causes importantes (non défendues par l'ACPM) ont démontré que les demandeurs doivent prouver que le préjudice subi a été causé par la négligence du défendeur et pas autrement. Ces causes se sont fondées sur le précédent établi par *McGhee c. National Coal Board, England* (1972). Le juge a alors affirmé ce qui suit : « On dit souvent que le concept juridique de causalité ne s'appuie pas sur la logique ni sur la philosophie. Il s'appuie sur le fonctionnement pratique de l'esprit d'une personne ordinaire dans la vie de tous les jours ».

Au début des années 80, M<sup>e</sup> Charles Scott, chef du contentieux, a constaté que les tribunaux semblaient appliquer le principe de la responsabilité sans faute, en particulier lorsque le coût des pertes subies était important ou lors de circonstances médicales tragiques, en faisant partager la responsabilité financière entre le plus grand nombre de parties possible.

Le concept des « années perdues » a été introduit, de telle sorte que la succession d'une personne lésée pouvait se voir adjuger la somme que cette personne aurait gagnée durant sa vie. Ce concept a eu des répercussions financières sur l'ACPM, en particulier dans les causes impliquant des bébés.

En 1985, le nombre de poursuites et les montants adjugés par les tribunaux ont encore augmenté. Selon le chef du contentieux, cette situation n'avait pas été provoquée par un travail de qualité inférieure de la part des médecins, mais était attribuable à un climat hostile envers les professionnels, à des attentes irréalistes à l'égard des nouvelles technologies médicales ou à une

tendance à associer négligence et complications en raison d'un traitement. Il a ajouté que certains tribunaux estimaient que le coût des pertes subies devait être imputé aux parties les mieux nanties, soit les hôpitaux ou les médecins assurés.

Les modifications apportées aux règles de procédure et diverses décisions rendues par les tribunaux dans l'ensemble du pays ont fait disparaître ou atténuer l'élément de surprise des poursuites civiles en exigeant une divulgation préalable plus exhaustive.

Au milieu des années 90, malgré une faible récession, le nombre croissant de dossiers a entraîné une augmentation des dépenses de fonctionnement. L'ACPM ouvrait alors près de 12 000 nouveaux dossiers chaque année.

Les frais judiciaires ont toujours représenté une partie importante des dépenses de l'ACPM et sont répartis entre les milliers de dossiers actifs. L'Association continue de respecter son engagement de choisir les meilleurs avocats de chaque province ou territoire. L'ACPM verse des honoraires aux avocats en fonction du temps consacré à la cause et n'accorde aucune prime en cas de jugement favorable. Les frais judiciaires sont soumis à un examen rigoureux. Le chef du contentieux, M<sup>e</sup> Margaret Ross, précise que ces frais judiciaires comprennent les actions en justice, les procès, les enquêtes, les rapports faits au Collège, l'examen des questions hospitalières, des différends en matière de facturation et de certaines affaires criminelles, et les enquêtes fédérales ou provinciales. Au nombre de ces dernières, on retrouve l'enquête Dubin sur les décès survenus au *Hospital for Sick Children* de Toronto, l'enquête Krever sur le sang contaminé et l'enquête sur les enfants en bas âge décédés en cours de chirurgie au *Health Sciences Centre* de Winnipeg.

## LA RÉFORME DU RÉGIME DE RESPONSABILITÉ DÉLICTUELLE

La réforme du régime de responsabilité délictuelle est une question d'intérêt majeur pour l'ACPM. Si les coûts des règlements et des montants adjugés par les tribunaux ne cessent de grimper, ce n'est pas parce qu'un plus grand

nombre de patients poursuivent les médecins ou que le nombre de causes perdues a augmenté, car les données à ce chapitre demeurent relativement stables. Cette augmentation des coûts est attribuable aux sommes plus importantes accordées à la suite des règlements hors cours et des décisions rendues par les tribunaux.

Suivant le principe sur lequel repose le régime de responsabilité délictuelle, une indemnité est accordée à un patient quand il est reconnu que celui-ci a subi un préjudice par suite de la négligence d'un médecin qui a omis de respecter son devoir de diligence. Le défi que l'ACPM doit relever consiste à s'assurer que les patients reçoivent les sommes qui leur reviennent, tout en réduisant les coûts pour l'ensemble de la société. Nous pouvons atteindre cet objectif en apportant les changements suivants :

