

COUR SUPÉRIEURE

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

N° : 500-05-026039-964

DATE : 28 JUIN 2002

SOUS LA PRÉSIDENTE DE : L'HONORABLE HÉLÈNE POULIN, J.C.S.

JEAN GODBOUT,
Demandeur

c.

LOUIS E. ROY,

-et-

PAUL MAILHOT,
Défendeurs

JUGEMENT

[1] Jean Godbout occupait un emploi de machiniste qui l'obligeait à manipuler des charges relativement lourdes. Le 11 septembre 1993, alors qu'il était seul au travail, il dit s'être blessé au dos en déplaçant une de ces charges. Onze jours plus tard, sous les conseils d'un médecin, il cesse de travailler.

[2] Après s'être soumis à divers tests et examens, en janvier 1994, à la demande de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) il est examiné par le Dr Paul Mailhot, orthopédiste, puis, en février, par le Dr Louis E. Roy, neurologue. Se fondant sur les diagnostics de ces derniers, la CSST conclut que M. Godbout souffre d'une entorse lombaire et qu'il est en mesure de reprendre son travail, ce qu'il fait le 14

mars suivant. Le 3 juin 1994 (P-1, p. 74 et 86), invoquant une aggravation de son état, il quitte définitivement son emploi.

[3] M. Godbout soutient que, n'eut été de ces diagnostics erronés des docteurs Mailhot et Roy et sur la foi desquels la CSST a basé sa décision, il n'aurait pas eu à retourner au travail prématurément et n'aurait pas aggravé son état. Alléguant qu'ils auraient commis une faute, il leur réclame une indemnité d'un montant de 562 762 \$.

[4] Les docteurs Mailhot et Roy contestent l'action pour des motifs dont nous ferons état ultérieurement.

LES FAITS

[5] Le 11 septembre 1993, un samedi, pendant qu'il est seul au travail, M. Godbout se serait blessé au dos en transportant une charge d'une pesanteur approximative de 57 livres. Toutefois, il n'en avise son employeur que deux jours plus tard. Il continue en effet à travailler jusqu'au 22 septembre suivant alors que la douleur persistant, il décide de consulter un médecin de l'urgence de la Polyclinique médicale Concorde, à Laval. Après l'avoir examiné et lui avoir recommandé un arrêt de travail immédiat¹, ce médecin rédige un rapport où il note qu'entre les 13 et 18 septembre, sa condition s'est d'abord améliorée puis, détériorée par la suite.

[6] Voici, pour une meilleure compréhension du dossier, la chronologie des principaux événements.

1. De la première consultation aux examens pratiqués par les docteurs Mailhot et Roy:

- dans les jours qui suivent sa visite à la Polyclinique médicale Concorde, disant souffrir d'une irradiation de la douleur aux deux cuisses, M. Godbout y retourne et, cette fois, rencontre le Dr Réjean Vanier qui diagnostique chez lui une «entorse lombaire avec sciatalgie bilatérale» (P-1, p. 5);
- sa lombo-sciatalgie empirant, le Dr Vanier, devenu par la suite son médecin traitant, lui recommande de suivre des traitements de physiothérapie et lui prescrit une tomodensitométrie lombaire (CT-Scan) qui sera pratiquée le 12 octobre par le Dr François Morin, radiologiste;

¹ C'est parce que le 21 février 1994 la CSST mettra fin à l'indemnité de remplacement qu'elle lui versait pendant son arrêt de travail que M. Godbout recommencera à travailler le 14 mars 1994.

- à l'analyse des résultats de la tomodensitométrie, le Dr Morin constate que le «niveau L3 L4 est normal» et que le disque est «vieilli en L4 L5 avec bombement postérieur légèrement asymétrique pouvant représenter une toute petite hernie paramédiane droite sous-ligamentaire», la signification de cette hernie sous-ligamentaire restant «toutefois à déterminer». Il note aussi qu'en «L5 S1, il y a un petit rebord ostéophytique postéro-latéral gauche possiblement accompagné d'une petite hernie minime qui ne produit aucune compression» (DM-6)²;
- le 2 novembre 1993, soit moins de trois semaines plus tard, le Dr Vanier réfère M. Godbout au Dr Michel St-Pierre, orthopédiste;
- après avoir spécifié que depuis vingt ans il présente des entorses lombaires intermittentes à raison d'une par année, le Dr St-Pierre inscrit dans son rapport que l'état de M. Godbout s'est beaucoup amélioré depuis le 11 septembre 1993 (DR-21, p. 194).

Il diagnostique par ailleurs une «(l)ombalgie simple intermittente et récidivante» (DR-21, p. 194) et conclut qu'il devrait éventuellement retourner au travail dans trois à six semaines.

Même s'il lui avait suggéré de le revoir au besoin, M. Godbout ne le consulte plus par la suite;

- à cette même date, soit le 2 novembre 1993, la CSST fait droit à la réclamation que M. Godbout avait logée le 13 octobre précédent concernant cette même blessure (P-2)³;

² Le rapport du Dr François Morin (DM-6) se lit comme suit:

«Tomodensitométrie lombaire des trois derniers niveaux:

Le niveau L3 L4 est normal.

En L4 L5, le disque est vieilli avec un débord postérieur arrondi. Le discret bombement se manifeste un peu plus à droite mais ceci demeure très discret et la signification de cette petite hernie sous-ligamentaire demeure à déterminer. Il n'y a pas de sténose spinale et les trous de conjugaison demeurent bien dégagés. En L5 S1, il y a un petit rebord ostéophytique postéro-latéral gauche probablement accompagné d'une petite hernie discale. Ceci est également très discret et il n'y a pas d'évidence de compression radiculaire ni de sténose spinale. Toute la graisse périurale demeure intacte.

OPINION:

Disque vieilli en L4 L5 avec bombement postérieur légèrement asymétrique pouvant représenter une toute petite hernie paramédiane droite sous-ligamentaire. La signification de ceci demeure toutefois à déterminer. En L5 S1, il y a un petit rebord ostéophytique postéro-latéral gauche possiblement accompagné d'une petite hernie minime qui ne produit aucune compression. Le diamètre du canal osseux demeure spacieux.»

³ La CSST précise alors qu'elle fait droit à la «réclamation pour l'événement du 1993-09-11 ayant causé une entorse lombaire ainsi qu'une hernie discale au niveau L4 L5 et L5 S1».

- le 16 décembre 1993, en conformité avec les termes de l'article 204 de la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (L.A.T.M.P.)*⁴, le Dr B. Fleury, représentant de cet organisme, confie au Dr Paul Mailhot le mandat (P-4) de l'examiner.

Il lui demande en outre de lui soumettre un rapport portant sur la lésion professionnelle et de ne commenter que les questions énumérées au formulaire qu'il lui transmet⁵ en même temps.

[7] 2. Examens pratiqués et diagnostics posés par les docteurs Mailhot et Roy:

a) le Dr Mailhot:

- après avoir étudié le dossier médical de M. Godbout et la documentation que la CSST lui avait fait parvenir la semaine précédente, le 18 janvier 1994, le Dr Mailhot rencontre ce dernier;
- il prend alors connaissance des diagnostics que les docteurs Vaillancourt et Vanier ont posés de même que de la tomодensitométrie pratiquée par le Dr Morin le 12 octobre 1993;
- pendant qu'il effectue l'examen et en présence de M. Godbout, le Dr Mailhot dicte, à haute voix, ses observations de même que la description que ce dernier fait de ses symptômes;
- le Dr Mailhot note dans son rapport que M. Godbout a commencé à éprouver des problèmes de dos dès l'âge de 18 ans;

⁴ L'article 204 de la *L.A.T.M.P.* stipule que:

«**204.** La Commission peut exiger d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle qu'il se soumette à l'examen du professionnel de la santé qu'elle désigne, pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion. Le travailleur doit se soumettre à cet examen.

La Commission assume le coût de cet examen et les dépenses qu'engage le travailleur pour s'y rendre selon les normes et les montants qu'elle détermine en vertu de l'article 115.»

⁵ Plus précisément, en vertu de son mandat, le Dr Mailhot devait se prononcer sur:

- le diagnostic
- la date de consolidation;
- l'existence d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique selon le nouveau barème des dommages corporels;
- les nature, nécessité, suffisance, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits;
- l'existence de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle;
- l'évaluation des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle;
- la condition personnelle arthrosique.

