

CONSEIL DE DISCIPLINE
COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC

N° : 24-16-00958

DATE : 30 août 2019

LE CONSEIL :	M ^e JULIE CHARBONNEAU	Présidente
	D ^{re} FABIENNE GROU	Membre
	D ^{re} TERESA PETRAGLIA	Membre

D^{re} ISABELLE AMYOT, en sa qualité de syndique adjointe du Collège des médecins du Québec

Plaignante

c.

D^r CLAUDE ST-ARNAUD (93313)

Intimé

DÉCISION SUR SANCTION

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 142 DU *CODE DES PROFESSIONS*, LE CONSEIL A PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION ET DE NON-DIFFUSION DU NOM DU PATIENT MENTIONNÉ À LA PLAINTÉ, AINSI QUE TOUT RENSEIGNEMENT PERMETTANT DE L'IDENTIFIER, POUR LE MOTIF VISANT À ASSURER LE RESPECT DE SA VIE PRIVÉE.

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 142 DU *CODE DES PROFESSIONS*, LE CONSEIL A PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION ET DE NON-DIFFUSION DES DOSSIERS MÉDICAUX ET HOSPITALIERS DÉPOSÉS SOUS LES PIÈCES P-4, P-5, P-6, P-7, P-10 (À L'EXCEPTION DES PAGES 1, 10, 11, 12 ET 13) ET P-17 POUR LA PARTIE DOSSIER SEULEMENT.

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 142 DU CODE DES PROFESSIONS, LE CONSEIL A PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION ET DE NON-DIFFUSION DES PAGES 6, 7 ET 8 DE LA PIÈCE SP-2, POUR LE MOTIF VISANT À ASSURER LE RESPECT DE LA VIE PRIVÉE DES PATIENTS MENTIONNÉS À CES PAGES.

APERÇU

[1] Le Conseil de discipline s'est réuni pour procéder à l'audition sur sanction à la suite de la décision sur culpabilité rendue le 8 novembre 2018¹.

[2] Par sa décision sur culpabilité, le Conseil déclare l'intimé coupable de trois chefs d'infraction portés contre lui, soit les chefs 1, 5 et 6. L'intimé est acquitté des chefs 3 et 4 portés à cette plainte. Lors d'une des journées d'audience tenue en lien avec l'audition sur culpabilité, l'intimé enregistre un plaidoyer de culpabilité aux chefs 2 et 7 de la plainte portée contre lui.

[3] Le Conseil doit imposer une sanction sous les cinq chefs suivants :

1. En omettant de s'assurer que son patient reçoive, avant sa chirurgie du 4 octobre 2012, toutes les explications pertinentes pour choisir de manière libre et éclairée un traitement de son astigmatisme par incisions relaxantes plutôt que par des lentilles intraoculaires toriques, notamment en omettant de le renseigner sur les différences entre les incisions relaxantes cornéennes de type AK (Astigmatic Keratotomy) et les incisions relaxantes limbiques et en omettant de l'informer des risques spécifiques associés aux incisions relaxantes cornéennes de type AK, contrairement aux articles 28 et 29 du *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17 et commettant de par ce fait un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession, contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions*, RLRQ c C-26;
2. En constituant un protocole opératoire incomplet, notamment quant au recours aux incisions relaxantes cornéennes de type AK, à la profondeur des incisions calculées et effectuées, au moment précis où les incisions ont été effectuées pendant la chirurgie et à l'incident ou la raison ayant amené la suture de ces incisions pendant

¹ *Médecins (Ordre professionnel des) c. St-Arnaud*, 2018 CanLII 116597 (QC CDCM).

la chirurgie, contrairement à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17;