- Structurer les règlements - Créer des rentes qui permettent de verser des prestations régulières aux patients pour leur offrir des soins et compenser leur manque à gagner.
- Éliminer la subrogation - La loi autorise les ministères de la Santé à récupérer, au nom du système, les dépenses engagées par suite de la négligence d'un médecin ou d'un hôpital. Comme les honoraires des médecins et les budgets des hôpitaux sont presque tous financés par les ministères de la Santé, cette récupération de coûts vient en fait de la même source. L'élimination de cette pratique ne nuira pas au patient lésé. L'élimination des dépenses administratives de la subrogation et des frais judiciaires connexes ainsi que la réduction des dépenses relatives à l'incurie professionnelle pour les médecins et les hôpitaux ne pourraient que profiter à l'ensemble de la société.
- Éliminer le facteur de majoration imposé sur les coûts des soins de santé futurs et les paiements de perte de revenu. Comme l'intérêt couru sur la somme forfaitaire que touche un demandeur est considéré comme un revenu imposable, le montant qui pourrait servir à payer les traitements et à suppléer au revenu s'en trouve diminué. Il faut donc gonfler les

paiements, ou les majorer, pour augmenter le montant disponible après impôt.

- Éliminer les taux d'intérêt irréalistes associés à certains chefs de réclamation.
- Éliminer le double recouvrement d'indemnités lorsque le demandeur reçoit un soutien financier d'une assurance, d'un programme d'aide sociale ou d'indemnisation en cas d'accidents du travail.
- Simplifier la procédure de défense - Réduire le nombre de témoins-experts, avoir recours à de nouvelles méthodes de résolution des différends autant que possible, et diminuer la durée des procès en s'entendant à l'avance sur certains faits ou sur certains chefs de dommages, s'il y a lieu.

L'ACPM continue de soumettre ces questions aux parties intéressées qui peuvent exercer une influence sur la réforme du régime de responsabilité délictuelle. Elle a tenu une importante conférence sur cette réforme en novembre 1998.

## GESTION DES RISQUES

Le débat sur les cotisations différentielles qui a eu lieu à Saskatoon a permis à l'ACPM de mieux comprendre l'importance de la communication avec ses membres. L'Association a donc jugé opportun de favoriser les communications ciblées à une époque où le nombre de causes et le coût des dommages-intérêts sont à la hausse.

Le nombre de demandes de renseignements spécifiques a également été un facteur qui a incité l'Association à améliorer les communications avec ses membres. Certaines de ces demandes provenaient d'organismes médicaux, comme la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, qui souhaitaient obtenir des données précises pour évaluer l'ampleur et la nature des problèmes touchant ses membres.

L'ACPM a donc élaboré un programme de gestion des risques. Elle a d'abord procédé à l'identification des risques puis, dans un deuxième temps, a tenté de trouver des moyens de les éliminer. Finalement, l'Association a

mis au point des moyens de communication pour transmettre le résultat de ses recherches à ses membres. Après avoir envisagé le lancement d'un programme de relations publiques, le Conseil a opté pour un programme d'éducation.

Le Dr Orville J. Messenger, secrétaire-trésorier adjoint, a relevé le défi de mettre au point le nouveau programme d'éducation même s'il avait des doutes sur la façon de procéder, a-t-il avoué dans son autobiographie. L'objectif premier du programme était d'aider les médecins à éviter les écueils de la pratique médicale, ce qui cadrerait bien avec l'objectif de l'ACPM qui consiste « à promouvoir et à appuyer toute mesure visant à rehausser la pratique de la médecine ». Un comité de l'éducation, créé par le Conseil et présidé par le neurochirurgien Leslie P. Ivan, a proposé la mise sur pied d'une nouvelle Direction de la recherche et de l'éducation au sein de l'ACPM.

Cette direction avait pour mandat la prévention des risques en trois volets : aider les médecins à bien comprendre leurs obligations légales, leur faire connaître les domaines de la pratique clinique les plus susceptibles d'entraîner des litiges, et leur enseigner des méthodes de gestion favorisant de bonnes relations médecin-patient.

Une analyse a révélé que la majorité des difficultés étaient causées non par l'incompétence, mais par un manque de communication. On a découvert que certains accidents découlant d'actes médicaux se répétaient fréquemment. Par conséquent, l'ACPM a choisi d'annoncer à ses membres l'adoption d'un nouveau programme de gestion des risques dans un *Bulletin d'information*. Un groupe de conférenciers, composé de membres du personnel de l'ACPM et des conseillers juridiques, présente depuis des séances éducatives aux nouveaux médecins dans les facultés de médecine, et aux praticiens lors de rencontres et de séminaires organisés par des sociétés médicales. Des exposés traitant de questions médico-légales sont également présentés lors des assemblées annuelles. Les documents préparés à l'intention des conférenciers s'appuient sur des études détaillées de dossiers et des analyses de données informatisées.