- le fait que, depuis les 20 dernières années, il ait subi une trentaine de crises de lombalgie et trois accidents⁶ causant des entorses lombaires ayant nécessité des arrêts de travail d'une durée de 15 jours à sept semaines attire particulièrement son attention;
 - après avoir évalué la démarche de M. Godbout, le Dr Mailhot s'attarde plus spécifiquement à sa colonne vertébrale;
 - à la palpation, il n'identifie aucun spasme ni aucune douleur «au niveau du ligament interépineux» ou «des sacro-iliaques bilatéralement» (P-5, p. 4);
 - il déclare en outre que les flexions antérieure et latérales, l'extension et les rotations exécutées par M. Godbout sont normales et qualifie de parfaitement égaux et symétriques ses réflexes rotuliens et achilléens;
 - cet examen l'amène à conclure:
 - que ce dont M. Godbout se plaint «ne (correspond) pas à des douleurs en relation avec une sciatalgie»;
 - qu'il «souffre d'une condition de lombalgie chronique»;
 - qu'il «ne présente aucun signe d'hernie discale (mais) des disques vieillis»;
 - qu'il «n'y a pas de limitation fonctionnelle à recommander» (P-5, p. 6);
 - que les problèmes chroniques dont il souffre, seraient dus à sa condition personnelle antérieure plutôt qu'à l'événement du 11 septembre 1993.
- b) le Dr Roy:
- comme les conclusions du rapport du Dr Mailhot contredisent celles du Dr Vanier, la CSST demande au Bureau d'Évaluation Médicale (B.E.M.) de nommer un arbitre pour trancher le débat.

⁶ Ces trois accidents datent des 5 mars 1973 (P-1, p. 102), 13 mars 1979 (DM-6, p. 130) et 4 août 1986 (DM-6, p. 142).

Le Dr Louis E. Roy, neurologue, est désigné à cette fin.

Son mandat consistera à décider laquelle des opinions données par les docteurs Vanier et Mailhot doit prévaloir et ne devra porter que sur l'événement survenu le 11 septembre 1993 (DR-1);

- avant que M. Godbout ne se présente à son bureau, le Dr Roy avait analysé le dossier médical que la CSST⁷ avait préparé, le CT-Scan lombaire pratiqué par le Dr Morin le 12 octobre 1993 et diverses radiographies concernant ses problèmes de dos;
- le Dr Roy a aussi relevé les éléments importants de son histoire médicale et en a dressé un résumé manuscrit;
- pendant sa rencontre d'une durée de trente minutes avec lui, le Dr Roy s'enquiert d'abord des douleurs qu'il ressent, vérifie les radiographies qu'il lui apporte puis, bien que la loi ne l'y oblige pas, procède à son examen physique;
- M. Godbout dit alors ressentir «des douleurs à la partie antérieure des cuisses à partir des genoux et également des douleurs au niveau des creux poplités, des mollets et des talons, se propageant vers les orteils, principalement vers le premier orteil, des deux côtés» (DR-5, p. 3);
- après avoir porté une attention particulière à l'état de ses muscles paravertébraux des régions dorsale et lombaire, à sa capacité de tension, d'extension, de rotation de même qu'à ses réflexes, le Dr Roy conclut que M. Godbout souffre d'une «entorse lombaire avec discarthrose personnelle sous-jacente⁸» (DR-5, p. 5).

⁷ Ce dossier contient les rapports du médecin de la CSST, du Dr Vaillancourt, du Dr Vanier, du Dr Morand, physiatre, et du Dr Mailhot.

⁸ Plus précisément, l'examen physique effectué par le Dr Roy aurait entre autres révélé que (DR-5, p. 4 et 5):

«Il n'y a aucun spasme des muscles paravertébraux de la région dorsale ou de la région lombaire.

La mobilisation de la colonne dorso-lombaire montre que le patient peut faire 80° de flexion, 30° d'extension, 30° de flexions latérales droite et gauche et 30° de rotations droite et gauche.

Le tripode est négatif à droite et à gauche.

Le patient peut marcher sur la pointe des pieds et sur les talons. Il n'y a pas de déficit moteur au niveau des divers groupes musculaires de l'un et l'autre des membres inférieurs.

Il n'y a aucun déficit sensitif au niveau de l'un et l'autre des membres inférieurs. L'épreuve de Romberg est négative.

Les réflexes ostéo-tendineux, rotuliens sont à 1+ bilatéralement, les réflexes ostéo-tendineux, achilléens sont à 2+ bilatéralement. Les réflexes cutanés plantaires montrent un retrait bilatéral.»

3. Période postérieure aux interventions des docteurs Mailhot et Roy:

- après avoir pris connaissance du rapport du Dr Roy, le représentant de la CSST informe M. Godbout que son «indemnité de remplacement de revenu (prendra) fin le 21 février 1994 puisque (sa) lésion professionnelle est consolidée sans aucune limitation fonctionnelle (et qu'il est) donc capable d'exercer (son) emploi» (P-10);
- le 1^{er} mars 1994, par l'intermédiaire de son procureur d'alors, M. Godbout conteste cette décision;
- le 14 mars suivant, il retourne néanmoins au travail;
- le 3 juin 1994 (P-1, p. 74 et 86), il abandonne définitivement son emploi et la SSQ-vie lui versera par la suite des prestations d'assurance-invalidité;
- le 30 janvier 1995, M. Godbout subit une discoïdectomie L4-L5 et L5-S1;
- le 28 février 1995, la CSST accueille sa demande de réclamation qu'elle fait rétroagir au 27 septembre 1994 «pour la récurrence, la rechute ou l'aggravation (hernies discales L4-L5 et L5-S1)» (P-20);
- le 27 avril 1995, le Bureau de révision entérine une entente intervenue entre M. Godbout, son employeur et la CSST, dans laquelle les parties reconnaissent qu'il a souffert d'une hernie discale, que la lésion n'est pas encore consolidée, qu'il a eu besoin de soins après le 14 janvier 1994, qu'il est trop tôt pour évaluer l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles dont il souffre et qu'il a droit de recevoir des indemnités de revenu après le 21 février 1994 (P-21);
- en octobre 1996, M. Godbout intente la présente action contre les docteurs Mailhot et Roy auxquels il réclame un montant de 562 762 \$.

LES PRÉTENTIONS DES PARTIES ET LES QUESTIONS EN LITIGE

[8] Plaidant que le 10 décembre 1993 son médecin traitant avait constaté une «amélioration significative» (P-3) de son état de santé alors que le 27 juillet 1994, le Dr Lefrançois déclarait qu'il était devenu «inapte à faire (son) travail de machiniste» (P-18, p. 3), M. Godbout soutient qu'il existerait une relation de cause à effet entre la reprise de son travail en mars 1994 et la détérioration de sa santé. Puisque ce serait en raison des diagnostics erronés posés par les docteurs Mailhot et Roy qu'il aurait précipité son

retour au travail, aggravant de ce fait la blessure qu'il avait subie, il prétend que ces derniers devraient maintenant l'indemniser pour le préjudice sérieux dont il aurait, en conséquence, été la victime.

[9] Comme, affirme-t-il, ils auraient agi de mauvaise foi, de façon abusive et déraisonnable en soumettant à la CSST des rapports de complaisance où ils attribuent à un état préexistant ce qui, en fait, découlait de la blessure qu'il s'était infligée le 11 septembre 1993, ils ne peuvent bénéficier de l'immunité que leur confère la loi.

[10] Pour leur part, les docteurs Maillot et Roy invoquent avoir, en tout temps, agi dans le cadre du mandat qui leur avait été confié, n'avoir commis aucune faute et, au contraire, avoir consciencieusement respecté les règles de l'art en la matière. Alléguant qu'il n'existe aucun lien de causalité entre l'état de santé actuel de M. Godbout et les diagnostics qu'ils ont posés et consignés dans leurs rapports, ils demandent au Tribunal de rejeter l'action de ce dernier et de leur faire bénéficier de l'immunité statutaire prévue par la loi.

[11] Le présent litige soulève les questions suivantes.

1. Les docteurs Mailhot et le Roy bénéficient-ils d'une immunité statutaire ?
2. Ont-ils commis une faute en exécutant le mandat qui leur avait été confié en vertu de la *L.A.T.M.P.* ?
3. Existe-t-il un lien de causalité entre les fautes que leur impute M. Godbout, si tant est qu'ils les auraient commises, et le préjudice qu'il allègue avoir subi ?
4. Si oui, quel est le montant auquel il aurait droit ?

LA DISCUSSION ET LA DÉCISION

1. L'immunité statutaire:

[12] Le Tribunal est d'avis que, dans le cadre des mandats qui leur étaient confiés, les docteurs Mailhot et Roy bénéficiaient de l'immunité statutaire prévue à l'article 161 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*⁹, qui se lit comme suit:

«161. La Commission, les membres de son conseil d'administration, son président et chef des opérations, ses vice-

⁹ *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, L.R.Q. c. S-2.1.

présidents et fonctionnaires ne peuvent être poursuivis en justice en raison d'actes accomplis par eux de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions»,

(La soussignée souligne)

ainsi qu'à l'article 223 de la *L.A.T.M.P.* qui précise que:

«**223.** Un membre du Bureau d'évaluation médicale ne peut être poursuivi en justice en raison d'un acte accompli de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.»