5. En omettant de procéder immédiatement à une culture du vitré et injection intravitréenne d'antibiotiques (« TAP-Inject ») lorsque son patient s'est présenté à son cabinet avec des signes d'inflammation intraoculaire post-opératoire à l'œil gauche le 19 octobre 2012, contrairement aux articles 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17 et commettant de par ce fait un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession, contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions*, RLRQ c C-26;
6. En omettant de procéder à un test d'étanchéité des plaies (test de Seidel) lors de la première visite post-opératoire de son patient le 5 octobre 2012, contrairement aux articles 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17 et commettant de par ce fait un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession, contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions*, RLRQ c C-26;
7. En omettant, entre le 5 octobre 2012 et le 23 janvier 2013, de procéder systématiquement à une mesure de l'acuité visuelle lors des consultations post-opératoires de son patient, contrairement à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17;

[Reproduction intégrale]

[4] Les parties présentent des recommandations différentes quant aux sanctions à être imposées à l'intimé.

[5] La plaignante recommande au Conseil d'imposer à l'intimé les sanctions suivantes, à purger concurremment :

- Chef 1 : une période de radiation temporaire de six mois
- Chef 2 : une période de radiation temporaire de deux mois
- Chef 5 : une période de radiation temporaire de cinq mois
- Chef 6 : une période de radiation temporaire de cinq mois
- Chef 7 : une période de radiation temporaire de cinq mois

[6] Elle demande que l'intimé soit condamné au paiement des frais de publication d'un avis de la présente décision ainsi que des déboursés prévus à l'article 151 du *Code des professions*.

[7] L'intimé recommande que les sanctions suivantes lui soient imposées et que les périodes de radiation soient à purger concurremment :

- Chef 1 : une période de radiation temporaire d'un mois
- Chef 2 : une réprimande
- Chef 5 : une période de radiation temporaire d'un mois
- Chef 6 : une période de radiation temporaire d'un mois
- Chef 7 : une réprimande

[8] Il consent à être condamné au paiement des frais de publication d'un avis de la présente décision ainsi que des déboursés prévus à l'article 151 du *Code des professions*.

[9] Il souligne au Conseil qu'il s'engage formellement à limiter sa pratique en cabinet et à ne plus faire de chirurgies où une ouverture chirurgicale de l'œil doit être réalisée.

QUESTION EN LITIGE

[10] Quelles sont les sanctions justes et raisonnables à imposer à l'intimé sous chacun des cinq chefs eu égard aux circonstances du présent dossier?

CONTEXTE

[11] Les parties témoignent lors de l'audition sur sanction.

[12] Au cours de son témoignage, la plaignante produit une preuve documentaire constituée du dossier professionnel de l'intimé². Son témoignage porte principalement sur le risque de récurrence qu'elle attribue à l'intimé. Elle le juge élevé puisqu'à son avis l'intimé a bénéficié de nombreux avertissements qu'il a très peu intégrés à sa pratique. De plus, il fait preuve de très peu d'autocritique. À son avis, l'intimé ferme rapidement sa réflexion, n'informe pas adéquatement les patients et confie à du personnel son obligation pour l'obtention de leur consentement.

[13] Elle souligne qu'il exécute des incisions relaxantes au cours des années 1990, il continue cette pratique au cours des années 2000 alors que ce n'est plus le premier choix chez ses pairs. Il est établi que les risques associés à cette technique sont élevés.

[14] En résumé, selon la plaignante, depuis 1996, l'intimé n'apprend pas.

[15] L'intimé témoigne. Il est détenteur d'un permis d'exercice depuis 1993 et d'un permis de spécialiste en ophtalmologie depuis 1993³. Il fait part de son parcours professionnel qui l'amène à débiter sa carrière au Centre hospitalier régional de Baie-Comeau jusqu'en 2004. À compter de 2004, il exerce à Trois-Rivières tant en centre hospitalier qu'en cabinet. À partir d'avril 2018, il réoriente sa carrière et délaisse la

² Pièces SP-1 à SP-3.

³ Pièce P-1.

pratique en centre hospitalier pour se concentrer uniquement à sa pratique en cabinet. Il délaisse ses privilèges en centre hospitalier.

[16] Cette nouvelle pratique le limite à de la consultation et des cas simples de chirurgie, excluant toute chirurgie majeure. Sa décision de quitter la pratique en centre hospitalier est permanente.