La Direction de la recherche et de l'éducation est fière de ses accomplissements. En 1988, plus de 500 personnes du monde entier ont pris part à Toronto au premier grand symposium sur l'asphyxie périnatale organisé par l'ACPM. Une conférence présentée à Vancouver a eu droit à un accueil aussi enthousiaste. La Direction publie, entre autres, un *Guide médico-légal à l'intention des médecins canadiens* rédigé par M<sup>e</sup> Ken Evans, et *Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada* préparé par le D<sup>r</sup> Brown et M<sup>e</sup> Evans. De plus, des feuillets d'information traitant des sujets de l'heure accompagnent le *Bulletin d'information* de l'ACPM et, plus récemment, la Direction a préparé une série de documents sur l'identification des risques.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a reconnu à titre d'activités de formation médicale continue (FMC) les ateliers offerts dans le cadre du Symposium sur les risques en pratique clinique tenu en août 2001 par l'ACPM. Même si le Collège a par le passé reconnu des programmes auxquels ont participé des employés de l'ACPM, c'est la première fois qu'un programme de l'Association mérite cet honneur.

La Direction de la recherche et de l'éducation a été dirigée par deux personnes dynamiques : le D<sup>r</sup> Robson et le D<sup>r</sup> William Beilby, qui est son directeur actuel.

En plus des nombreuses activités auxquelles l'ACPM a recours pour éduquer les médecins, celle-ci continue de véhiculer son message par les moyens habituels, comme les rapports annuels, la publication d'articles et de chroniques dans les revues médicales et des communications auprès d'associations de spécialistes. Membre du Conseil de l'ACPM depuis plusieurs années, le D<sup>r</sup> Ruaraidh W. McIntyre partage avec l'ACPM les connaissances et l'expérience acquises au service de la Société canadienne des anesthésiologistes, où il est membre du comité des normes de pratique. Il a contribué à l'élaboration de nouvelles normes qui ont permis de réduire le nombre d'incidents en anesthésiologie.

Tout au long de l'évolution de la Direction de la recherche et de l'éducation, l'ACPM s'est bien gardée de définir des normes de pratique, une tâche appartenant, à juste titre, au Collège ainsi qu'aux sociétés de professionnels ou de spécialistes.

Le personnel de l'ACPM présente maintenant plus de 300 séances éducatives par année, et alors que l'Association entame un nouveau siècle de services, la Direction se prépare à effectuer un plus grand nombre d'analyses et à offrir plus de documents et d'exposés par voie électronique ainsi qu'au moyen de supports traditionnels.

# QUE NOUS RÉSERVE L'AVENIR?

Comme tout le monde, j'aimerais bien avoir une boule de cristal. Ainsi, je pourrais savoir en quoi consistent les technologies médicales de l'avenir, savoir où nous mènera la recherche sur le génome humain et le clonage, savoir si la télémédecine se révélera aussi formidable qu'on le croit, et faire face aux questions difficiles et déchirantes comme celle de l'euthanasie. Peut-être est-il préférable de ne pas connaître l'issue de ces questions pour l'instant. Quoiqu'il arrive, je sais que l'ACPM sera toujours une des premières à en ressentir les effets.

Tant de choses à écrire en si peu de pages. J'ai essayé de vous tracer un portrait fidèle du cheminement de notre association au cours des cent dernières années. J'espère que vous saurez me pardonner les oublis, bien involontaires je vous l'assure.

Pour conclure, je dois avouer que ce qui m'impressionne le plus à propos de l'ACPM, c'est le grand nombre d'excellents médecins qui ont pris le temps, malgré leur pratique et leur vie mouvementée, d'être au service de leurs collègues. Je suis fier d'être membre d'un organisme de défense mutuelle qui offre un service essentiel à des médecins par des médecins, avec l'appui de nos confrères avocats. Je pense que le Dr Powell serait très fier de nous tous.

Permettez-moi de me faire votre porte-parole en remerciant tous les collègues qui nous ont précédés et de souhaiter bonne chance à tous ceux et celles qui poursuivront la voie tracée par notre fondateur. Qui aurait pensé un jour que la fracture d'un avant-bras et la vision d'un médecin auraient pu donner naissance à une association aussi importante?

