

CONSEIL DE DISCIPLINE
COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC

N° : 24-2019-01060

DATE : **26 août 2022**

LE CONSEIL :	M ^e MARIE-FRANCE PERRAS	Présidente
	D ^{re} ÉVELYNE DES AULNIERS	Membre
	D ^{re} SUZANNE LAURIN	Membre

D^{re} SYLVIE TREMBLAY, médecin, en sa qualité de syndique adjointe du Collège des médecins du Québec

Plaignante

C.

D^r PIERRE COURCHESNE (81329)

Intimé

DÉCISION SUR CULPABILITÉ

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 142 DU *CODE DES PROFESSIONS*, LE CONSEIL DE DISCIPLINE PRONONCE UNE ORDONNANCE INTERDISANT LA DIVULGATION, LA PUBLICATION ET LA DIFFUSION DE L'IDENTITÉ DES PERSONNES MENTIONNÉES DANS LA PLAINTÉ, LORS DE L'AUDIÉNCÉ, DANS LA PREUVE, DANS LES DOCUMENTS DÉPOSÉS EN PREUVE AINSI QUE DE TOUT RENSEIGNEMENT PERMETTANT DE LES IDENTIFIER DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT, ET CE, AFIN DE RESPECTER LEUR VIE PRIVÉE.

LE CONSEIL DE DISCIPLINE PRONONCE ÉGALEMENT UNE ORDONNANCE INTERDISANT LA DIVULGATION, LA PUBLICATION ET LA DIFFUSION DE LA PIÈCE P-6, DE TOUTE INFORMATION QUANT À L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PLAIGNANTE DIVULGUÉ LORS DE SON TÉMOIGNAGE ET QUANT À LA PORTION DU TÉMOIGNAGE DE MONSIEUR C. CONCERNANT MADAME L.

APERÇU

[1] La plaignante dépose une plainte contre l'intimé dans laquelle elle lui reproche dans un premier temps d'avoir prescrit, de manière intempestive, une tomodensitométrie cardiaque à un patient, laquelle n'était pas recommandée. Elle lui reproche en outre d'avoir dévoilé des informations confidentielles sur l'état de santé de ce patient.

[2] Le Conseil de discipline du Collège des médecins du Québec (le Conseil) s'est réuni les 21, 22 et 23 juin 2021, les 8 septembre, 25 octobre et 30 novembre 2021 ainsi que les 17 février et 19 mai 2022 afin de procéder à l'audition de la plainte disciplinaire portée par la plaignante.

[3] Lors de l'audition, l'intimé enregistre un plaidoyer de non-culpabilité aux deux chefs de la plainte.

PLAINTÉ

[4] La plainte est libellée ainsi :

1. Le ou vers le 19 juillet 2017, en prescrivant prématurément, intempestivement, contrairement aux données de la science médicale, et sans qu'il ne soit médicalement nécessaire, un examen d'imagerie médical poussé, inapproprié et non recommandé à ce stade de l'investigation, soit une tomodensitométrie cardiaque, contrevenant ainsi aux articles 44, 46, 47 et 50 du *Code de déontologie des médecins* (RLRQ, c. M-9, r. 17).
2. Entre le 18 juillet 2017 et le 4 janvier 2018, en laissant un message sur la boîte vocale du cellulaire de la fille du patient, madame [C.], mentionnant l'état de santé de celui-ci et ce, sans avoir préalablement obtenu son autorisation, omettant de respecter les règles et principes de confidentialité rattachés à la profession, contrevenant ainsi à l'article 20 du *Code de déontologie des médecins* (RLRQ, c. M-9, r. 17) et aux articles 59.2 et 60.4 du *Code des professions* (RLRQ c. C-26).

[Transcription textuelle, sauf pour anonymisation]

QUESTION EN LITIGE

[5] Le Conseil doit répondre à la question suivante :

- **La plaignante s'est-elle déchargée de son fardeau de preuve à l'égard des deux chefs d'infraction contenus à la plainte?**

CONTEXTE GÉNÉRAL

[6] Après avoir obtenu son diplôme en 1981, l'intimé a pratiqué en médecine générale jusqu'en 1989, y compris la médecine d'urgence. Il a débuté sa formation en médecine d'esthétique en 1992 tout en continuant de travailler en médecine de famille. Jusqu'en 2010, il pratiquait en médecine de famille et en médecine esthétique.

[7] Depuis 2010, il pratique principalement en chirurgie esthétique dans sa clinique privée, le Centre de médecine et chirurgie esthétique. Il lui arrive de rendre service à des patients et de leur offrir des services de médecine générale.

[8] Dans sa pratique, de 2015 à 2017, l'intimé a évalué environ de trois à cinq patients pour des conditions coronariennes afin de leur rendre service. Il a témoigné qu'il n'avait pas hésité à diriger deux patients en particulier à l'urgence lorsqu'il a remarqué des symptômes cardiaques chez ces derniers.

[9] L'intimé et monsieur C., demandeur d'enquête dans le présent dossier, se connaissaient déjà depuis un certain temps puisqu'ils avaient développé des relations d'affaires.

[10] En effet, au moment des faits reprochés, l'intimé était propriétaire d'une auberge dans la région de l'Estrie, et monsieur C. souhaitait financer la vente de cette auberge afin que sa fille et son conjoint puissent en faire l'acquisition.