[17] Il apprécie sa nouvelle orientation qui lui donne davantage de temps avec les patients. Il a avisé les optométristes de la région qu'il ne souhaite pas prendre de nouveaux patients.

[18] Depuis 2015, il n'a pas eu de visite ou de nouvelle d'une éventuelle visite de la part de représentant du Collège des médecins.

[19] L'intimé déclare qu'il croyait sincèrement avoir fait pour le mieux pour le patient mentionné à la plainte. Le résultat est décevant tant pour lui que pour le patient. Il n'est pas indifférent aux problèmes vécus par le patient.

[20] Relativement au chef 2, il est d'accord qu'un protocole opératoire est un document essentiel pour tout chirurgien. Les informations manquantes résultent d'un oubli malheureux. Il utilisait un protocole type et il reconnaît que le protocole opératoire du patient omet de mentionner les particularités de sa chirurgie. Il dit que l'utilisation d'un protocole type peut jouer de mauvais tours. Il regrette son manque de vigilance et a cessé l'utilisation de protocole type.

[21] Au sujet du chef 7, il reconnaît que la prise de l'acuité visuelle est un paramètre fondamental qui doit se retrouver au dossier. Il souligne qu'elle a été prise à un certain nombre de consultations et qu'en l'absence de cette donnée, il a été en mesure de prendre des décisions à l'aide d'autres paramètres cliniques. Dorénavant, cette situation ne risque pas de se représenter puisque l'acuité visuelle est prise sans exception.

[22] Il aborde le chef 1 en mentionnant d'entrée de jeu qu'il comprend que l'obtention d'un consentement libre et éclairé est fondamentale. Il avait la conviction qu'il a obtenu le consentement du patient, mais il ne l'a pas écrit au dossier. Il admet qu'il doit l'écrire au dossier, peu importe le contexte.

[23] Maintenant, il s'assure lui-même de bien expliquer au patient les avantages, les inconvénients et les effets secondaires d'un traitement à venir. Il vérifie la compréhension du patient par différentes stratégies qu'il a développées. Il s'assure qu'il fournit les informations nécessaires afin que le patient choisisse en toute liberté le traitement qui lui convient le mieux. Il assure au Conseil qu'il a bien compris l'importance d'obtenir lui-même le consentement du patient. Depuis 2018, il prend davantage de temps avec les patients et considère sa pratique plus intéressante et plus gratifiante.

[24] À propos du chef 5, l'ayant reconnu coupable d'avoir omis de procéder à un test de Siedel le lendemain de la chirurgie du patient, il déclare avoir été convaincu que les incisions pratiquées n'avaient pas fait de perforation, d'autant plus que la pression de l'œil était normale. Il connaît bien le test de Siedel et l'effectue dans des cas spécifiques.

[25] Il reconnaît qu'il n'a pas fait le test optimal et reçoit le message du Conseil d'être plus prudent que moins.

[26] Il déclare que considérant sa pratique actuelle, ce test sera rarement requis.

[27] Le chef 5 lui reproche son omission de procéder à un Tap-Inject. Il mentionne qu'il se situait dans une zone grise et considérant qu'il était confiant que le vitré n'était pas atteint, les risques associés à cette procédure ont été évalués. Il est familier avec cette procédure. Son erreur consiste à avoir omis d'écrire à son dossier que le vitré était normal. Il considère qu'avec cette mention, son rationnel était défendable. Dorénavant, il note tout à son dossier que la trouvaille soit positive ou négative. Il dit ne plus prendre de chance.

[28] Il mentionne au Conseil que dorénavant il n'hésite pas à consulter des collègues ou de diriger des patients vers des collègues qui possèdent une expertise plus poussée que la sienne dans un champ donné. Il signale au Conseil qu'il est beaucoup moins absolu dans sa façon de voir les cas et dans ses interprétations.