---

## Remerciements

*Un grand nombre de personnes ont contribué à la préparation de ce document, projet lancé par un membre du Conseil, le Dr Robert Taylor. Je tiens à remercier tout particulièrement le Dr Clifford Amundson, secrétaire-trésorier adjoint à la retraite, pour les longues entrevues réalisées avec les anciens membres et les membres actuels du Conseil, les dirigeants, le chef du contentieux et le personnel de l'Association. Un grand merci à Mme Judy Valley, qui a transcrit les entrevues durant ses temps libres, et aux employés de la Direction des communications - en particulier, à Mme Margaret Chartrand - qui ont effectué les recherches, rédigé, révisé et traduit le présent livret, et conçu sa mise en page. Je m'en voudrais également de ne pas remercier tous ceux et celles qui nous ont éclairés par leurs précieux renseignements et ont révisé le document. Je suis redevable aussi aux auteurs de nombreux textes juridiques, médicaux et historiques de diverses associations et sociétés médicales. Ce document n'aurait pu être rédigé sans consulter les procès-verbaux du Conseil, la correspondance et les dossiers de l'Association et les dossiers spéciaux montés par nos employés d'hier et d'aujourd'hui.*

---

# TABLEAU DES ÉTATS DE SERVICE

## UN TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE

**P**lusieurs hommes et femmes de la profession médicale ont siégé au Conseil au fil des ans. Certains, comme le Dr Courtenay, ont servi pendant des dizaines d'années avec grande distinction. La profession se doit de les remercier. Mon association avec l'ACPM remonte à 1972, date à laquelle on m'a demandé de

siéger au comité consultatif provincial de la Colombie-Britannique. Mon père, le Dr Joseph C. Thomas, avait fait de même. Il était vice-président au moment de sa retraite en 1971 et avait servi l'Association depuis 1953. Les noms et dates de service de tous les membres du Conseil figurent dans le tableau qui suit.

### CONSEILLERS

1905-1954	John Dickson Courtenay, MD	Ottawa	ON	1952-1975	Gordon A. Copping, MD, CM, FRCPC, MRCP (Lond.)	Montréal	ON
1921-1933	A.S. McElroy, MD	Ottawa	ON	1952-1988	James H.B. Hilton, MD, CM, FRCPC, FACP	Ottawa	ON
1934-1958	Alfred Turner Bazin, MD, DSO	Montréal	QC	1952-1982	T.G. Stoddart, MD, CM, FACR, FACP	Ottawa	ON
1934-1943	M.J. MacCallum, MD	Toronto	ON	1954-1965	H.K. Detweiler, MD	Toronto	ON
1934-1944	L.J. Austin, MD	Kingston	ON	1954-1969	R.E. Smart, MD, DOMS, FACS	Brockville	ON
1934-1951	R.K. Paterson, MD	Ottawa	ON	1956-1969	W.E. Colling, MD, CM, FRCSC, FACS	Ottawa	ON
1934-1943	G.S. MacCarthy, MD	Ottawa	ON	1957-1971	R. Gordon Mackenzie, MD	Ottawa	ON
1934-1936	J.M. Murray, MD	Ottawa	ON	1964-1997	Normand J. Belliveau, MD, FRCSC, FACS, FCCP	Montréal	ON
1934-1936	Stuart Evans, MD	Ottawa	ON	1965-1988	F. Norman Brown, MD, CM, FRCSC, FACS	Ottawa	ON
1934-1942	R.E. Valin, MD	Ottawa	ON	1966-1984	E. Bruce Tovee, MD, FRCSC, FACS	Toronto	ON
1934-1955	W.S. Lyman, MD	Ottawa	ON	1969-1996*	Stuart B. Lee, MD, FRCSC	Ottawa	ON
1935-1971	Trenholm Laurence Fisher, MD, CM, FACP	Ottawa	ON	1970-1991	W.A. Blair, MD, CM, FRCPC, FAPA	Ottawa	ON
1937-1966	George W. Armstrong, MB, MD, FRCSC, FACP	Ottawa	ON	1970-1986	W.A. Britton, MD, CM, FRCSC	Ottawa	ON
1937-1970	George Hooper, MB, MD, CM, FRSCS, FACS	Ottawa	ON	1970-1984	J.F. Fielding, MD, FRCSC, FACS	Ottawa	ON
1943-1973	J.L. Coupal, MD	Ottawa	ON	1970-1976	G.D. Hurteau, MD, CM	Ottawa	ON
1943-1951	F.S. Patch, MD	Montréal	QC	1970-1994	Leslie P. Ivan, MD, FRCSC, FACS	Ottawa	ON
1944-1947	R.R. Graham, MD	Toronto	ON	1970-1993	Robert Jackson, MD, CM, FRCPC	Ottawa	ON
1945-1977	W.F. Connell, MD, CM, FRCPC, FACP, FACC	Kingston	ON				
1947-1969	G.W. Dunning, MB, FACS	Ottawa	ON				
1948-1953	V.F. Stock, MD	Toronto	ON				