[11] Les négociations entre les parties se sont échelonnées sur quelques mois au cours de l'année 2017, période durant laquelle monsieur C. et l'intimé communiquaient régulièrement dans le but d'en arriver à une entente afin de concrétiser la vente.

[12] C'est donc dans ce contexte que monsieur C. contacte l'intimé en juillet 2017, dans un premier temps pour parler affaires, mais également pour lui dire qu'il ne se sent pas bien.

[13] Selon sa demande d'enquête, monsieur C. fait part des symptômes suivants à l'intimé : indigestion et étourdissements et douleur au bras gauche¹.

[14] Les témoignages de monsieur C. et de l'intimé en lien avec les événements au cœur du chef 1 diffèrent, mais ne sont pas contradictoires en tout point.

[15] En effet, les témoignages de monsieur C. et de l'intimé concordent quant aux faits que l'intimé a prescrit à monsieur C. une tomodensitométrie cardiaque à passer à l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) lors d'une conversation téléphonique qui a eu lieu à la mi-juillet 2017, en parallèle des négociations en lien avec leur transaction.

[16] Plus précisément, l'intimé a confirmé que cette conversation téléphonique a eu lieu à la fin de la journée du mardi 18 juillet 2017, alors qu'il était en vacances. L'intimé a

¹ Pièce P-2, p. 3.

expliqué s'être rendu au bureau le lendemain matin afin de terminer la prescription de tomодensitométrie cardiaque, ce qui est corroboré par la prescription en question et sa note médicale du 19 juillet 2017².

[17] L'intimé a également confirmé lors de son témoignage que l'étampe « urgent » a été apposée sur cette demande.

[18] Quant aux symptômes alors rapportés par monsieur C. à l'intimé, les versions des faits de l'un et l'autre divergent.

[19] Selon la version de l'intimé, monsieur C. avait présenté quatre jours plus tôt, soit le vendredi 14 juillet 2017, un malaise caractérisé par une indigestion, un mal au bras gauche et des vomissements.

[20] L'intimé indique qu'à la lumière de ces informations, il était convaincu que monsieur C. ne présentait pas de signes amenant à soupçonner un syndrome coronarien aigu (SCA), mais plutôt un malaise thoracique atypique qui pourrait être d'origine cardiaque, sans nécessairement l'être.

[21] L'intimé a donc demandé à monsieur C. de se présenter à l'urgence si ses symptômes récidivaient. Il lui a également recommandé de consulter son médecin de famille, mais monsieur C. lui a répondu que celui-ci était en vacances.

² Pièce P-4 : dossier médical.

[22] À la suite de cette conversation, l'intimé choisit de prescrire à monsieur C. une tomodensitométrie cardiaque à l'ICM.

[23] Lors de son témoignage, l'intimé ajoute avoir prescrit la tomodensitométrie cardiaque puisque c'est un examen rapide et très précis qui permet d'éliminer la possibilité d'une obstruction légère ou modérée au niveau des artères du cœur.

[24] Cependant, là encore les versions divergent en ce que monsieur C. explique dans son témoignage que c'est l'intimé qui a insisté afin qu'il se rende à l'ICM effectuer ce test, alors que l'intimé indique que c'est le patient lui-même qui lui en a fait la demande.

[25] Monsieur C. maintient que c'est l'intimé lui-même qui a pris le rendez-vous, mais qu'il a dû l'annuler en raison de son travail, et que l'intimé s'est fait insistant afin qu'il se présente à l'ICM et effectue le « scan cardiaque », soit la tomodensitométrie cardiaque.

[26] Le 7 août 2017, monsieur C. s'est donc présenté à son rendez-vous à l'ICM auprès du D^r Donato Gerardo Terrone.

[27] Le rapport préliminaire du D^r Terrone est envoyé par télécopie à l'intimé le lendemain, le 8 août 2018, alors que son rapport final lui sera transmis dans les semaines suivantes.

[28] Les deux rapports du D^r Terrone confirment entre autres que monsieur C. souffrait de calcifications coronariennes modérées au niveau de la coronaire droite, sans sténose significative.

[29] Le 8 août 2017, à la réception du rapport préliminaire du D^r Terrone, l'intimé a contacté monsieur C. afin de l'informer des conclusions, et il n'y a pas eu de suite.

[30] Quant aux reproches concernant le chef 2, les faits sont assez simples. En effet, quelques semaines après cet événement, l'intimé appelle la fille de monsieur C. dans le cadre des pourparlers pour la vente de l'auberge et laisse un message dans lequel il parle du financement à venir, tout en ajoutant l'information suivante : « votre père, son petit cœur est assez malade comme ça »³.

[31] La fille de monsieur C. assure qu'elle était restée surprise par ce message, puisqu'elle ne connaissait pas la condition médicale de son père.

[32] À aucun moment monsieur C. n'avait partagé cette information avec elle.

[33] Quelques semaines plus tard, monsieur C. dépose une demande d'enquête concernant le comportement de l'intimé.

[34] Dans un premier temps l'intimé fait parvenir sa version des faits pour donner suite à cette demande, et par la suite, il rencontre la plaignante⁴.

[35] Lors de cette rencontre, l'intimé reconnaît avoir prescrit la tomodensitométrie pour monsieur C. en indiquant que, selon lui, c'était le test approprié à effectuer.

³ Pièce P-1.

⁴ Pièces P-3 et P-7.

[36] Cependant, lors de cette même rencontre, l'intimé reconnaît qu'il aurait pu obtenir d'autres tests au préalable, mais qu'il a voulu rendre service à son patient qui réclamait ce test.