[29] Il déclare que le processus disciplinaire lui a permis de comprendre qu'il doit adopter une approche plus nuancée, davantage ouverte et plus prudente. Dans le doute, il sera beaucoup plus prudent.

[30] Il regrette que le patient mentionné à la plainte n'ait pas eu le résultat escompté. Il n'est pas insensible à ce qu'il a vécu et en demeure attristé.

[31] L'intimé termine son témoignage en soulignant qu'il ressent de la fierté face à la nouvelle ligne de conduite qu'il s'est donnée.

[32] Lors de son contre-interrogatoire, il réaffirme que sa nouvelle pratique est orientée vers des chirurgies mineures qu'il pratique dans son cabinet.

[33] Il déclare qu'il demande que le Conseil prenne acte de son engagement solennel à limiter sa pratique médicale en cabinet seulement.

[34] Questionné à savoir quelle serait son approche face à un cas d'endophtalmie, il déclare qu'il ferait une évaluation sérieuse du cas en travaillant en fonction qu'elle soit positive ou négative et consulterait un collègue spécialiste de la rétine.

i) Argumentation de la plaignante

[35] Elle débute par le chef 1. L'absence de consentement du patient pour le traitement de son astigmatisme se révèle être un manquement à l'un des piliers des obligations déontologiques du médecin. Sans le consentement du patient, le médecin ne peut agir. Le consentement doit être libre et éclairé.

[36] La plaignante invite le Conseil à retenir du témoignage de l'intimé que les patients ne comprennent pas ses explications. Or, elle souligne qu'il revient à l'intimé de s'assurer que les informations sont données, mais surtout comprises par les patients. Elle qualifie son témoignage de peu rassurant.

[37] De l'avis de la plaignante, en regard de l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*, les attentes du public sont élevées. Cette disposition est retenue pour l'imposition de la sanction aux chefs 2, 5 à 7.

[38] L'ensemble des chefs ne concerne qu'un seul patient. La plaignante mentionne qu'il y a pluralité d'infractions pour un même patient.

[39] Elle est d'avis que le dossier professionnel de l'intimé notamment en matière de consentement révèle que le Conseil n'est pas en présence d'un geste isolé.

[40] Ce dossier démontre que l'intimé a bénéficié d'avertissements tout au long de sa carrière. Elle constate que ceux-ci n'ont pas donné les résultats escomptés.

[41] Elle met en exergue les conséquences pénibles vécues par le patient.

[42] Selon la plaignante, le Conseil est en présence d'un risque de récurrence qu'elle qualifie d'important chez l'intimé. Son concept d'exercer en clinique seulement demeure flou. Elle mentionne que l'intimé est un jeune médecin qui peut acquérir l'équipement nécessaire et ainsi procéder à plusieurs types de chirurgie, et ce, en cabinet, hors le milieu hospitalier.

[43] La plaignante souligne que l'ensemble des infractions présente un degré élevé de gravité objective et que les principes de dissuasion et d'exemplarité doivent être retenus par le Conseil dans la détermination des sanctions à être imposées à l'intimé.

[44] Elle remet des autorités au soutien de sa position⁴.

ii) Argumentation de l'intimé

[45] L'intimé demande au Conseil de lui imposer des sanctions justes et convenables.

[46] Il invite le Conseil à individualiser les sanctions à lui être imposées.

[47] L'intimé plaide que le bas de la fourchette des sanctions devrait être retenu pour chacun des chefs.

[48] Les périodes de radiation recommandées par la plaignante ne sont pas appuyées par les précédents.

[49] Il rappelle qu'il a plaidé coupable aux chefs 2 et 7.

[50] Il plaide que le chef 2 découle d'un oubli pur et simple au protocole opératoire. Il s'agit d'un cas isolé, n'a aucun caractère répétitif et a été engendré par un surcroît de travail.