(La soussignée souligne)

[13] «Pour réussir dans sa preuve, (M. Godbout) devait établir qu'il y a eu mauvaise foi ou malice, ou intention bien arrêtée de nuire de la part des défendeurs»¹⁰. À ce sujet, dans l'affaire *Lescop*¹¹, Mme la juge Morneau décidait que:

«Le requérant avait donc l'obligation de prouver non seulement l'existence d'une faute, mais également que cette faute avait été commise de mauvaise foi, avec malice ou avec l'intention bien arrêtée de lui nuire. Conséquemment, une réclamation en dommages pour atteinte à la réputation à l'encontre d'une personne bénéficiant de cette immunité, pour des actes posés de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions, sera rejetée en l'absence de preuve de mauvaise foi.

Le degré de preuve requis pour établir la mauvaise foi est extrêmement lourd pour celui qui l'allègue. (...)

(...)

Il est vrai que dans la présente cause, le docteur Daniel clame avec force la mauvaise foi de la secrétaire générale du Collège des médecins. Or, affirmer, clamer, alléguer, prétendre ne suffisent pas à établir la mauvaise foi. Encore faudrait-il la prouver. Le ton catégorique, péremptoire, de même que les propos répétitifs du requérant et/ou l'emploi de mots différents ne prouvent ni la mauvaise foi du docteur Lescop, ni même une quelconque faute de sa part.»

(La soussignée souligne)

¹⁰ *Pêcheries G.P.S. inc. c. Québec (Procureur général)*, [1990] R.R.A. 864, (C.Q. chambre civile).

¹¹ *Daniel c. Lescop*, AZ-98026570, (C.S.), p. 7.

[14] M. Godbout affirme, clame, allègue d'un ton catégorique et péremptoire¹² et de façon répétitive, que les docteurs Mailhot et Roy auraient été de mauvaise foi¹³. À cet égard, la preuve (DR-20) est à l'effet que M. Godbout utilisait abondamment l'internet pour prétendre qu'il était victime «d'un complot criminel du corps médical qui voulait «cacher» (son) atteinte à la moelle pour protéger les erreurs commise (sic) par les docteurs (sic) Louis E. Roy neurologue et membre du Bureau d'Évaluation Médicale du ministère du Travail du Québec et du docteur Paul Mailhot orthopédiste et médecin désigné de la CSST qui avaient niés (sic) la présence de hernies pour le bénéfice de la CSST.» M. Godbout dresse aussi une liste de 39 médecins qui sont intervenus dans son dossier entre 1993 et 2001 et leur attribue une note d'appréciation (DR-20)¹⁴.

[15] Sans faire l'énumération exhaustive des étapes qu'ils vont suivre avant, pendant et après l'examen de M. Godbout puisqu'elles seront ultérieurement expliquées, le Tribunal estime que les docteurs Mailhot et Roy ont rempli leur mandat de façon exemplaire. Ils ont, notamment, étudié son dossier avant de le rencontrer, porté attention aux symptômes qu'il leur a décrits, pris connaissance des blessures antérieures à l'événement survenu le 11 septembre 1993, tenu compte de la médication qui lui aurait été prescrite, des traitements et des autres mesures thérapeutiques auxquelles il aurait été soumis et procédé à son examen physique même si, en ce qui concerne le Dr Roy, cette étape n'était pas requise en vertu du mandat qui lui avait été confié.

[16] Le Tribunal est d'avis que non seulement la preuve est prépondérante à l'effet qu'aucun reproche ne puisse leur être adressé, mais qu'il n'existe aucun élément lui permettant de conclure que les docteurs Mailhot et Roy auraient agi avec mauvaise foi,

¹² Il appert de la preuve qu'il ne s'agissait pas là de la première manifestation de M. Godbout à cet égard. En effet, sa «Déclaration» comme son témoignage confirment qu'il a multiplié les démarches afin de faire connaître son insatisfaction entre autres aux sénateurs, députés provinciaux, fédéraux, européens (français, suisses, belges) et africains francophones, membres de O.N.U. et du Bureau international du travail de même qu'à Sa Majesté la Reine d'Angleterre, au Lieutenant Gouverneur et au ministre de la justice en leur écrivant relativement à la présente affaire.

¹³ M. Godbout a antérieurement agi d'une façon analogue à l'égard d'autres médecins (DR-20). En effet, dans une liste qu'il dresse, il identifie 39 médecins qui l'ont traité entre 1993 et 2001. Après avoir souligné leur spécialité et mentionné leur nationalité, il leur attribue une note d'appréciation qui peut se résumer comme suit:

Voleurs = 3	Excellents = 3
Criminels = 12	Bien = 7
Pas d'éthique = 2	Moyen = 1
Bandits = 3	Timides = 2
Pourri = 1	Présentant un bon départ = 1
Corrompu = 1	
Cachotiers = 3	
Ordures = 1	

Il modifiera son évaluation du Dr Lefrançois après son témoignage pour lui accorder la note «Bien» au lieu de «Pas d'éthique» qu'il lui avait attribuée au départ.

¹⁴ Supra, note 13.

malice et intention de nuire à M. Godbout. Au contraire, ils ont, consciencieusement, respecté les règles de l'art et effectué leur travail en allant même au-delà des standards habituels requis par la doctrine et par la jurisprudence. Le Tribunal a d'ailleurs été impressionné par la sobriété, la clarté, la précision et l'objectivité de leurs témoignages.

[17] Ce motif serait, à lui seul, suffisant pour que l'action soit rejetée.

[18] Mais il y a plus.

[19] Pour le cas où d'autres instances seraient appelées à se pencher sur la présente affaire, le Tribunal estime opportun d'élaborer quelque peu quant à la question de la responsabilité des docteurs Mailhot et Roy que soulève M. Godbout.

2. Quelques commentaires concernant la responsabilité des docteurs Mailhot et Roy alléguée par M. Godbout:

A. la preuve:

a) le Dr Mailhot:

[20] La preuve a révélé que bien avant le 11 septembre 1993, M. Godbout souffrait de problèmes lombaires¹⁵ et avait consulté plusieurs médecins relativement à cette question. La note que le Dr Vanier inscrivait déjà dans ses observations, le 28 septembre 1993 (P-1, p. 5), de même que l'expertise rédigée par le Dr Lefrançois le 27 juillet 1994 (P-18) sont éloquentes à cet égard.

[21] Lors de sa rencontre du 18 janvier 1994 avec M. Godbout, le Dr Mailhot est déjà au courant:

- que ce dernier savait son dos fragile;
- qu'il aurait attendu plus de 10 jours avant de se rendre à la Polyclinique;

¹⁵ À ce sujet et à titre d'exemples, voici une série d'événements reliés aux problèmes lombaires de M. Godbout. Il a vécu une période d'arrêt de travail à partir du 5 mars 1973 (DM-6, p.125), a passé une radiographie le 16 mars 1973 (DM-6, p. 117), a été référé au Dr Ledoux, orthopédiste, le 26 avril 1973 (DM-6, p. 118), a reçu une infiltration le 17 mars 1973 (DM-6, p.123), a été en congé à cause d'une entorse lombaire le 13 mars 1979 (DM-6, p. 130) et a alors été hospitalisé (DM-6, p. 132), se serait à nouveau blessé le 4 août 1986 (DM-6, p. 142), a rencontré le Dr Morcos à cause d'une entorse lombaire sévère le lendemain (DM-6, p. 144) puis a été hospitalisé du 18 au 22 août 1986 (DM-6, p. 145), a passé un CT-Scan en Floride le 25 août 1987 (P-1, p. 5) et consulté des professionnels pour les mêmes problèmes le 20 juin 1992 (P-1, p. 48).

- que, pendant ce temps, il continue à manipuler de lourdes charges.

[22] Si, comme en témoignera l'expert Drouin, neurologue, l'accident lui avait causé une hernie discale, il aurait nécessairement été incapable de travailler et se serait immédiatement plié à un traitement approprié. Le Dr Mailhot est aussi du même avis.

[23] Quoiqu'il en soit, le 18 janvier 1994, il examine M. Godbout en suivant scrupuleusement les étapes prescrites par la CSST pour un tel examen¹⁶.