[37] Concernant le deuxième chef, l'intimé déclare d'abord au Conseil qu'il ne reconnaît pas sa voix sur le répondeur. Le Conseil reviendra sur ce point dans son analyse. Dans tous les cas, l'intimé précise que le peu d'informations divulguées n'est pas en soi une faute déontologique puisqu'il n'a pas révélé d'informations que madame C. devait connaître.

[38] Pour revenir au chef 1, les deux parties se sont adjoint les services d'un expert. Soit la D^{re} Sophie Ménard, reconnue par le Conseil comme experte en médecine familiale, pour la partie plaignante, et le D^r Reda Ibrahim, expert en cardiologie, pour la partie intimée.

[39] Le Conseil reviendra sur chacune de leur expertise, mais peut résumer celles-ci succinctement dans les paragraphes ci-dessous.

[40] Selon la D^{re} Ménard, la décision de l'intimé de diriger son patient vers l'ICM pour effectuer un « scan cardiaque » n'était pas appropriée, car « [le] scan cardiaque n'est pas un test qui est recommandé dans l'évaluation initiale d'un syndrome coronarien aigu »⁵.

[41] Quant au D^r Ibrahim, celui-ci explique plutôt que :

Compte tenu des nombreux facteurs atténuants, mon interprétation de la condition passée de [monsieur C.] est qu'il s'agissait d'un tableau d'indigestion de nature

⁵ Pièce P-11 : rapport d'expertise de la D^{re} Sophie Ménard.

imprécise chez un patient à risque tout au plus intermédiaire de maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS). Dans ce cas, un test cardiaque non invasif est tout à fait indiqué.⁶

[Transcription textuelle, sauf pour anonymisation]

[42] Il ajoute que :

Pour ce qui est de la tomographie axiale cardiaque (CTscan), c'est un test qui est prescrit très couramment en pratique médicale de première ligne. Son utilisation pour la réalisation de coronarographie non invasive (coroscan) est limitée principalement par le fait que peu de centres ont l'expertise nécessaire à l'acquisition et l'interprétation des images.

[Transcription textuelle]

[43] Le Conseil analysera la preuve d'expertise des parties afin d'identifier les normes scientifiques qui devaient gouverner la conduite de l'intimé dans le cadre de son évaluation et de son intervention auprès du client, et ce, selon son état de santé.

[44] Cependant, les opinions des experts à cet égard sont basées sur des prémisses factuelles différentes.

[45] Les experts n'ont pas, non plus, la même vision des faits en lien avec les interventions effectuées par l'intimée à ce moment-là.

[46] Dans le cadre de son analyse, le Conseil prendra le temps de départager ces éléments.

⁶ Pièce I-2 : rapport d'expertise du Dr Reda Ibrahim.

LA POSITION DES PARTIES

A) Position de la plaignante

[47] La plaignante indique s'être déchargée de son fardeau de preuve, et ce, sur les deux chefs de la plainte.

[48] Elle signale que le témoignage de son experte est éloquent quant au comportement qu'aurait dû avoir l'intimé face à la situation dans laquelle il se trouvait lors des événements du 18 juillet.

[49] Elle précise que l'experte Ménard est une médecin qui a plus de 30 années d'expérience sur le terrain et qui est confrontée presque quotidiennement à des situations similaires à celles vécues par monsieur C.

[50] Elle ajoute qu'on devrait accorder une grande force probante à son témoignage étant donné ses connaissances et son expérience à titre de médecin et de professeure.

[51] Elle a fait preuve d'une grande objectivité et son rapport est basé sur des normes scientifiques reconnues.

[52] Elle allègue que l'expert de l'intimé, bien qu'expert dans le domaine de la cardiologie, a regardé la situation avec un « rétroscopie » et n'a pas tenu compte de la situation telle qu'elle se présentait, mais a plutôt pris faits et cause pour l'intimé.

[53] Elle allègue qu'avec égard pour l'expertise du D^r Ibrahim, ce dernier reçoit les patients plus tard dans le processus alors que les tests de base ont été effectués.

[54] Elle ajoute que lors de son témoignage, le D^r Ibrahim a reconnu qu'on effectue une coronarographie lorsque l'ECG n'est pas interprétable, mais elle souligne qu'on n'a pas pris soin de l'obtenir dans le cas présent.

[55] Elle soutient que les experts en sont arrivés à une opinion différente puisque le Dr Ibrahim a exclu la possibilité d'un SCA de la part du patient, et selon elle, avant de l'exclure, on se devait de l'évaluer, ce qui n'a pas été fait.

[56] Toujours selon elle, ce sont des éléments essentiels qui ont été omis par l'intimé et son expert.

[57] Ainsi, face aux symptômes décrits par monsieur C., l'intimé, d'après elle, n'avait d'autre choix que de diriger le patient vers un service d'urgence afin que les tests de base soient effectués.

[58] Elle ajoute que l'intimé a même reconnu cette façon de faire lors de sa rencontre avec elle. Il a de plus reconnu que la coronarographie est un examen de deuxième ligne⁷.

[59] Il a également reconnu que c'était la seule tomodensitométrie qu'il a prescrite de toute sa carrière.

[60] Il a ajouté que la tomodensitométrie cardiaque est utile lorsque les autres examens ne permettent pas de préciser le problème de patient.