⁴ *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c. M-9, r. 17; *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* RLRQ c M-9, r 20.3; Jean-Guy Villeneuve, Nathalie Dubé et Tina Hobday, Delbie Desharnais, François Lebel et al., *Précis de droit professionnel*, Yvon Blais, 2007; *Pigeon c. Daigneault*, 2003 CanLII 32934 (QCCA); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Morris*, 2015 CanLII 23458 (QC CDCM); *Morris c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2017 QCTP 44 (CanLII); *Morris c. Tribunal des professions*, 2018 QCCS 1859 (CanLII); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Nguyen*, 2013 CanLII 25807 (QC CDCM); *Nguyen c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2016 QCTP 118 (CanLII); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Mercier*, 2011 CanLII 11576 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Dalrymple*, 2017 CanLII 5423 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c Laurion*, 2014 CanLII 30264 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c Vonniessen*, 2014 CanLII 64919 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c Lesage*, 2015 CanLII 66545 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bergeron*, 2016 CanLII 19387 (QC CDCM); *Genest c. Chicoine*, 2008 QCCS 4570; *Pomerleau c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2013 QCTP 50; *Camerlain c. Optométristes (Ordre professionnel des)*, 2007 QCTP 36-A.

[51] Un tel oubli fait partie des aléas du monde professionnel et nul n'est à l'abri d'une telle situation. Il argue que la recommandation de la plaignante et la jurisprudence soumise au soutien de celle-ci sont inappropriées. Pour ce chef, l'imposition d'une réprimande est tout indiquée.

[52] Le chef 7, soit le défaut de prendre l'acuité visuelle présente les mêmes attributs que le chef 2. L'intimé souligne son plaidoyer de culpabilité et son admission en cours d'enquête de la plaignante.

[53] Il mentionne qu'au cours de l'épisode de soins, l'acuité visuelle a été prise à cinq reprises. Ainsi, l'intimé n'ignore pas la règle. La gravité objective de cette infraction et la jurisprudence n'exigent pas une période de radiation, mais plutôt l'imposition d'une réprimande.

[54] Il aborde le chef 1 en soulignant que seule la deuxième partie du chef a été retenue soit son omission de renseigner le patient sur les différences entre les incisions relaxantes cornéennes de type AK (Astigmatic Keratotomy) et les incisions relaxantes limbiques et en omettant de l'informer des risques spécifiques associés aux incisions relaxantes cornéennes de type AK. Plus précisément quant aux risques, la possibilité d'inflammation post-opératoire a été divulguée.

[55] La preuve administrée lors de l'audition sur culpabilité permet de constater que le patient a eu de l'information, notamment par le document qu'il a reçu du personnel de

l'intimé⁵. Le Conseil doit juger du niveau de gravité de sa faute en matière de consentement suivant les circonstances propres de son dossier.

[56] Il est fortement en désaccord avec la recommandation de la plaignante.

[57] L'intimé souligne avoir modifié sa pratique prouvant que sa réflexion est sincère et qu'elle donne lieu à des gestes concrets de sa part.

[58] Au sujet du chef 5, son obligation d'administrer un Tap-inject au patient ne relève pas du cas clair. La décision de le faire ou de ne pas le faire n'était pas facile à prendre. La décision de le faire ne s'imposait pas d'emblée, au contraire. Dorénavant, tel que mentionné à son témoignage, il se tournera vers un confrère afin de connaître son opinion sur le cas. Cette déclaration devrait sécuriser le Conseil, il démontre qu'il chemine à travers le processus disciplinaire.

[59] Le chef 6 lui reproche l'absence de test de Siedel. L'intimé plaide qu'il avait la croyance sincère que ses incisions n'avaient pas causé de fuite. De plus, lors de la chirurgie, il sait qu'il n'y avait pas eu de perforation.

[60] De l'avis de l'intimé, ce chef ne présente pas une gravité objective élevée.

[61] Il souligne qu'il a offert une disponibilité totale et exceptionnelle au patient. À certaines occasions, il a vu le patient à deux reprises au cours la même journée.

⁵ Pièce P-10.

[62] L'intimé invite le Conseil à constater que son repentir est réel et sincère. Sa pratique est maintenant mieux contrôlée et il l'apprécie grandement.