[24] Diagnostiquant une entorse lombaire, le Dr Mailhot explique qu'il écarte l'hypothèse de la hernie discale parce que selon son évaluation, M. Godbout souffrait d'une discarthrose vertébrale, de disques vieilliss et d'une asymétrie des facettes au niveau de L5-S1. Pour en arriver à cette conclusion, il se fonde sur ce qu'il appelle «huit considérations» qu'il énumère et décrit comme suit:

- les faits entourant l'accident:

M. Godbout ne déclare l'événement que deux jours après qu'il soit survenu, continue à travailler pendant 10 jours et ne consulte un médecin que le 22 septembre suivant.

S'il avait souffert d'une hernie discale, affirme-t-il, son état aurait été tel qu'il aurait été trop souffrant pour travailler et qu'il aurait consulté d'urgence un médecin;

- la symptomatologie:

M. Godbout se plaint d'irradiation de la douleur de la face antérieure et interne des cuisses jusqu'aux genoux et parfois jusqu'aux creux poplités.

¹⁶ Notamment, lors de l'examen, il:

- prend connaissance des diagnostics antérieurs;
- dicte à haute voix et en sa présence les symptômes que M. Godbout lui décrits;
- tient compte des antécédents relatifs à la lésion professionnelle alléguée;
- s'enquiert des traitements, de la médication et des autres mesures thérapeutiques médicales et chirurgicales antérieurement prescrits;
- procède à un examen physique en rapport avec la lésion professionnelle et tente de dépister les signes significatifs qui s'y rattachent;
- interprète les radiographies et les examens de laboratoire inclus au dossier;
- étudie la nécessité de lui imposer des limites fonctionnelles;
- établit son diagnostic à partir des mêmes éléments orthopédiques dont se sont servis le Dr Newman et le Dr St-Pierre, spécialisés dans le même domaine.

Selon le Dr Mailhot, cette description comporte les caractéristiques d'une entorse lombaire puisque les douleurs causées par une hernie discale se situent plutôt en avant de la jambe, en bas du genou, à l'arrière du mollet et à la plante des pieds;

- les diagnostics contemporains des autres médecins:

les deux premiers diagnostics, soit ceux des docteurs Vaillancourt et Vanier, concluaient à une entorse lombaire. Après avoir pris connaissance du résultat du CT-Scan effectué le 12 octobre 1993, le Dr Vanier modifie toutefois son opinion: il parlera alors d'une «entorse lombaire (avec) hernies discales probables» (DM-6, p. 186).

Le Dr Mailhot est formel: les résultats du CT-Scan doivent toujours être subordonnés aux examens cliniques subjectif et objectif, ce qui n'est pas le cas en l'espèce puisque l'opinion du Dr Vanier ne s'appuie sur aucun test objectif;

- les antécédents:

les 30 épisodes d'entorse lombaire subis par M. Godbout dans le passé militent en faveur de ce même diagnostic, estime-t-il;

- les modes de traitement:

après le 11 septembre 1993, M. Godbout continue à travailler et la médication prescrite (anti-inflammatoires) à cette époque laisse présumer qu'il n'était pas très souffrant.

De plus, après six semaines de traitements de physiothérapie, son état s'est amélioré de 80 % et après huit semaines, de 80 à 90 %. Il abandonne ses traitements par la suite.

Une telle évolution est typique d'une entorse lombaire, selon le Dr Mailhot;

- l'investigation:

cette étape permet au médecin de déterminer la gravité de l'état du patient. Dans le cas de M. Godbout, le Dr Mailhot établit que l'investigation conduit au diagnostic d'entorse lombaire;

- conclusions du Dr St-Pierre:

le 9 novembre 1993, soit avant que le résultat du CT-Scan ne soit connu, le Dr St-Pierre, orthopédiste, examinait M. Godbout et concluait alors que ce dernier souffrait d'une «lombalgie simple intermittente et récidivante» (DR-21, p. 194), ce qui correspondait au diagnostic du Dr Mailhot;

- l'examen objectif (le plus important, selon le Dr Mailhot):

cet examen révèle que:

- à la palpation, M. Godbout ne présente ni spasme ni douleur au niveau des sacro-iliaques «bilatéralement»;
- les flexions antérieures et latérales, l'extension et la rotation sont normales;
- les signes de Lasègue¹⁷ sont négatifs;
- les réflexes rotuliens et achilléens sont parfaitement égaux et symétriques.

[25] En plus, selon son analyse, M. Godbout ne présente aucun déficit neurologique ni aucune tension radiculaire. Comme le diagnostic d'une hernie discale ne correspond pas à son examen clinique (P-1, p. 44), le Dr Mailhot conclut que M. Godbout souffre d'une entorse lombaire améliorée et que sa douleur n'est ni de nature sciatique ni causée par une hernie discale¹⁸.

¹⁷ Ce test, qui est aussi appelé «Straight Leg Raise», permet au médecin de vérifier la tension radiculaire.

¹⁸ Il est intéressant de retenir qu'à la demande de l'employeur de M. Godbout, le Dr Nicholas Newman, chirurgien-orthopédiste, rencontrera ce dernier le 8 avril 1994 et établira le même diagnostic. Selon lui, en effet les nombreuses douleurs que M. Godbout décrit sont atypiques d'une hernie L4-L5 ou L5-S1.

À cet égard, précisons que le Dr Newman note, comme l'avait fait avant lui le Dr Mailhot, que l'examen objectif révèle que M. Godbout:

- marche avec facilité sur les talons et sur la pointe des pieds;
- s'accroupit et se relève sans faiblesse musculaire;
- effectue la flexion globale du tronc, l'extension, la rotation et l'inclinaison normalement;
- ne signale aucun spasme musculaire au niveau para-lombaire.

De plus:

- les réflexes de ses quadriceps, bien que diminués, sont symétriques et ses réflexes plantaires et ses tendons d'Achille sont normaux;
- son test du «Straight Leg Raise» en position assise est normal;
- sa force motrice est d'au moins IV/V dans tous les groupes moteurs des deux membres inférieurs;
- la circulation et la sensibilité sont normales dans ses deux pieds (P-1, p. 42).

Vu la condition symptomatique dégénérative et l'obésité dont il souffre, il lui suggérera d'éviter de manipuler, sans aide, des charges excédant 50 livres (P-1, p. 45).

b) le Dr Roy:

[26] Membre du B.E.M., le Dr Roy a pour sa part été mandaté pour trancher entre les diagnostics divergents auxquels en étaient arrivés les docteurs Vanier, médecin traitant de M. Godbout, et Mailhot, orthopédiste nommé par la CSST.

[27] Le 8 février 1994, soit le matin de leur rencontre, le Dr Roy prend connaissance du dossier que la CSST lui avait fait parvenir et rédige quatre pages de notes manuscrites (DR-4) avant de commencer l'entrevue. Il reprend d'abord et explique ensuite, de façon détaillée, la démarche que les docteurs Vanier et Mailhot ont effectuée avant de prononcer leur diagnostic.

[28] L'entretien du Dr Roy avec M. Godbout durera 30 minutes, la première étape (20 minutes) portant sur l'histoire médicale que ce dernier lui présente et la seconde sur l'examen médical proprement dit. Tel que l'illustre son rapport, le Dr Roy commente chacun des cinq sujets sur lesquels, selon les termes de son mandat, il doit donner son appréciation relativement à l'événement survenu le 11 septembre 1993.

[29] Lors de l'examen, M. Godbout lui déclare éprouver «des douleurs à la partie antérieure des cuisses à partir des genoux et également des douleurs au niveau des creux poplités, des mollets et des talons, se propageant vers les orteils, principalement vers le premier orteil, des deux côtés» (DR-5, p. 3). Bien qu'il n'y était pas tenu, le Dr Roy procède par la suite à un examen physique de M. Godbout¹⁹.

[30] Après l'examen, il conclut que ce dernier souffre d'une «entorse lombaire avec discarthrose personnelle sous-jacente» (DR-5, p. 5). À la suite de l'analyse qu'il fait de la cueillette des données subjectives, le Dr Roy est d'avis que la douleur que M. Godbout ressent n'est pas reliée à L4-L5 ou à L5-S1 puisqu'il ne manifeste aucun signe d'irradiation aux racines ni aucun signe déficitaire moteur et sensitif. Ses réflexes seraient, de plus, normaux. D'ailleurs, ajoute le Dr Roy, les rapports des autres médecins convergent dans le même sens. Aucun élément ne lui permettrait donc de diagnostiquer une atteinte permanente justifiant l'imposition d'une limitation fonctionnelle. Terminant d'ailleurs son témoignage sur cette question, il explique que si M. Godbout a travaillé pendant une semaine et demie après avoir subi son accident, c'est qu'il n'était certes pas lourdement handicapé. Le Dr Roy est catégorique: «Le 11 septembre 1993, M. Godbout s'est fait une entorse, point».