⁷ Transcription de la rencontre avec l'intimé à l'Ordre, le 23 août 2018, p. 33.

[61] Elle souligne que lors de cette même rencontre, l'intimé a mentionné que le premier test était l'ECG, et que par la suite il s'agissait de bilans sanguins et tapis à l'effort⁸.

[62] Elle fait remarquer au Conseil que ce sont là des admissions de la part de l'intimé quant aux différentes étapes à suivre.

[63] Elle considère que la preuve offerte par son experte ainsi que les aveux de l'intimé lui permettent de rencontrer son fardeau de preuve, et ce, sur chacune des dispositions invoquées au chef 1.

[64] Elle souligne également le peu d'informations qu'avait l'intimé pour se prononcer sur la prescription d'un tel test.

[65] En effet, elle indique que les notes consignées au dossier sont plus que succinctes et ne permettaient pas à l'intimé d'en arriver à cette conclusion.

[66] Elle ajoute que le comportement de l'intimé est préoccupant. Il aurait dû agir avec beaucoup plus de prudence. Monsieur C. n'étant pas un de ses patients, il aurait dû être plus beaucoup plus rigoureux.

[67] Elle continue en disant que l'intimé a demandé la tomodensitométrie prématurément sans que les examens de base aient été faits et que son comportement aurait pu entraîner de graves conséquences pour la santé de son patient.

⁸ *Id.*, p. 30-31.

[68] Elle indique également que l'experte mandatée a été très claire dans ses conclusions quant à la procédure à suivre dans un cas similaire à la situation de monsieur C.

[69] La preuve a démontré clairement qu'il n'a pas agi selon les normes reconnues et qu'il n'a pas élaboré son diagnostic avec le plus grand soin.

[70] Concernant le deuxième chef, elle considère encore une fois que la preuve présentée est sans équivoque, et que l'intimé a dévoilé des informations confidentielles sur l'état de santé de monsieur C.

[71] Il ne fait aucun doute pour elle qu'en laissant le message vocal à madame C., l'intimé a enfreint son secret professionnel.

[72] L'intimé, même s'il avait développé des relations d'affaires avec monsieur C. et sa fille, ne pouvait se permettre d'outrepasser ses obligations déontologiques.

[73] Elle estime que la preuve présentée sur ce chef est accablante ainsi que de haute qualité et que, ce faisant, elle a rencontré son fardeau.

[74] Elle invite le Conseil à accorder une grande importance au témoignage de madame C., qui a témoigné avec franchise et transparence.

[75] Elle souligne que son témoignage n'a pas été contredit, outre concernant le fait que l'intimé a déclaré ne pas reconnaître sa voix.

[76] Elle termine en mentionnant qu'il n'appartenait pas à l'intimé de décider pour son patient si ces informations pouvaient être divulguées.

B) Position de l'intimé

[77] Le procureur de l'intimé rappelle que les accusations portées sont extrêmement graves, ce qui nécessite un examen rigoureux de la preuve soumise, qui doit être claire, convaincante et de haute qualité.

[78] L'intimé explique avoir inscrit dans sa note l'expression « malaise thoracique » et non l'expression « douleur thoracique », deux expressions qui ne signifient pas la même chose pour lui.

[79] Pour lui, un malaise thoracique atypique n'est pas automatiquement d'origine cardiaque, ce qui nécessite des investigations supplémentaires afin de conclure quant à un diagnostic précis.

[80] Dans ce contexte, et étant donné, notamment, les symptômes rapportés par monsieur C., l'intimé était convaincu que monsieur C. ne présentait pas de signes amenant à soupçonner un SCA, mais plutôt un malaise thoracique atypique qui pourrait être d'origine cardiaque, sans nécessairement l'être.

[81] Étant donné le portrait clinique stable, mais atypique de monsieur C., les inquiétudes qu'il rapportait, et son désir de passer un examen rapide et le plus précis possible, l'intimé a alors choisi de lui prescrire une tomodensitométrie cardiaque à l'ICM.

[82] L'intimé ajoute lors de son témoignage avoir prescrit la tomodensitométrie cardiaque puisque c'est un examen rapide et très précis, qui permet d'éliminer la possibilité d'une obstruction légère ou modérée au niveau des artères du cœur, particulièrement chez un patient qui présente un malaise thoracique atypique, comme en l'espèce.

[83] Concernant les rapports des experts, l'intimé souligne d'emblée que le Conseil doit conclure que le D^r Ibrahim est mieux qualifié pour éclairer le Conseil sur la conduite pertinente.

[84] Il souligne que la D^{re} Sophie Ménard a admis n'avoir, comme médecin de famille, aucune compétence spécifique en cardiologie, n'avoir jamais prescrit de tomodensitométrie cardiaque et n'avoir jamais eu à évaluer la pertinence de cet examen dans le cadre de son travail.

[85] Le D^r Ibrahim, quant à lui, confirme pendant son témoignage bien connaître la tomodensitométrie cardiaque, la prescrire lui-même dans le cadre de sa pratique, et conseiller des médecins de famille à l'égard de l'indication de cet examen chez des patients particuliers.

[86] Ainsi, le Conseil devrait écarter l'opinion de la D^{re} Ménard puisqu'elle n'a tout simplement pas les connaissances nécessaires pour se prononcer quant à l'indication de cet examen.

[87] La D^{re} Ménard explique lors de son témoignage que son interprétation du portrait clinique de monsieur C. est fondée sur la notion de « douleur thoracique » retrouvée dans la note de l'intimé.