[63] Il aborde le dossier professionnel produit par la plaignante. Selon lui, le Conseil doit retenir de ce dossier professionnel que depuis l'année 2012, aucun élément n'est survenu au sujet de sa pratique professionnelle.

[64] Il commente la jurisprudence déposée par la plaignante et conclut qu'aucune de ces causes soumises n'est applicable à son dossier. Il remet des autorités au soutien de sa position⁶.

⁶ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bergeron*, 2008 CanLII 4335 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Blais*, 2011 QCTP 42; *Médecins (Ordre professionnel des) c. Nguyen*, 2011 CanLII 72490 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bibi*, 2017 CanLII 67973 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Legault*, 2016 CanLII 91699 (QC CDCM); *Mainville c. Hôpital général de Montréal*, [1992] R.R.A., 579; *Médecins (Ordre professionnel des) c. Aumont*, 2017 CanLII 45015 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bergeron*, 2016 CanLII 19387 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Payne*, 2007 CanLII 73349 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Blais*, 2011 QCTP 42; *Médecins (Ordre professionnel des) c. Samet*, 2018 CanLII 69946 (QC CDCM); *Pilon c. Avocats*, 2004 QCTP 92 (CanLII); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Ferron*, 2019 CanLII 8551 (QC CDCM); *Paquet c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2011 QCTP 158 (CanLII); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Gay*, 2005 CanLII 68992 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Berthiaume*, 2017 CanLII 1711 (QC CDCM); *Audet c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2015 QCTP 95 (CanLII); *Royer c. Rioux, ès qualités de syndic*, 2004 CanLII 76507 (QCCQ).

ANALYSE

i) Les principes généraux en matière de sanction

[65] La sanction vise non pas à punir le professionnel fautif, mais à assurer la protection du public. En outre, la sanction doit dissuader la récidive du professionnel et être un exemple pour les autres membres de la profession⁷.

[66] Le Conseil souligne les enseignements du juge Chamberland de la Cour d'appel dans *Pigeon c. Daigneault*⁸ : « [...] il faut voir si le public est affecté par les gestes posés par le professionnel, si l'infraction retenue contre le professionnel a un lien avec l'exercice de la profession, [...] ».

[67] La protection du public est le premier critère à évaluer lors de l'imposition d'une sanction. Toutefois, « chaque cas est un cas d'espèce »⁹.

[68] Le Conseil estime que la gravité de la faute doit occuper une place importante dans la détermination de la sanction, tel qu'enseigné par la Cour d'appel dans l'affaire *Marston*¹⁰ :

[69] L'AMF a imposé une sanction que la juge de première instance qualifie de sévère, mais l'appelant ne me convainc pas qu'elle est déraisonnable. L'absence de conséquences fâcheuses pour les investisseurs et le caractère isolé de sa faute ne constituent pas des éléments suffisants pour occulter la gravité objective de la faute de l'appelant, son impact sur l'intégrité et la dignité de sa discipline, sur le caractère dissuasif associé à une sanction disciplinaire et son effet sur la protection du public.

⁷ *Pigeon c. Daigneault, supra*, note 4.

⁸ *Ibid.*

⁹ *Pigeon c. Daigneault, supra*, note 4.

¹⁰ *Marston c. Autorité des marchés financiers*, 2009 QCCA 2178.

[69] Au sujet de la protection du public, le Tribunal des professions enseigne ce qui suit dans l'affaire *Chevalier*¹¹ :

[18] Le Tribunal note que le juge Chamberland a parlé « au premier chef » de la protection du public, puis la dissuasion du professionnel de récidiver, puis l'exemplarité à l'égard des autres membres de la profession et enfin le droit par le professionnel visé d'exercer sa profession. Ainsi, ce droit du professionnel ne vient qu'en quatrième lieu, après trois priorités.