## LES CONSEILLERS (SUITE)

1970-1976	Wilbert J. Keon, MD, FRCSC	Ottawa ON	1987-	Paul Guertin, MD	Granby QC
1970-1992	I.M. Todd, MB, BCh, MCFP	Ottawa ON	1988-	Michael R. Lawrence, MD	Vancouver BC
1971-1972	A.W. Bruce, MB, BCh, FRCSC, FACS	Kingston ON	1988-2000	J. Robert Taylor, MD, FRCPC	Ottawa ON
1971-1997	Christopher F.G. Ellis, MD, FRCSC	Ottawa ON	1989-2001	Neil V. McPhail, MD, FRCSC	Ottawa ON
1972-1982	Peter Lehmann, MD, FRCSC	Vancouver BC	1991-1996	Marvin Silverman, MD, FRCPC	Ottawa ON
1972-1996	Ruaraidh W. McIntyre, MB, BCh, FRCPC	Ottawa ON	1993-	Karen L. Cronin, MD, CCFP	Downsview ON
1974-1995	D. Douglas McKercher, MD, CM, FRCSC	Ottawa ON	1993-	Barbara J. Kane, MD, FRCPC	Prince George BC
1976-1995	Hon. E.W. (Staff) Barootes, MD, FRCSC	Régina SK	1993-1996	D.P. Girvan, MD, FRCSC	London ON
1977-1980	Peter J. Beardall, MD, FRCSC, FRCOG	Ottawa ON	1994-1996	W.B. Callaghan, MD, FRCSC	Ottawa ON
1977-1997	Patrice Drouin, MD, FRCPC	Québec QC	1994-	E. Jane Wright, MB, ChB	Victoria BC
1977-1988	T. Keith Scobie, MD, FRCSC	Ottawa ON	1994-1996	Kathryn E. Treehuba, MD, FRCSC	Ottawa ON
1981-1994	Emily J. Gear, MD, FRCSC	Ottawa ON	1994-	William S. Tucker, MD, FRCSC	Toronto ON
1982-	W.D.S. Thomas, MD, FRCSC	Vancouver BC	1994-2000	Robert E. Colborne, MD	Montague PE
1983-1999	John P. Anderson, MD, FRCPC	Halifax NS	1995-	Lawrence E. Groves, MD, MCFP	Brandon MB
1983-1995	C.M. Burns, MD, FRCSC	Winnipeg MB	1995-	Douglas F. Birt, MD, FRCSC	Winnipeg MB
1983-	André Duranceau, MD, FRCSC, CSPQ	Montréal QC	1995-	Jean-Joseph Condé, MD	Val d'Or QC
1983-1993	L.J. Genesove, MD, CCFP	Toronto ON	1995-	Kari G. Smedstad, MD, ChB, FRCPC	Hamilton ON
1983-1996	Hugh F. Morrish, MD, FRCPC	Calgary AB	1995-	David B. Peddle, MD, FRCSC	St. John's NF
1983-1994	A.L. Roberts, MD, CM, MCFP	Charlottetown PE	1996-	Jacques R. Beauchamp, MD	Laval QC
1984-1987	D.M. Bachop, MB, BCh, FRCPC	Vancouver BC	1996-	Lawrence T. Diduch, MD, FRCSC	Edmonton AB
1984-	Peter K. Fraser, MD, MCFP	Oromocto NB	1996-1998	R.E. Fraser, MB, ChB, FRCSC	Edmonton AB
1984-1993	J.A. Hutchison, MD, FRCPC	Victoria BC	1996-	George E. Yee, MD, FRCPC	Windsor ON
1984-1995	W.D. Parsons, MD, CM, FRCPC	St. John's NF	1997-	Gordon A. Crawford, MD, FRCSC	Barrie ON
1984-1987	A.A. Scott, MD, DA, FRCPC	Toronto ON	1997-	Stephen J. Wetmore, MSc, MD, CCFP	London ON
1984-1996	R.W. Sherbaniuk, MD, FRCPC, FACP	Edmonton AB	1997-	Jean Deslauriers, MD, FRCSC	Sainte-Foy QC
1985-2000	J.F. Alexander, MD, FRCPC	Régina SK	1997-	Louise Passerini, MD, FRCPC	Brossard QC
1985-1996	B.J. L'Heureux, MD	Laval QC	1997-	Vyta M. Senikas, MD, FRCSC, CSPQ	Montréal QC
1985-1994	G.S. Wallace, MB, ChB	Victoria BC	1998-2000	John E. Gray, MD, CCFP, FCFP	Peterborough ON
1986-1998	M.C. Bouffard, MD, MCFP	Sudbury ON	1998-	Brent W. Winston, MD, FRCPC	Calgary AB
1986-	C. Anthony Johnson, MD, FCFP	Kingston ON	1999-	Kim R. Crawford, MD, FRCPC	Liverpool NS
1987-1996	George Mintsoulis, MD, FRCSC	Ottawa ON	2000-	Michael T. Cohen, MD	Grand Falls/Windsor NF
1987-1995	Marc Couturier, MD	Val d'Or QC	2000-	William A. Easton, MD, FRCSC	Toronto ON
1987-1995	D.W. Fear, FRCPC	Toronto ON	2000-	Nancy L. Naylor, MD, CCFP	Fort Frances ON
			2000-	Sandra S. Wirth, MD	Rosthern SK