¹⁹ Entre autres, lors de cet examen, il:

- vérifie sa tension artérielle, son rythme cardiaque, son équilibre et l'état de sa démarche;
- lui demande de marcher sur la pointe des pieds et sur les talons;
- lui fait soulever la cuisse et le genou puis fléchir les chevilles;
- porte une attention particulière à la symétrie de ses réflexes rotuliens et achilléens;
- palpe sa colonne.

c) les expertises:

[31] Lors de l'audition, chacun des médecins a fait entendre un expert alors que M. Godbout n'en a présenté aucun. Pour les fins de la présente affaire voici ce que le Tribunal retient tant de leur rapport que de leur témoignage.

- le Dr Paul-Émile Renaud, chirurgien-orthopédiste:

[32] Dès le début de son témoignage le Dr Renaud a affirmé que le Dr Mailhot a rédigé «de façon logique» son rapport d'évaluation médicale à l'intention de la CSST²⁰ à la suite de l'examen de M. Godbout qu'il a pratiqué le 18 janvier 1994. Pour en arriver à cette conclusion, il explique que ce dernier:

- a étudié le dossier de M. Godbout;

²⁰ Commentant en effet l'examen effectué par le Dr Mailhot, le Dr Renaud mentionne notamment qu'il a:

- fait une bonne description de la problématique en précisant qu'il devait déterminer si M. Godbout souffrait d'une entorse lombaire ou d'une hernie discale;
- questionné ce dernier quant aux symptômes qu'il ressentait tout en dictant au fur et à mesure et à haute voix, à l'aide d'un dictaphone, les réponses qu'il donnait;
- porté son attention sur les éléments pertinents pour établir son diagnostic;
- relevé les antécédents pertinents du patient;
- énuméré la médication, les traitements et les consultations inscrites au dossier;
- procédé adéquatement et selon les règles de l'art à l'examen physique de M. Godbout.
À cette fin, il
 - vérifie plus particulièrement la présence de signes neurologiques permettant de déterminer s'il fallait conclure à une hernie discale, à des problèmes lombaires ou à d'autres types d'atteintes;
 - évalue les amplitudes articulaires de la colonne;
 - cherche les limitations de la colonne lombaire, les spasmes, les douleurs dont M. Godbout pourrait souffrir;
 - établit si les racines L5 et S1 sont atteintes par compression ou par lésion;
 - s'enquiert particulièrement des douleurs existantes à la partie antérieure de la jambe (racine L5) et aux muscles, à l'arrière de la jambe, aux mollets, à la pointe des pieds (racine S1);
 - fait passer à M. Godbout des tests de motricité.
Aussi lui demande-t-il de marcher sur les talons (racine L5) et sur la pointe des pieds (racine S1);
 - tente de découvrir le degré de sensibilité de M. Godbout bien que, en l'absence d'atteinte motrice, l'atteinte sensitive ne constitue pas en elle-même un signe de compression radiculaire, précise-t-il;
 - lui fait passer le test de Lasègue (mise en tension radiculaire);
 - s'assure de la qualité de ses réflexes rotuliens et achilléens (racine S1);
 - contrôle sa force musculaire en lui faisant relever l'avant-pied (racine L4) et le premier orteil (racine L5);
 - mesure ses quadriceps.

- a examiné ce dernier;
- lui a posé les questions pertinentes;
- s'est attardé aux items 1 à 11 du formulaire fourni par la CSST tel que son mandat lui demandait de le faire;
- a complété le questionnaire en relation avec l'événement survenu le 11 septembre 1993;
- a traité de tous les faits sur lesquels il fonde son diagnostic.

[33] Selon le Dr Renaud, dans le cadre de l'identification d'une hernie discale, le Dr Mailhot a procédé à un examen très complet de M. Godbout. Comme il ne relève aucune atteinte des racines L4, L5 et S1 et qu'il estime qu'elles ne sont ni affectées ni comprimées, il est d'avis que le Dr Mailhot a posé le bon diagnostic en concluant qu'il n'avait pas été victime d'une hernie discale, d'autant plus que les douleurs dont il se plaignait n'étaient pas compatibles avec celles résultant d'une telle hernie.

[34] Après avoir expliqué que «l'imagerie» (soit les éléments dégagés par la radiographie, la tomodensitométrie, la résonance magnétique, l'EMG et la myélographie) doit servir à orienter l'examen clinique objectif, le Dr Renaud ajoute que les résultats qu'elle présente doivent toujours être corroborés par l'examen physique, à défaut de quoi, elle perd sa valeur de diagnostic (DM-8). Or, comme le résultat du CT-Scan identifie des hernies sous-ligamentaires qui ne compriment pas les racines pertinentes, en l'absence d'un examen clinique démontrant une lésion objective, la tomodensitométrie ne peut pas, selon lui, avoir de valeur de diagnostic. D'ailleurs si le 2 novembre 1993, le Dr St-Pierre, orthopédiste, a recommandé à M. Godbout de faire «des activités physiques progressives à alterner avec le repos et la chaleur» (DR-21, p. 194) c'est sûrement qu'il n'avait pas diagnostiqué une hernie discale puisque ces exercices n'auraient pas alors été appropriés. C'est aussi ce qu'établissent le Dr Morand lors de l'examen qu'il pratique le 26 janvier 1994 (P-6), le Dr Roy, le 8 février 1994 (P-9), le Dr Lefrançois, le 18 mars 1994 et le Dr Newman, le 8 avril 1994 (P-1, p. 44), qui n'ont relevé aucun signe objectif d'une hernie discale.

[35] Le Dr Renaud conclut donc que le Dr Mailhot ne pouvait en arriver à un diagnostic autre que celui qu'il a prononcé et que son expertise est, en tous points, inattaquable. Enfin, précise-t-il, bien que M. Godbout affirme en avoir constaté les symptômes antérieurement à son opération du 30 janvier 1995, cela ne signifie pas pour autant que les hernies discales détectées par le CT-Scan pratiqué en octobre 1993, en étaient la cause. Si tel avait été le cas, explique-t-il, à la suite de l'opération qu'il a subie, ces manifestations auraient disparu et les douleurs se seraient estompées,

ce qui n'a pas été le cas. D'après l'expert, il était donc logique que le Dr Mailhot arrive à la conclusion que M. Godbout ne montrait pas de signe d'atteinte permanente et qu'il n'y avait pas lieu d'établir de limitation fonctionnelle. Voici ce que le Dr Renaud écrit d'ailleurs à ce sujet (DM-1, p. 4):

«Je ne crois pas que le Dr Mailhot ait tiré une fausse conclusion dans les circonstances, car en présence d'un examen dans les limites de la normale, sans lésion objectivable sur le plan musculo-squelettique, neurologique et vasculaire, et en considérant une histoire de lombalgie chronique depuis plusieurs années, les conclusions qu'il a tirées étaient tout à fait logiques et dans les règles de l'art.»

[36] Le Dr Renaud ne fera par ailleurs que de brefs commentaires concernant le rapport rédigé par le Dr Roy, son mandat étant plutôt de commenter celui du Dr Mailhot.

[37] Après avoir affirmé qu'il avait pris connaissance du rapport du Dr Roy, il confirmera néanmoins que celui-ci s'est attardé aux faits survenus le 11 septembre 1993. Vu son analyse et vu qu'à l'examen physique M. Godbout ne montrait aucun signe objectif d'une hernie discale, le Dr Renaud précise qu'il n'était pas possible que le Dr Roy conclue autrement que ne l'avait déjà fait le Dr Mailhot. Aussi, selon lui, l'expertise de ce dernier respectait-elle les règles de l'art. Puis, il clôt son rapport comme suit (DM-1, pp. 12 et 13):

«Dans ces circonstances, les Docteurs Mailhot et Roy en particulier avaient tout à fait raison de parler de lésion de dégénérescence discale, et de diagnostic d'entorse lombaire en relation avec l'événement du mois de novembre (sic) 1993.

(...)

(...)

(...) la preuve est faite au dossier, que si les lésions discales décrites par le Dr Lefrançois avaient été responsables des problèmes présentés par M. Godbout, une fois les problèmes enlevés, c'est-à-dire une fois les discoïdectomies faites, il est à penser que M. Godbout aurait évolué favorablement. Il appert que le contraire s'est produit, et que M. Godbout est selon son médecin traitant, le Dr Vanier, devenu à toute fin pratique invalide.

Cette conclusion du Dr Vanier est certainement surprenante si la cause de son invalidité est celle qui a été traitée chirurgicalement par le Dr Lefrançois. Il faut conclure que la cause de l'invalidité de M. Godbout était donc autre puisqu'une fois les discoïdectomies réalisées, la situation du patient ne s'est pas améliorée et a plutôt empiré si l'on accepte les allégations du Dr Vanier.»