[88] De plus, la D^{re} Ménard persiste tout au long de son témoignage à conclure, sur la base de la note au dossier, que l'intimé devait suspecter un SCA jusqu'à preuve du contraire.

[89] Selon l'intimé, la preuve administrée devant le Conseil de discipline dans son ensemble démontre clairement que monsieur C. ne présentait pas de symptômes compatibles avec un SCA au moment de son appel avec l'intimé, mais plutôt des symptômes qui pouvaient être compatibles avec une maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS), mais non aiguë.

[90] Dans le contexte qui précède, le D^r Ibrahim considère que monsieur C. présentait une « situation contextuelle » qui pouvait s'expliquer par une multitude de causes potentielles de malaises, incluant des causes non cardiaques, dont des causes digestives, le stress et l'anxiété.

[91] Dans les circonstances, le D^r Ibrahim considère qu'il n'aurait pas été approprié de diriger monsieur C. vers un service d'urgence. Il ajoute qu'il était plutôt indiqué de lui prescrire un test non invasif, incluant le tapis roulant, écho-stress, un test de médecine nucléaire, une imagerie de résonance magnétique et/ou une tomodensitométrie cardiaque.

[92] Pour les motifs qui précèdent, l'intimé avance que la tomодensitométrie cardiaque était indiquée dans les circonstances, étant donné le portrait clinique présenté par monsieur C. lors de sa conversation téléphonique avec lui.

[93] L'intimé, appuyé de l'expertise du D^r Ibrahim, considère que la prescription de ce test était tout à fait appropriée.

[94] L'avocate de l'intimé est d'avis que la plaignante ne s'est pas déchargée de son fardeau de preuve, et que l'intimé doit être acquitté sous chacune des dispositions de rattachement qui sont invoquées.

[95] Quant au chef 2, l'avocate de l'intimé considère également qu'il doit en être acquitté.

[96] Elle mentionne que les informations qui ont été dévoilées étaient certainement à la connaissance de madame C. puisque cette dernière savait que son père avait déjà consulté l'intimé.

[97] De plus, elle considère que le peu d'informations divulguées n'atteint pas le degré de gravité exigé afin de constituer une faute déontologique, et c'est pour cette raison qu'elle demande l'acquittement de l'intimé.

ANALYSE

[98] Le fardeau de la preuve incombe entièrement à la plaignante et en est un de prépondérance des probabilités.

[99] Pour satisfaire à ce fardeau, la preuve doit être de haute qualité, claire et convaincante. La Cour d'appel du Québec, dans l'arrêt *Bisson c. Lapointe*⁹, décrit en ces termes la nature du fardeau de la preuve qui incombe au plaignant en matière disciplinaire :

[63] Dans la présente affaire, le débat autour du fardeau de la preuve en matière disciplinaire semble être une question de sémantique.

[64] Bien que cela ne soit pas strictement nécessaire aux fins de l'appel, ayant déterminé que la Cour supérieure était fondée à intervenir en raison du premier moyen, j'estime qu'elle a eu raison de réagir aux propos des juges majoritaires concernant le fardeau de preuve en matière disciplinaire. En outre, lorsque ces derniers affirment qu'il ne suffit pas au plaignant de prouver que « sa théorie est plus probable que celle du professionnel », j'admets que le propos est difficilement conciliable avec la norme de la preuve prépondérante. J'ai toutefois du mal à en comprendre le sens puisque les juges reconnaissent, au même paragraphe, que le fardeau est celui de la preuve prépondérante. De même, si les juges majoritaires laissent entendre que les conséquences d'une décision ont une incidence sur l'exigence de la norme de la preuve prépondérante, cette observation est contraire à la jurisprudence.

[65] Dans la mesure où les propos tenus par les juges majoritaires expriment une norme différente, ils sont erronés.

[66] Il est bien établi que le fardeau de preuve en matière criminelle ne s'applique pas en matière civile. Il est tout aussi clair qu'il n'existe pas de fardeau intermédiaire entre la preuve prépondérante et la preuve hors de tout doute raisonnable, peu importe le « sérieux » de l'affaire. La Cour suprême du Canada, dans l'arrêt *F.H. c. McDougall*, a explicitement rejeté les approches préconisant une norme de preuve variable selon la gravité des allégations ou de leurs conséquences.

[67] Cependant, la preuve doit toujours être claire et convaincante pour satisfaire au critère de la prépondérance des probabilités. Comme démontré plus haut, le Conseil avait bien à l'esprit cette norme et la proposition des juges majoritaires qui soutient le contraire est, avec égards, injustifiée.

⁹ 2016 QCCA 1078.

[68] Comme le rappelle la Cour suprême, « [a]ussi difficile que puisse être sa tâche, le juge doit trancher. Lorsqu'un juge consciencieux ajoute foi à la thèse du demandeur, il faut tenir pour acquis que la preuve était, à ses yeux, suffisamment claire et convaincante pour conclure au respect du critère de la prépondérance des probabilités ».

[100] Le rôle du Conseil consiste donc à apprécier la qualité de la preuve soumise ainsi que la crédibilité des témoins.

[101] Le Conseil doit appliquer ces principes, procéder à une revue attentive des faits et une analyse de la crédibilité des témoins afin de tirer des conclusions déterminantes.