\* En 1996, les dirigeants de l'ACPM n'étaient plus membres du Conseil. Le Dr Lee est demeuré au service de l'Association à titre de secrétaire-trésorier jusqu'en l'an 2000.

## **PRÉSIDENTS**

1901-1934	Robert Henry Wynyard Powell, MD, CM, FACS	Ottawa ON
1934-1955	John Fenton Argue, MD, CM	Ottawa ON
1956-1966	George W. Armstrong, MB, MD, FRCSC, FACS	Ottawa ON
1966-1988	James H.B. Hilton, MD, CM, FRCPC, FACP	Ottawa ON
1988-1995	Normand J. Belliveau, MD, FRCSC, FACS, FCCP	Montréal QC
1995-1996	Hugh F. Morrish, MD, FRCPC	Calgary AB
1996-2001	William D.S. Thomas, MD, FRCSC	Vancouver BC
2001-	André Duranceau, MD, FRCSC, CSPQ	Montréal QC

## **PRÉSIDENTS HONORAIRES À VIE**

1955-1956	John Fenton Argue, MD, CM	Ottawa ON
1957-1958	Alfred Turner Bazin, MD, DSO	Montréal QC
1966-1981	George W. Armstrong, MB, MD, FRCSC, FACS	Ottawa ON
1988-	James H.B. Hilton, MD, CM, FRCPC, FACP	Ottawa ON

## **PREMIERS VICE-PRÉSIDENTS**

1901-1921	J.O. Camirand, MD	Sherbrooke QC
1921-1943	H.S. Birkett, MD	Montréal QC
1943-1956	Alfred Turner Bazin, MD, DSO	Montréal QC
1956-1963	Ross Mitchell, MD	Winnipeg MB
1964-1971	Joseph C. Thomas, MD	Vancouver BC
1972-1988	Normand J. Belliveau, MD, FRCSC, FACS, FCCP	Montréal QC
1988-1995	Hon. E.W. (Staff) Barootes, MD, FRCSC	Régina SK
1996-2001	André Duranceau, MD, FRCSC, CSPQ	Montréal QC
2001-	Peter K. Fraser, MD, MCFP	Oromocto NB

## **DEUXIÈMES VICE-PRÉSIDENTS**

1921-1936	J.S. McEachern, MD	Calgary AB
1936-1953	H.M. Robertson, MD	Victoria BC
1954-1963	Joseph C. Thomas, MD	Vancouver BC

1964-1971	Normand J. Belliveau, MD, FRCSC, FACS, FCCP	Montréal QC
1972-1982	Peter Lehmann, MD, FRCSC	Vancouver BC
1982-1989	Hon. E.W. (Staff) Barootes, MD, FRCSC	Régina SK
1989-1995	W.D.S. Thomas, MD, FRCSC	Vancouver BC
2000-2001	Peter K. Fraser, MD, MCFP	Oromocto NB
2001-	William S. Tucker, MD, FRCSC	Toronto ON

## **SECRÉTAIRE**

1901-1904	F.W. McKinnon, MD	Ottawa ON
-----------	-------------------	-----------

## **TRÉSORIER**

1901-1904	James Grant Jr., MD	Ottawa ON
-----------	---------------------	-----------

## **CONSULTANTS AUPRÈS DU CONSEIL**

1972-1976	Trenholm Laurence Fisher, MC, CM, FACP	Ottawa ON
1984-1987	E. Bruce Tovee, MD, FRCSC, FACS	Toronto ON
1988-	F. Norman Brown, MD, CM, FRCSC, FACS	Ottawa ON

## **SECRÉTAIRES-TRÉSORIER**

1904-1906	James Grant Jr., MD	Ottawa ON
1906-1935	John Fenton Argue, MD, CM	Ottawa ON
1935-1971	Trenholm Laurence Fisher, MD, CM, FACP	Ottawa ON
1971-1988	F. Norman Brown, MD, CM, FRCSC, FACS	Ottawa ON
1988-2000	Stuart B. Lee, MD, FRCSC	Ottawa ON
2000-	John E. Gray, MD, CCFP, FCFP	Peterborough ON