[70] Dans l'affaire *Nareau*¹², le Tribunal des professions revient sur cette notion de protection du public en citant un extrait de l'arrêt de la Cour d'appel du Québec dans le dossier *Salomon* qui définit avec précision les paramètres de la protection du public en matière disciplinaire :

[40] L'objectif poursuivi est la protection du public dont le volet perception du public revêt ici une importance particulière. Rappelons l'enseignement de la Cour d'appel dans *Salomon* :

Protection du public

[75] De fait, la mission première des ordres professionnels – et singulièrement celle de leur comité de discipline – est d'assurer la protection du public. Je suis plutôt d'accord avec l'avocat de Salomon lorsqu'il plaide que l'article 55.1 C.p. vise à assurer une protection immédiate au public et que les autres critères, dont l'exemplarité, doivent demeurer l'apanage du Comité de discipline. Par ailleurs, je ne suis pas certain, contrairement à ce prétend l'avocat de Salomon, qu'on puisse tracer une cloison étanche entre la protection du public et la perception du public. La dernière n'est-elle pas une composante de la première? **Le public n'est-il pas en droit de croire que les ordres professionnels prennent toutes les mesures pour éviter que certains de leurs membres, dont l'honnêteté a été mise en doute, ne puissent offrir leurs services au public?**

[Caractère gras dans l'original]

[Transcription textuelle et référence omise]

¹¹ *Chevalier c. Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des)*, 2005 QCTP 137.

¹² *Comptables professionnels agréés (Ordre professionnel des) c. Nareau*, 2018 QCTP 60.

[71] La jurisprudence est constante concernant le fait que le rôle du Conseil de discipline, lorsqu'il impose une sanction, est d'assurer la protection du public. Ce critère englobe également celui de la perception du public¹³. Dans la détermination des sanctions à imposer à l'intimé, le Conseil décide de faire de la protection du public sa priorité.

[72] En contrepartie du droit au titre professionnel et du pouvoir de poser certains actes, les membres des ordres professionnels assument de lourdes responsabilités.

[73] En devenant membre d'un ordre et en contrepartie des privilèges conférés par la loi, le professionnel acquiert « le droit exclusif au titre et le pouvoir tout aussi exclusif de poser certains actes »¹⁴.

[74] Le membre d'un ordre professionnel doit toutefois accepter les responsabilités qui en découlent, incluant le risque d'être sanctionné s'il manque à ses obligations déontologiques.

[75] La sanction est déterminée en proportion raisonnable de la gravité de la faute commise et elle doit atteindre les objectifs de protection du public, de dissuasion et d'exemplarité enseignés en jurisprudence.

¹³ *Salomon c. Comeau*, 2001 CanLII 20328 (QC CA) et *Choquette c. Avocats (Ordre professionnel des)*, 2012 QCTP 165.

¹⁴ *Dentistes (Ordre professionnel des) c. Dupont*, 2005 QCTP 7.

[76] L'harmonisation des sanctions voulant que des professionnels ayant commis des infractions semblables dans des circonstances similaires reçoivent des sanctions comparables est un objectif souhaitable.

[77] Or, le Conseil doit aussi respecter le principe de l'individualisation de la sanction et soupeser l'ensemble des facteurs aggravants et atténuants, pertinents à la détermination de la sanction de chaque affaire.

[78] Par ailleurs, la détermination de la sanction doit également prendre en compte le principe de la parité des sanctions. Toutefois, le Tribunal des professions dans son jugement *Chbeir*¹⁵ rappelle les enseignements de la Cour suprême dans l'affaire *Lacasse*¹⁶, selon lesquels le Conseil doit voir les fourchettes de peines comme des outils visant à favoriser l'harmonisation des sanctions et non pas comme des carcans, puisqu'elles n'ont pas un caractère coercitif. Le Tribunal des professions ajoute que le fait d'y déroger ne constitue pas une erreur de principe.

[79] Enfin, le Conseil devra prendre en considération le principe de la globalité de la sanction afin d'éviter d'imposer aux intimés une sanction accablante¹⁷.

¹⁵ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Chbeir*, 2017 QCTP 3. Voir aussi *Adle c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2018 QCTP 12, pourvoi en contrôle judiciaire rejeté par *Adle c. Tribunal des professions*, 2019 QCCS 1283.