[102] Il fait siens les propos dans l'affaire *Bochi*¹⁰, citant la Cour du Québec, et concernant les principes applicables pour évaluer la crédibilité d'un témoin, lesquels se résument en ces termes :

[141] Les critères retenus par la jurisprudence pour jauger la crédibilité, sans prétendre qu'ils sont exhaustifs, peuvent s'énoncer comme suit :

1. Les faits avancés par le témoin sont-ils en eux-mêmes improbables ou déraisonnables?
2. Le témoin s'est-il contredit dans son propre témoignage ou est-il contredit par d'autres témoins ou par des éléments de preuve matériels?
3. La crédibilité du témoin a-t-elle été attaquée par une preuve de réputation?
4. Dans le cours de sa déposition devant le tribunal, le témoin a-t-il eu des comportements ou attitudes qui tendent à le discréditer?
5. L'attitude et la conduite du témoin devant le tribunal et durant le procès révèlent-elles des indices permettant de conclure qu'il ne dit pas la vérité?

[142] Ces critères d'appréciation de la crédibilité peuvent prendre en compte non seulement ce qui s'est dit devant le tribunal, mais aussi d'autres déclarations, verbalisations ou gestes antérieurs du témoin.

¹⁰ *Podiatres (Ordre professionnel des) c. Bochi*, 2018 CanLII 127687 (QC OPODQ).

[143] Ainsi, un témoin qui, en des moments différents relativement aux mêmes faits, donne des versions différentes porte atteinte à la crédibilité de ce qu'il avance.

[144] Dans l'évaluation de la crédibilité d'un témoin, il est important de considérer sa faculté d'observation, sa mémoire et l'exactitude de ses déclarations.¹¹

[103] La crédibilité des témoins sera donc évaluée suivant ces principes.

[104] De plus, le Conseil a la tâche d'évaluer le témoignage des deux experts. D'emblée, le Conseil tient à souligner qu'il ne remet pas en cause la longue expérience des deux experts présentés. Le Conseil considère que les deux experts ont livré leur témoignage de manière crédible, et avec transparence.

[105] Le Conseil de discipline n'est pas là pour trancher des opinions de nature scientifique mais plutôt pour apprécier la crédibilité des témoins experts ainsi que la valeur probante des faits qu'ils relatent ou des opinions qu'ils émettent. Il doit :

« tenir compte de la nature et de l'objet de l'expertise, de la qualification et de l'impartialité de l'expert, de l'ampleur et du sérieux de ses recherches ainsi que du rapport entre les opinions déposées et la preuve soumise devant le Conseil »¹².

[106] Toutefois le Conseil tient à préciser que dans le cas qui nous occupe aujourd'hui, il est primordial de comprendre le diagnostic à poser face aux symptômes présentés par monsieur C. afin de bien le diriger pour la suite des événements.

¹¹ *Boulin c. AXA Assurances inc.*, 2009 QCCQ 7643.

¹² *Bisson c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2012 QCTP 162.

- **La plaignante s'est-elle déchargée de son fardeau de preuve à l'égard des deux chefs d'infraction contenus à la plainte?**

Chef 1

[107] La plaignante fonde le chef 1 sur les articles 44, 46, 47 et 50 du *Code déontologie des médecins*¹³, libellés comme suit :

44. Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés.

46. Le médecin doit élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, en utilisant les méthodes scientifiques les plus appropriées et, si nécessaire, en recourant aux conseils les plus éclairés.

47. Le médecin doit s'abstenir de faire des omissions, des manoeuvres ou des actes intempestifs ou contraires aux données actuelles de la science médicale.

50. Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires.

[108] Pour décider de la culpabilité de l'intimé en fonction des dispositions de rattachement précitées, la preuve découle principalement des rapports d'expertise, du témoignage de l'intimé et de la preuve documentaire produite dans le cadre de la contestation de la plainte.

[109] Et pour répondre à cette question, il faut se demander ce que l'intimé avait en main afin de poser son diagnostic.

¹³ *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17.

[110] Les notes à son dossier sont brèves. Comme mentionné par l'experte Ménard¹⁴, les éléments suivants sont manquants :

En effet, nous ne savons pas si la douleur est survenue au repos ou à l'effort. Nous ne connaissons pas la durée des symptômes (une durée de plus de 20 minutes au repos oriente vers une angine instable). La note n'indique pas non plus si ce patient a des antécédents médicaux de maladie coronarienne ou s'il est atteint d'autres conditions médicales ou s'il prend des médicaments sur une base régulière.

[Transcription textuelle; référence omise]

[111] Tous ces éléments auraient été de nature à mieux orienter l'intimé dans sa démarche.

[112] De plus, dans son témoignage devant le Conseil l'intimé a reconnu lui-même qu'il ne connaissait ni la durée ni l'intensité de la douleur rapportée par monsieur C.

[113] Il a reconnu également qu'il ne savait pas non plus s'il prenait une médication quelconque.

[114] Comme les notes sont le reflet du travail fait par l'intimé à cette époque, force est de constater qu'il y a peu d'éléments permettant d'appuyer le diagnostic posé par l'intimé. La preuve a ainsi révélé clairement que plusieurs éléments étaient manquants afin d'élaborer un bon diagnostic.

[115] La preuve a également démontré que les communications entre l'intimé et monsieur C. lors des événements du 18 juillet ont été de courte durée, ne permettant pas

¹⁴ Pièce P-11, p. 6.

de récolter toutes les informations pertinentes afin de brosser le portrait global de la situation.