## **SECRÉTAIRES-TRÉSORIER ASSOCIÉS**

1955-1965	James H.B. Hilton, MD, CM, FRCPC, FACP	Ottawa ON
1968-1971	F. Norman Brown, MD, CM FRCSC, FACS	Ottawa ON
1977-1988	Stuart B. Lee, MC, FRCSC	Ottawa ON
1989-1992	Manuel Gluck, MD, FRCSC, FACOG	Ottawa ON
1993-1998	Robert Robson, MD, CM, FRCPC	Ottawa ON
1998-	Guy Lemay, BA, MD	Ottawa, ON

## **SECRÉTAIRES-TRÉSORIFIERS ADJOINTS**

1952-1965	James H.B. Hilton, MD, CM FRCPC, FACP	Ottawa ON
1965-1968	F. Norman Brown, MD, CM, FRCSC, FACS	Ottawa ON
1972-1977	Hugh J. Bright, MD, DPH, DHA	Ottawa ON
1972-1976	Stuart B. Lee, MD, FRCSC	Ottawa ON
1975-1991	Pierre Gaulin, MD, FRCSC	Ottawa ON
1977-1989,		
1992-1995	Manuel Gluck, MD, FRCSC, FACOG	Ottawa ON
1975-1996	Clifford S. Amundson, MD, CCFP	Ottawa ON
1981-1994	Maurice Patry, MD, MCFP	Welland ON
1985-	Ruth A. Cottrill, MD, ChB	Ottawa ON
1985-1992	Orville Messenger, MD, CM, FRCSC, FACS	Moncton NB
1985-1991	Edward Mullens, MD, FRCSC, FACS	Ottawa ON
1986-1998	Guy Lemay, BA, MD	Ottawa ON
1988-	Chris J. Parsons, MD, FRCSC	Burlington ON
1988-	Allan R.E. Eix, BSc, MD	Port Perry ON
1989-1998	Robert Robson, MD, CM, FRCPC	Ottawa ON
1990-	Anne M.J. Cornet, MD, FRCPC	Ottawa ON
1991-	Pierre Doucet, MD, FACC	Valleyfield QC
1991-	Michael J. Hardie, MD, ChB, FRCPC	Ottawa ON
1992-	William J. Beilby, MC, MCFP(EM)	Ottawa ON
1992-	Thomas C. Heckman, MD	Wallaceburg ON
1993-	Indu B. Gambhir, MB, BS	Cornwall ON
1993-	E. Douglas Bell, MD, FRCSC	Ottawa ON
1995-	Wayne L. Helmer, MD	Ottawa ON
1995-	Martine L. Gagnon, MD, FRCSC	Montréal QC
1995-	James R. Sproule, MD, CM, CCFP(EM), MBA	London ON
1996-	Robert N. Rivington, MD, FRCPC	Ottawa ON
1996-	Margot Morrison-Morrisette, MD, FRCPC	Ottawa ON
1996-	Philip G. Winkelaar, MD, CCFP	Medicine Hat AB
1998-	Patrick J. Ceresia, MD	North Bay ON
1998-	Louise Dion, MD, FRCSC	Montréal QC
1998-	Jacques Guilbert, MD, MSc, FRCSC	Gatineau QC
1998-	R. James Williamson, MD, CCFP	Hull QC
1999-	Angela D. Sirnack, MD, FRCPC	Ottawa ON
2001-	Dale McMahan, MD	Halifax NS

## **CADRES SUPÉRIEURS**

1977-1997	Jim T. Kenward, CA	Directeur, Finances
1997-	Stephen Campbell, CA	Directeur, Finances
1987-1989	Orville Messenger, MD, CM, FRCSC, FACS	Directeur, Éducation
1989-1993	Robert Robson, MD, CM, FRCPC	Directeur, Éducation
1994-	William J. Beilby, MC, MCFP(EM)	Directeur, Recherche et éducation
1991-	Jean (Brown) Vanderzon, CA, MBA	Directrice, Administration
1995-1999	Richard Martel	Directeur, Informatique
1999-	David From	Directeur, Technologie de l'information
1994-	Pierrette Downey	Directrice, Service des adhésions
1996-	Chris J. Parsons, MD, FRCSC	Directeur, Gestion des dossiers
1997-	Françoise Parent	Directrice, Communications