- le Dr Patrice Drouin, neurologue:

[38] Dès le début de son témoignage, le Dr Drouin a indiqué qu'il avait pris connaissance du dossier de M. Godbout ainsi que des informations qui s'y étaient ajoutées depuis que les docteurs Mailhot et Roy avaient préparé leurs expertises, soit les 18 janvier et 8 février 1994. Il dit avoir aussi consulté les clichés et les CT-Scan et, le 20 mars 2000, en avoir discuté avec le Dr François Laroche, neuro-radiologiste²¹.

[39] Après avoir affirmé que le diagnostic du Dr Roy ne comportait aucune erreur, le Dr Drouin précise que ce dernier, de façon méthodique et détaillée, explique pourquoi il fait subir une batterie de tests à M. Godbout. D'accord avec l'expert Renaud lorsqu'il établit qu'au moment où le Dr Roy rédige ses conclusions «il manquait tout pour pointer de façon adéquate une hernie discale», le Dr Drouin écrit ce qui suit (DR-11, p. 11 et 12):

«De cette évaluation du docteur Roy, il faut dire qu'elle a été faite dans les normes, qu'il a pris connaissance de tous les documents qui étaient présents au dossier à l'époque, il a refait l'historique à partir du dossier et du questionnaire du malade. Son examen clinique ne montrait pas de signes cliniques de hernie discale. Son examen était superposable à celui du docteur Paul Mailhot et aussi superposable à celui du docteur St-Pierre. Aucun de ces médecins n'avait retrouvé de signes cliniques d'une hernie discale. De plus, le Dr Roy ne voyait pas de signe ou hernie discale sur les CT-Scan bien qu'il voyait des signes de discarthrose.

(...)

Les conclusions qu'il a émises sont tout à fait cohérentes avec toute la description clinique, radiologique et l'historique de même que son examen neurologique, qui est objectivement normal. Avoir conclu différemment eut été une extrapolation injustifiée.»

(La soussignée souligne)

[40] Voilà pourquoi le Dr Drouin ne changerait pas «un mot de ce qu'il y a d'écrit» dans les rapports des docteurs Mailhot et Roy et qu'il réitère les conclusions de son rapport d'expertise, étant convaincu, dit-il, que les problèmes décrits par M. Godbout, découlent du vieillissement et de la dégénérescence des disques L4-L5 et L5-S1. Plus encore, tranche-t-il enfin, si le 11 septembre 1993, M. Godbout s'était infligé une hernie discale, il aurait été complètement incapable de soulever des poids allant jusqu'à 57 livres comme il dit l'avoir fait dans les jours qui ont suivi son accident. Au contraire, il aurait dû observer un repos absolu et aurait eu besoin de prendre une médication autre

²¹ Il sera plus amplement fait état de l'expertise rédigée par le Dr Laroche ultérieurement, soit dans la section du jugement intitulée «d) la réouverture d'enquête».

que les anti-inflammatoires que le Dr Vaillancourt lui avait prescrits pour soulager sa douleur.

[41] M. Godbout allègue encore que dès le 12 octobre 1993, dans son rapport, le Dr Morin, radiologiste, soulevait l'hypothèse de hernies discales à L4-L5 et à L5-S1. Après avoir analysé les radiographies avec le Dr Laroche²² et discuté des conclusions auxquelles il arrivait alors, le Dr Drouin s'exprime comme suit (DR-11, p. 17) à ce sujet:

«Si l'on compare l'interprétation du Dr Laroche avec celle du Dr Morin, on se rend compte qu'il y a certaines divergences d'opinion, ce qui montre bien que les clichés radiologiques n'étaient pas «une preuve évidente» de hernies discales comme le prétend M. Godbout. Il n'est donc pas surprenant que le Dr Roy ait penché du côté de l'absence de hernies discales compte tenu de son interprétation de ces clichés.»

(La soussignée souligne)

[42] Puis, le Dr Drouin conclut (DR-11, pp. 20 et 21):

«En date du 08 février 94, un diagnostic de hernie discale ne pouvait pas être établi sur une base clinique. La tomodensitométrie du 12 octobre 93 ne concluait pas à la présence d'une hernie discale. Cet examen montrait un bombement diffus au niveau de L4-L5 alors qu'à L5-S1, on notait en postéro-latéral gauche un petit rebord ostéophytique où l'on décrivait qu'il y avait aussi possiblement une petite hernie minime qui ne produisait pas de compression (ni sur le sac dural, ni sur la racine au niveau du trou de conjugaison). On a vu à la révision des clichés radiologiques que l'interprétation d'un autre radiologiste qui connaissait pourtant des résultats ultérieurs à la première tomo, pouvait être différente et on a même vu que la myélotomo de juin 94 ne supportait pas les soupçons soulevés à la première tomo d'octobre 93. D'ailleurs, le rapport du Dr Morin était loin d'être affirmatif. Les termes utilisés étaient ceux de «pouvant présenter», «toutes petites hernies», «discret bombement», «très discrète prépondérance droite», «la signification demeure toutefois à déterminer».

Le Dr Roy, qui connaissait l'état clinique du patient et qui n'avait pas retrouvé de signe de hernie discale et qui de plus connaissait la longue histoire antérieure, était tout à fait en droit de conclure qu'il s'agissait d'une entorse lombaire avec discarthrose personnelle sous-jacente.

En somme, en date du 08 février 94, le docteur Roy n'avait pas les éléments cliniques pour pouvoir conclure à une double hernie discale et les examens radiologiques, qu'il avait en sa possession, étaient loin d'être affirmatifs comme le prétend monsieur Godbout.

(...)

²² Supra, note 21.

Monsieur Godbout allègue que sa condition a été aggravée parce qu'il a travaillé sans limitation fonctionnelle pendant quelques mois, travail qu'il n'a pas été capable de faire en raison des douleurs. Pourtant, nous n'avons pas au dossier de preuves évidentes qu'il y a eu aggravation clinique de sa condition.

Si l'on compare la tomodensitométrie du 12 octobre 93 avec celle du 23 juin 94 qui a suivi immédiatement la myélographie, on ne peut, à la lecture du rapport ni à la révision de films, se convaincre qu'il y a eu aggravation de sa condition. En effet, à l'espace L4-L5, on n'a qu'un léger bombement central du disque sans signe de hernie discale et sans signe de compression radiculaire.

À L5-S1, on dit encore une fois qu'il n'y a pas de hernie discale mais qu'il y a des calcifications. On note toutefois que le sac dural est un peu écarté et qu'il n'est pas impossible qu'il y ait une hernie discale sous-jacente. Sur ce rapport, on dit que la racine gauche est un peu déportée postérieurement mais la myélographie faite précédemment n'avait pas démontré d'amputation des gaines des racines.

Nous avons donc bien peu d'éléments pouvant faire suspecter que sa condition s'est véritablement aggravée pendant la période où il a travaillé.

Le diagnostic était donc loin d'être évident comme prétend monsieur Godbout.»

(La soussignée souligne)

d) la réouverture d'enquête:

[43] Le 17 janvier 2002, soit deux jours après que le Tribunal ait pris l'affaire en délibéré, M. Godbout requérait, par écrit, la réouverture de l'enquête. À la demande du Tribunal, le 4 février 2002 il faisait signifier aux défendeurs une requête en ce sens qu'il a présentée le 2 avril dernier.

[44] M. Godbout y allègue que depuis le 15 janvier, soit depuis la date à laquelle la cause avait été prise en délibéré, il avait «découvert une preuve nouvelle», soit que l'expertise du Dr Laroche (DR-19) produite dans le cadre de la défense offerte par le Dr Roy, constituait «un faux». Plus précisément, après avoir souligné que l'expertise datée du 20 mars 2000 n'était pas signée, il la décrit comme étant «fausse et mensongère». Il affirme aussi que le Dr Laroche n'a «jamais analysé lesdits films (de la tomodensitométrie) puisque ceux-ci sont en (sa) possession, depuis avril 1999». Il ajoute de plus qu'«il n'existerait pas de copie» de ces clichés. Aussi demande-t-il «la réouverture de l'enquête pour faire entendre des témoins concernant cette nouvelle preuve».

[45] Le matin de l'audition, comme ils l'avaient d'ailleurs annoncé lors d'une conférence téléphonique tenue le 6 mars 2002, les procureurs des docteurs Mailhot et Roy ont indiqué qu'ils n'entendaient pas s'opposer à la présentation de la requête mais qu'ils se réservaient le droit de contester les prétentions de M. Godbout quant au mérite de sa demande.