[116] Monsieur C. n'était pas un patient habituel de l'intimé, d'où l'importance d'être plus prudent et vigilant en de pareilles circonstances.

[117] En agissant comme l'intimé l'a fait, il a mis la santé de monsieur C. à risque.

[118] L'experte Ménard s'exprime en ces termes et en arrive à la conclusion que : « [l]a brève note au dossier devait faire suspecter un événement coronarien aigu jusqu'à preuve du contraire, soit une angine instable ou possiblement un infarctus du myocarde »¹⁵.

[119] Et ce que l'intimé aurait dû faire selon elle :

Lorsqu'un événement coronarien aigu est suspecté cliniquement comme dans le cas de [monsieur C.], il est impératif de recommander au patient de se rendre rapidement à l'urgence d'un centre hospitalier afin qu'il puisse être évalué à l'aide d'un questionnaire adéquat, d'un examen physique et qu'il subisse les tests de première ligne suivants:

- 1- Un électrocardiogramme (ECG) ;
- 2- Un dosage d'enzymes cardiaques.

Ces examens permettent de déterminer rapidement la probabilité que les symptômes du patient soient d'origine coronarienne ou non et permettent de moduler le traitement selon les résultats obtenus¹⁶.

[Transcription textuelle, sauf pour anonymisation]

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Id.*, p. 7.

[120] Elle ajoute :

La décision du Dr Courchesne de recommander son patient pour un scan cardiaque à l'institut de cardiologie n'était pas appropriée. Le scan cardiaque n'est pas un test recommandé dans l'évaluation initiale d'un possible syndrome coronarien aigu.¹⁷

[...]

En conclusion, la tomodensitométrie cardiaque est un test de 3^{ème} ligne qui permet de confirmer ou infirmer une maladie coronarienne lorsque les tests initiaux sont négatifs ou non concluants et qu'un doute persiste quant à la nature de la douleur thoracique.¹⁸

[Transcription textuelle]

[121] Quant au D^r Ibrahim, bien qu'il ne suspecte pas un syndrome coronarien aigu chez monsieur C., il indique dans son témoignage qu'il revient au médecin de prescrire le test approprié selon les circonstances.

[122] Et il mentionne dans son rapport que :

Les possibilités sont nombreuses : tapis roulant, écho-stress, test de médecine nucléaire, imagerie de résonance magnétique (IRM) et coro-scan. Le choix final dépend de plusieurs facteurs incluant : la capacité de marcher du patient, la capacité ou non de pouvoir interpréter l'ECG de base du patient, la disponibilité du test et l'expertise locale.¹⁹

[Transcription textuelle]

[123] Le Conseil ne peut adhérer à cette position et prétendre que tous les tests sont sur le même pied d'égalité. Le Conseil retient plutôt que tous ces tests ont leur importance, mais qu'il y a une séquence qui doit être observée en médecine de première ligne et que

¹⁷ Pièce P-11, p. 8.

¹⁸ *Id.*, p. 9.

¹⁹ Pièce I-2, p. 3.

face à la situation décrite par monsieur C., la démarche à suivre était de se rendre à l'urgence afin que les tests de base soient effectués.

[124] Ainsi, prescrire une tomodensitométrie n'était pas approprié à ce stade-ci et allait à l'encontre des normes et pratiques généralement reconnues.

[125] De plus, dans son rapport, le D^r Ibrahim souligne « la capacité ou non de pouvoir interpréter l'ECG ». Force est donc de constater que le propre expert de l'intimé reconnaît l'importance d'obtenir ce test et de pouvoir l'interpréter, ce que l'intimé a omis de faire. Cette étape cruciale a donc été complètement oubliée.

[126] De plus, le D^r Ibrahim considère qu'on pouvait suspecter un certain risque d'événement coronarien aigu de la part de monsieur C., et dans ce cas, la prescription d'une coronarographie n'était pas recommandée :

La tomodensitométrie n'est effectivement pas un test de première ligne dans le cas d'une haute probabilité de SCA. Pour ce qui est de [monsieur C], l'analyse détaillée du dossier suggère la possibilité tout au plus intermédiaire de MCAS parmi d'autres causes potentielles de malaise thoracique et d'indigestion.²⁰

[Transcription textuelle; sauf pour anonymisation]

[127] Il considère le risque d'intermédiaire, et pour évaluer ce risque, on se devait d'effectuer les tests de base.

[128] La preuve a ainsi clairement démontré que face aux symptômes décrits par le patient, l'intimé ne pouvait pas et ne devait pas prescrire une tomodensitométrie

²⁰ Pièce I-2, p. 4.

cardiaque à ce stade-ci de son évaluation. Et avant de conclure à un tel test, il se devait de compléter son investigation de base.

[129] L'intimé a agi de façon précipitée et sans avoir en main toutes les informations pertinentes.

[130] Il a complètement omis dans l'élaboration de son diagnostic d'évaluer tous les risques présents à la situation de son patient.

[131] En agissant comme il l'a fait et en ne respectant pas le protocole et les différentes étapes, l'intimé aurait pu mettre la santé de son patient en péril.

[132] En conséquence, le Conseil de discipline est d'avis que l'intimé a commis l'infraction alléguée au chef 1 en contravention des articles 44, 46 47 et 50 *du Code de déontologie des médecins*. Afin d'éviter les condamnations multiples, une suspension conditionnelle des procédures est ordonnée quant aux articles 44, 46, 50, du *Code de déontologie des médecins* sur lesquels s'appuie le chef.