## **ADJOINTES DE DIRECTION**

1952-1982	Margaret E. Kells
1982-	Beverley Allen

## **CHEFS DU CONTENTIEUX**

1901-1934	Francis H. Chrysler, KC Chrysler, Bethune & Larmouth	Ottawa ON
1934-1945	Edmund F. Newcombe, KCNewcombe & Company	Ottawa ON
1945-1950	J. Douglas Watt, KC Gowling, MacTavish, Watt, Osborne & Henderson	Ottawa ON
1950-1961	Duncan K MacTavish, QC and Ronald C. Merrium, QCGowling, MacTavish, Osborne and Henderson	Ottawa ON
1961-1970	E. Peter Newcombe, KCGowling & Henderson	Ottawa, ON
1970-1988	Charles F. Scott, QCGowling & Henderson	Ottawa ON
1988-1995	Kenneth G. Evans Gowling, Strathy & Henderson	Ottawa ON
1995-	Margaret Ross Gowling Lafleur Henderson	Ottawa, ON

# L'ÉVOLUTION DE LA PROTECTION DE 1901 À 2001 (INTERVALLES DE 5 ANS)

ANNÉE	NBRE DE MEMBRES	COTISATION	DOSSIERS FERMÉS	DOSSIERS JUDICIAIRES*	DOMMAGES-INTÉRÊTS*	FRAIS D'EXPERTS
PAR ANNÉE		TOTAUX POUR CHAQUE PÉRIODE DE CINQ ANS				
1901	0	2,50 \$	0	1 457 \$		
1906	471	3,00 \$	7	1 956 \$		
1911	730	3,00 \$	18	3 962 \$		
1916	762	3,00 \$	7	3 649 \$		
1921	1 268	3,00 \$	18	16 818 \$		
1926	2 163	3,00 \$	13	18 620 \$		
1931	2 427	5,00 \$	26	33 924 \$		
1936 <sup>1</sup>	2 975	5,00 \$	32	28 067 \$	16 426 \$	
1941	3 402	5,00 \$	39	34 462 \$	13 007 \$	
1946	4 745	5,00 \$	32	41,141 \$	61 591 \$	
1951	6 651	10,00 \$	27	99 744 \$	209 729 \$	
1956	9 403	20,00 \$	57	90 148 \$	138 582 \$	
1961	12 947	20,00 \$	65	129 322 \$	209 268 \$	
1966	17 275	15,00 \$	121	247 039 \$	372 950 \$	
1971	23 668	35,00 \$	434	1 002 952 \$	1 217 121 \$	
1976	31 421	200,00 \$	948	3 419 601 \$	5 091 028 \$	
1981 <sup>2</sup>	35 335	350,00 \$	2 229	10 679 707 \$	17 591 724 \$	599 763 \$
1986 <sup>3</sup>	48 618	1 238,00 \$	2 311	37 454 173 \$	62 907 132 \$	3 112 279 \$
1991	54 469	2 583,00 \$	3 819	100 471 539 \$	175 720 459 \$	9 480 844 \$
1996	56 517	3 827,00 \$	4 038	234 044 000 \$	313 513 000 \$	21 232 000 \$
2000 <sup>4</sup>	60 099	3 929,00 \$	5 319	263 451 000 \$	387 608 000 \$	32 741 000 \$

<sup>1</sup> Le paiement des dommages-intérêts a été approuvé en 1929. Comme les premiers paiements à ce titre n'ont pas été effectués avant 1932, ils n'apparaissent dans ce tableau qu'à partir de 1936. On appelle maintenant le paiement des dommages-intérêts « indemnités et règlements ».

<sup>2</sup> Avant 1977, les frais d'experts étaient inclus dans les frais administratifs et ne figurent donc pas dans ce tableau avant 1981.

<sup>3</sup> Le barème des cotisations différentielles selon le genre de travail a été adopté en 1984, et de nouvelles cotisations différentielles selon la province d'exercice ont été établies en 2001. Les données à partir de 1986 représentent la moyenne pondérée des cotisations globales.

<sup>4</sup> Ces données correspondent à une période de quatre ans se terminant à la fin de l'an 2000.



**L'ASSOCIATION  
CANADIENNE  
DE PROTECTION  
MÉDICALE**

**THE CANADIAN  
MEDICAL  
PROTECTIVE  
ASSOCIATION**

**LA COUR DU LAC DOW  
875, AVENUE CARLING  
OTTAWA ON K1S 5P1**

**ADRESSE POSTALE :  
C. P. 8225, SUCCURSALE T  
OTTAWA ON K1G 3H7**

**TÉLÉPHONE :  
1-800-267-6522  
(613) 725-2000**

**TÉLÉCOPIEUR :  
(613) 725-1300**

**SITE WEB :  
[www.cmpa.org](http://www.cmpa.org)**

***HX0100F***

**CE LIVRET EST IMPRIMÉ  
AVEC UNE ENCRE À  
BASE VÉGÉTALE SUR  
DU PAPIER RECYCLÉ  
ET RECYCLABLE.**