[46] M. Godbout a alors fait témoigner Mme Odette Pronovost, secrétaire-réceptionniste au centre de radiologie Tomodensitométrie Concorde inc. depuis avril 2000, et M. René Abran, témoin des recherches qu'il a effectuées. Lors des interrogatoires en chef de ces derniers, le Tribunal a, à plusieurs reprises et au grand déplaisir de M. Godbout, maintenu des objections faites par le procureur du Dr Roy.

[47] Tel qu'il appert du procès-verbal de cette audition, le procureur du Dr Roy s'est objecté, et à juste titre, à plusieurs questions posées par M. Godbout alors qu'il contre-interrogeait le Dr François Laroche, son premier témoin. Le Tribunal a maintenu les objections afin de limiter l'interrogatoire à «la preuve nouvelle» annoncée par la requête «en réouverture des débats». Irrité et clamant qu'il s'agissait là d'une «parodie de justice»²³, M. Godbout a alors quitté précipitamment la salle d'audience. Après une pause d'environ 20 minutes, le Tribunal a permis au procureur du Dr Roy de compléter sa preuve en l'absence de M. Godbout, non sans s'être préalablement assuré que ce dernier avait dûment été appelé.

[48] Il ressort de la preuve présentée en défense et plus particulièrement des témoignages du Dr Laroche et de Mme Caschetto, adjointe juridique à l'emploi de la firme du procureur de ce dernier, que:

1. le Dr Laroche a bel et bien préparé le rapport daté du 20 mars 2000 (DR-19);
2. il a signé ce document dans les jours qui ont suivi son envoi au procureur du Dr Roy, tel que l'indique la note de sa secrétaire datée du 3 avril 2000 (Avis de communication d'un rapport d'un témoin expert (DR-19), daté du 5 avril 2000).

Comme ce fait était déjà connu de M. Godbout le 7 janvier 2002, soit dès le début de l'audition, le Tribunal est d'avis que, faute de l'avoir soulevé en temps utile, il n'y a pas lieu de discuter davantage de cette question à cette étape-ci du procès;

3. pour préparer son expertise datée du 20 mars 2000, le Dr Laroche a eu en mains les clichés de la tomodensitométrie lombaire pratiquée le 12

²³ Supra, note 12.

octobre 1993 par le Dr François Morin, radiologiste au centre de Tomodensitométrie Concorde inc.²⁴.

[49] Bien que M. Godbout soutienne que le Dr Laroche n'ait pas pu avoir en sa possession les clichés auxquels il réfère dans sa requête «en réouverture des débats» et malgré le fait qu'il ait clamé lors de la présentation de sa requête que l'audition était une «parodie de justice», le Tribunal conclut de la preuve faite que le Dr Laroche a bien

²⁴ Voici à ce sujet la chronologie des événements qui ont permis au Dr Laroche de prendre connaissance des clichés, tel que la preuve l'a révélé le 2 avril 2002:

- lors d'une visite du Dr Drouin au bureau du Dr Laroche, le premier, qui avait en mains les 8 clichés réalisés le 12 octobre 1993, les transmet à ce dernier;
- la preuve a en outre révélé que le Dr Drouin les avait obtenus de la façon suivante:
 - le 11 novembre 1997, Mme Caschetto, adjointe juridique du procureur du Dr Roy, écrit au procureur qui représentait M. Godbout à l'époque afin de lui demander de faire signer à son client les «Consentements» qui lui permettront d'avoir accès au dossier médical de ce dernier (DRR-2, onglet 1);
 - le 30 novembre 1997, M. Godbout signe ces «Consentements» et plus précisément celui en vertu duquel il autorise «le Dr François Morin et/ou le centre de Tomodensitométrie Concorde inc., à transmettre à l'étude légale LAVERY, de BILLY, une complète et intégrale de (son) dossier à leur centre, incluant, le cas échéant, reproduction de tout clichés radiologiques ou examens spécialisés» (DRR-2, onglet 2);
 - le 16 décembre 1997, Mme Caschetto demande au centre de Tomodensitométrie Concorde inc. de lui faire parvenir «copie complète et intégrale» du dossier de M. Godbout, incluant «reproduction des clichés de radiologie et examens spécialisés». Mme Caschetto inclut alors à son envoi le consentement signé à cet effet par M. Godbout le 30 novembre 1997;
 - le 6 janvier 1998, le centre lui fait parvenir le «Rapport de consultation», sans cependant inclure les images demandées. Le 28 janvier 1998, lors d'un entretien téléphonique, Mme Caschetto demande à une personne prénommée Danielle de lui transmettre les originaux des clichés et prend note de cette conversation (DRR-2, onglet 4);
 - le 9 février 1998, soit après les avoir reçus, Mme Caschetto donne mandat à l'entreprise Radiologie Varad de reproduire deux séries de 8 clichés originaux de tomodensitométrie, dont 8 d'une tomodensitométrie réalisée le 12 octobre 1993, (DRR-2, onglet 5). Cette reproduction, qui a coûté 110,42 \$, a été payé par un chèque émis le 12 février 1998;
 - le travail ayant été exécuté et les films lui ayant été retournés, le 11 février 1998, Mme Caschetto transmet les deux séries de clichés (DRR-2, onglet 6) au centre de Tomodensitométrie Concorde inc.;
 - le 15 octobre 1999, Mme Caschetto envoie au Dr Drouin, neurologue, les clichés qu'il remettra au Dr Laroche lors de leur rencontre concernant l'expertise qu'il préparera le 20 mars 2000. L'étude du Dr Laroche étant terminée, le 14 juin 2000, le Dr Drouin retourne au procureur du Dr Roy «tous les documents radiologiques (...) incluant les CT-Scan et la résonance magnétique» (DRR-2, onglet 7) qu'il avait eus en sa possession. Ce sont ces clichés qui ont été déposés lors de l'audition tenue le 2 avril 2002 (DRR-2, onglet 8).

pris connaissance des films auxquels ce dernier réfère dans sa requête. Aussi le Tribunal estime-t-il que l'expertise du Dr Laroche n'est pas fautive comme M. Godbout le prétend.

[50] Il n'y a donc pas lieu de la retirer du dossier.

B. le droit:

[51] En responsabilité médicale comme en toute poursuite en responsabilité civile, le demandeur a le fardeau de la preuve. Il appartenait donc à M. Godbout de convaincre le Tribunal de l'existence d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité entre les deux. En conséquence, M. Godbout devait établir à la satisfaction du Tribunal «(l')inexécution par (les) défendeur(s) de (leur) obligation, une faute caractérisée, un préjudice et lien de causalité entre ceux-ci»²⁵. C'est d'ailleurs ce qui découle clairement de leur mandat respectif (P-4 et P-8).

[52] Qu'en est-il ?

a) la faute:

i) les principes:

[53] Précisons dans un premier temps que les docteurs Mailhot et Roy sont liés par les articles 199 et suivants de la *L.A.T.M.P.* qui statuent que l'analyse qu'ils avaient à effectuer ne devait porter que sur la question relative à la lésion découlant de l'accident de travail allégué²⁶. C'est d'ailleurs ce qui découle clairement de leur mandat respectif (P-4 et P-8).

²⁵ *Hôpital général de la région de l'amiante inc. c. Perron*, [1979] C.A. 567, p. 574.

²⁶ Articles 204 à 221 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*:

204. La Commission peut exiger d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle qu'il se soumette à l'examen du professionnel de la santé qu'elle désigne, pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion. Le travailleur doit se soumettre à cet examen.
(...)

(...)

212. L'employeur qui a droit d'accès au dossier que la Commission possède au sujet d'une lésion professionnelle dont a été victime un travailleur peut contester l'attestation ou le rapport du médecin qui a charge du travailleur, s'il obtient un rapport d'un professionnel de la santé qui, après avoir examiné le travailleur, infirme les conclusions de ce médecin quant à l'un ou plusieurs des sujets suivants:
1^o le diagnostic;
2^o la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3^o la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4^o l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5^o l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

L'employeur transmet copie de ce rapport à la Commission dans les 30 jours de la date de la réception de l'attestation ou du rapport qu'il désire contester.

(...)

221. Le membre du Bureau d'évaluation médicale, par avis écrit motivé, infirme ou confirme le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur, relativement aux sujets mentionnés aux paragraphes 1^o à 5^o du premier alinéa de l'article 212, et y substitue les siens, s'il y a lieu.

(...)

(La soussignée souligne)

[54] De plus, il ressort du mécanisme prévu par la loi, que ne constitue pas une faute pour les médecins concernés, le seul fait d'en arriver à une opinion différente de celle du médecin traitant, les dispositions applicables de la loi prévoyant plutôt que dans un tel cas, le dossier peut être référé au B.E.M.. Seule une faute civile pourrait en conséquence amener le Tribunal à retenir la responsabilité professionnelle des médecins.