Chef 2

[133] En ce qui concerne ce chef portant sur le reproche fait à l'intimé d'avoir divulgué des informations confidentielles, le Conseil retient ceci de la preuve.

[134] Les faits sont relativement simples : dans le cadre des pourparlers concernant la vente de l'auberge, l'intimé communique avec la fille de monsieur C. en lui laissant un message sur son répondeur.

[135] Il lui fait mention de certains points concernant le financement de la vente et termine en disant qu'ils doivent s'entendre et se réconcilier parce que : « votre père, son petit cœur est assez malade comme ça ».

[136] Comme déjà mentionné, l'intimé s'est opposé au dépôt de cette pièce en indiquant que, dans un premier temps, il ne reconnaissait pas sa voix et, dans un deuxième temps, qu'il contestait la validité de cette pièce.

[137] Après avoir délibéré sur cette objection, le Conseil a rendu une décision le 25 octobre 2021 dans laquelle il accepte le dépôt de cette pièce puisqu'elle offrait toutes les garanties nécessaires permettant sa recevabilité.

[138] Le Conseil comprend de ses propos que l'intimé a transmis des informations sur l'état de santé de monsieur C. et que ce faisant, il communique des informations confidentielles.

[139] De plus, ces informations étaient fausses et alarmistes en plus de ne pas refléter la condition médicale de monsieur C.

[140] L'intimé, quant à lui, allègue qu'il était de bonne foi et que, de plus, il n'a transmis que très peu d'informations. Pour lui, il n'a pas atteint le niveau de gravité nécessaire afin que le Conseil le déclare coupable de cette infraction.

[141] De plus, il souligne que madame C. devait certainement être au courant de l'état de santé de son père.

[142] Le Conseil ne peut souscrire à une telle vision, il n'y a pas de demi-infraction : en mentionnant ces informations, l'intimé a ouvert une brèche dans la confidentialité de l'état de santé de monsieur C.

[143] Toute dérogation à ce principe ne peut être tolérée ni banalisée.

[144] Le client d'un médecin lui transmet des informations confidentielles le concernant et s'attend à ce qu'il en assure la confidentialité. Ce devoir est essentiel afin de préserver le lien de confiance entre eux. Le secret professionnel constitue « la pierre angulaire sur laquelle s'appuie la relation de confiance entre un médecin et ses patients »²¹.

[145] Le médecin doit agir comme le gardien de la vie privée de ses patients ainsi que du secret professionnel.

[146] L'infraction commise par l'intimé se situe au cœur de l'exercice de la profession de médecin. Il s'agit d'une infraction objectivement grave mettant en cause la protection du public.

[147] L'intimé possède déjà un grand nombre d'années d'expérience lors de la commission de cette infraction. Dans un tel contexte, il aurait dû faire preuve d'une plus grande vigilance face à une obligation déontologique aussi fondamentale que d'assurer la confidentialité d'informations sensibles et personnelles.

²¹ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Clavel*, 2018 CanLII 34054 (QC CDCM), paragr. 34.

[148] Monsieur C. avait fait le choix de ne pas dévoiler son état de santé à sa fille. Ainsi, il n'appartenait pas à l'intimé de décider s'il pouvait ou non divulguer ces informations.

[149] La plaignante a donc prouvé de façon claire et sans équivoque que l'intimé a contrevenu à chacune des dispositions invoquées, soit les articles 20 du *Code de déontologie des médecins* et les articles 59.2 et 60.4 du *Code des professions*.

[150] Cependant, en raison du principe de l'interdiction des condamnations multiples comme l'enseigne la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Kineapple*²², le Conseil ordonnera cependant la suspension conditionnelle des procédures quant au renvoi aux articles 20 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions*.

EN CONSÉQUENCE, LE CONSEIL, UNANIMEMENT :

Sous le chef 1 :

[151] **DÉCLARE** sous ce chef l'intimé coupable d'avoir contrevenu aux articles 44, 46, 47 et 50 du *Code de déontologie des médecins*.

[152] **ORDONNE** la suspension conditionnelle quant aux renvois aux articles 44, 46, et 50 du *Code de déontologie des médecins*.

Sous le chef 2 :

[153] **DÉCLARE** l'intimé coupable d'avoir contrevenu à l'article 20 du *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'aux articles 59.2 et 60.4 du *Code des professions*.

²² *Kineapple c. R.*, [1975] 1 RCS 729.

[154] **ORDONNE** une suspension conditionnelle des procédures quant au renvoi aux articles 20 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions*.

[155] **CONVOQUE** les parties à l'audition sur sanction à être fixée par la secrétaire du Conseil de discipline.

Marie-France Perras
Original signé électroniquement

M^e MARIE-FRANCE PERRAS
Présidente

Linda Bélanger, LL.B., MBA, ASC

Secrétaire du conseil de discipline
Copie conforme à l'original
Signé numériquement
2022-08-30

Évelyne Des Aulniers
Original signé électroniquement

D^{re} ÉVELYNE DES AULNIERS
Membre

Suzanne Laurin
Original signé électroniquement

D^{re} SUZANNE LAURIN
Membre

M^e Nathalie Vuille
Avocate de la plaignante

M^e Julie Chenette
Avocate de l'intimé

Dates d'audience : 21, 22 et 23 juin 2021, 8 septembre 2021, 25 octobre 2021
30 novembre 2021, 17 février 2022, 9 mai 2022