[55] En matière de responsabilité médicale, la doctrine et la jurisprudence ont constamment défini que le professionnel est tenu à une obligation de moyen. C'est ce que Mme le juge L'Heureux-Dubé énonce dans l'affaire *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*²⁷ quand elle établit que «(l)a responsabilité professionnelle ressort des principes de la responsabilité civile ordinaire» et que Mme la juge Piché reprend quand elle écrit que les médecins ont une obligation de moyens et que leur conduite doit être évaluée par rapport à la conduite d'un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances, leur responsabilité devant être examinée en relation avec les faits existants (symptômes) au moment de l'examen et selon le traitement connu²⁸.

ii) l'analyse de la faute en fonction de la preuve faite:

[56] Qu'en est-il à la lumière des faits révélés par la preuve ?

[57] Le Tribunal doit déterminer si les docteurs Mailhot et Roy ont commis une faute en concluant que, le 11 septembre 1993, M. Godbout souffrait d'une entorse lombaire et qu'il n'y avait pas lieu de lui allouer de déficit anatomo-physiologique ni de recommander de limitation fonctionnelle en regard des poids qu'il serait appelé à soulever à son travail. Rappelons que c'est ce dernier qui avait l'obligation de prouver la faute des deux médecins. Or, autant le Dr Renaud que le Dr Drouin en arrivent à la conclusion que:

- comme le Dr Mailhot n'a relevé aucune atteinte des racines L4, L5 et S1, il a posé le bon diagnostic, l'examen physique et les douleurs dont M. Godbout se plaignait n'étant pas significatifs d'une hernie discale;
- comme lors de l'examen clinique le Dr Roy n'a relevé aucun élément lui permettant d'identifier une hernie discale, il était justifié de conclure que M. Godbout souffrait d'une entorse lombaire.

[58] Selon les experts, les docteurs Mailhot et Roy ont tous deux correctement conclu que M. Godbout souffrait de dégénérescence discale et posé un diagnostic d'entorse lombaire relativement à l'événement survenu le 11 septembre 1993. Les témoignages des docteurs Mailhot et Roy ainsi que ceux de leurs experts sont crédibles. En conséquence et compte tenu de l'ensemble de la preuve, le Tribunal estime que M.

²⁷ *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351, p. 361.

²⁸ *Harewood-Greene c. Spanier*, [1995] R.R.A. 147, 160 (C.S.).

Godbout, qui n'a fait entendre aucun expert pour contredire cette preuve, n'a pas prouvé qu'ils ont commis de faute.

[59] M. Godbout a fait grand état des rapports rédigés par le Dr Lefrançois qui avait diagnostiqué chez lui une hernie discale. Il est important de souligner que ce n'est que lors de l'audition tenue le 9 janvier 2002²⁹ qu'il apprendra que M. Godbout avait déjà été traité pour des maux de dos avant le 11 septembre 1993. Ce dernier lui avait jusqu'alors caché cet élément, omission que le Tribunal retient comme étant déterminant dans le cadre du présent dossier.

[60] En l'absence de preuve que les docteurs Mailhot et Roy n'auraient pas appliqué les standards établis par la pratique orthopédique et neurologique, tenant compte du fait qu'ils ont été consciencieux, attentifs et rigoureux dans l'exercice de leur mandat et considérant qu'ils se sont conformés à la pratique médicale courante, le Tribunal est d'avis que M. Godbout n'a pas démontré qu'ils auraient commis de faute.

b) le lien causalité et les dommages:

[61] Vu la conclusion à laquelle il en arrive quant à la faute, le Tribunal estime qu'il n'y a pas lieu d'analyser la preuve que M. Godbout a tenté de faire quant au lien de causalité et quant aux dommages qu'il prétend avoir subis.

[62] Le Tribunal ajoutera enfin que la preuve a révélé, qu'en vertu des mandats que la CSST leur avait confiés, les docteurs Mailhot et Roy devaient déterminer la nature et la gravité de la lésion que M. Godbout avait subie lors de l'événement survenu le 11 septembre 1993 et non de se prononcer sur son état général de santé. De plus, dans la mesure où ces derniers n'ont retrouvé aucun signe de hernie discale, l'état de M. Godbout résultant plutôt d'une entorse et d'une dégénérescence lombaires³⁰, les deux médecins étaient justifiés de ne lui imposer aucune limitation fonctionnelle.

[63] D'ailleurs dans une lettre qu'il adresse à la CSST le 1^{er} juin 1995, M. Godbout reconnaît que ce sont des tiers qui l'avaient obligé à soulever de lourdes charges. En effet, en mars 1994, quand il reprend ses fonctions, c'est son employeur «Performance LT inc.» qui omet de limiter la pesanteur des charges qu'il doit soulever, limite pourtant

²⁹ De fait, c'est lors de son contre-interrogatoire que le Dr Lefrançois prendra connaissance pour la première fois des antécédents médicaux relatifs à cette question.

³⁰ D'ailleurs postérieurement aux expertises des docteurs Mailhot et Roy, plusieurs médecins discutent du retour au travail de M. Godbout.

Le 9 mars 1994, le Dr Morand, physiatre, suggère le retour au travail de M. Godbout (P-13), le 8 avril 1994, le Dr Newman déclare qu'il est apte à accomplir son travail (P-1, p. 45), le 2 novembre 1993, Dr St-Pierre prévoit son retour au travail dans trois à six semaines (DR-21, p. 194) et, le 27 juillet 1994, le Dr Lefrançois écrit qu'il pourrait exécuter un «travail approprié» (DR-21, p. 141).

prescrite par les docteurs Marcel Morand, physiatre, et Nicholas Newman, chirurgien-orthopédiste. C'est encore à un tiers que M. Godbout adresse ce reproche dans l'appel qu'il loge le 12 octobre 2001 (DM-4, p. 2).³¹

[64] M. Godbout soutient au surplus que s'il souffre actuellement d'incontinences urinaire et fécale, c'est en raison de son retour prématuré au travail qui aurait aggravé son état.

[65] Le Tribunal rejette aussi cette prétention, ce dernier ayant lui-même expliqué que c'est postérieurement à l'opération qu'il a subie le 30 janvier 1995, que ce problème est apparu pour la première fois. Ceci est d'ailleurs confirmé par le Dr Lefrançois, qui l'a opéré et qui a témoigné à l'effet qu'entre mars 1994, et janvier 1995, M. Godbout n'en souffrait pas. Il ressort donc de la preuve que, contrairement à ce qu'il plaide, l'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr Lefrançois n'a ni mis un terme ni diminué les problèmes de dos dont il souffrait³².

POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL:

[66] **REJETTE** l'action du demandeur Jean Godbout:

³¹ En effet, dans sa «Requête en appel» il écrit:

«4. (...) suite à la décision «erronée» et infirmée du 21 février 1994, rendu par Robert Boulerice, responsable du dossier du travailleur à l'époque, privé de ses droits de travailleur accidenté, le travailleur a dû reprendre son travail de machiniste chez Performance LT inc., malgré la présence d'une double hernie discale contestée à l'époque mais reconnu par la suite, et pour satisfaire les exigences de l'emploi, du 14 mars 1994 au 3 juin 1994, le travailleur a subi un traumatisme épouvantable lorsqu'il a été forcé par la décision de la CSST du 21 février 1994 et par l'employeur; Performance LT inc., de soulever et de manipuler des poids allant jusqu'à 125 livres (57 kilos) sur ses hernies qui se sont finalement rupturées et qui ont nécessitées une intervention chirurgicale.» (sic)
(La soussigné souligne)

³² Le 9 avril 1996, le Dr Vanier parle d'une «douleur exacerbée» (P-1, p. 24) et, le 10 octobre 2000, le Dr Leduc, dans son rapport de consultation, écrit que:

«D'une part la douleur s'est chronicisée et s'est associée d'un tableau d'intestin neurogène, vessie neurogène et dysfonction érectile modérément sévère, le tout accompagné de douleurs très étendues pouvant impliquer les deux membres inférieurs, les deux testicules et l'abdomen.»

[67] Avec dépens, y compris les frais d'expertises qui s'élèvent à 4 358 \$ quant au Dr Paul-Émile Renaud et à 4 975 \$ en ce qui concerne le Dr Patrice Drouin;

HÉLÈNE POULIN, J.C.S.

M. Jean Godbout
Se représente seul

Me Jacques Rousse
Me Julie Paquet
McCARTHY TÉTRAULT
Procureurs du Dr Paul Mailhot

Me Jacques Nols
LAVERY, de BILLY
Procureur du Dr Louis E. Roy

Date d'audience : 2 avril 2002