¹⁶ *R. c. Lacasse*, 2015 CSC 64.

¹⁷ *Dallaire c. Agronomes (Ordre professionnel des)*, 2016 QCTP 137 et *Duguay c. Dentistes (Ordre professionnel des)*, 2019 QCTP 31.

[80] La jurisprudence doit être évolutive afin de s'adapter à l'époque et aux problématiques qui peuvent survenir relativement à un type d'infraction en particulier¹⁸.

i) Les facteurs objectifs

[81] Les infractions commises par l'intimé sont intrinsèquement graves et sont au nombre de cinq.

[82] Chacune d'elles concernent l'essence même de la profession de médecin, laquelle repose sur des valeurs fondamentales telles que l'obligation de donner des soins consciencieux et attentifs à tous les patients.

[83] Selon la décision sur culpabilité et pour les fins de l'imposition des sanctions, le Conseil se doit d'imposer une sanction en fonction de l'article 29 du *Code de déontologie des médecins*¹⁹ sous le chef 1, alors que pour les chefs 2, 5, 6 et 7, l'article 47 du *Code* est retenu.

ii) Les facteurs subjectifs

[84] L'intimé n'a pas d'antécédents disciplinaires et a reconnu sa culpabilité aux chefs 2 et 7 de la plainte portée contre lui. Il a collaboré à l'enquête de la plaignante.

[85] Son témoignage fait ressortir un repentir sincère et le processus disciplinaire semble avoir eu un impact significatif sur sa vision de l'exercice de sa profession.

¹⁸ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Chbeir, supra*, note 15.

¹⁹ RLRQ, c. M-9, r.17.

[86] Il a limité sa pratique en cabinet, n'exerçant plus dans un centre hospitalier. Cette décision implique qu'il ne peut pratiquer de chirurgie qu'il qualifie de majeure.

[87] Il s'agit de circonstances atténuantes qui doivent recevoir un poids important.

[88] Le risque de récurrence de l'intimé fait l'objet d'un débat entre les parties.

[89] L'intimé est d'avis que son risque de récurrence est faible grâce aux changements apportés à sa façon d'exercer sa profession, dont son engagement formel à ne plus pratiquer en centre hospitalier. Une preuve sérieuse de sa prise de conscience a été offerte au Conseil.

[90] La plaignante, au contraire, demande au Conseil de statuer qu'un risque de récurrence est présent notamment par le dossier professionnel de l'intimé qui démontre son absence chronique à apporter les correctifs suggérés par les différents intervenants.

iii) Le dossier professionnel de l'intimé

[91] Le recours aux avertissements antérieurs sur la conduite d'un professionnel est admissible comme élément utile à l'établissement d'une sanction²⁰. Il est utile dans l'établissement d'un risque de récurrence.

[92] Le 28 février 1996, un syndic adjoint écrit à l'intimé afin de l'informer qu'il entérine la décision du Conseil d'administration du Centre hospitalier régional de Baie-Comeau

²⁰ *Genest c. Chicoine*, supra, note 4; *Genest c. Mercure*, 2008 QCCA 2139; *Pomerleau c. Médecins (Ordre professionnel des)*, supra note 4.

d'imposer à l'intimé une réprimande pour son inconduite à l'égard d'un patient²¹. Il est recommandé à l'intimé de participer aux ateliers sur la relation patient-médecin. Il donnera suite à cette recommandation au cours de l'année 2012.

[93] Le 15 avril 2003, un syndic adjoint mentionne à l'intimé qu'il ne retient pas les reproches formulés par un patient, mais l'invite à porter une attention à son langage assez direct²².

[94] Le 9 juin 2008, une syndique adjointe procède à la fermeture d'un dossier d'enquête au sujet de l'intimé tout en déplorant le manque de collaboration à son enquête²³.

[95] Le 15 septembre 2008, une syndique adjointe procède à la fermeture d'un dossier d'enquête tout en soulignant que la patiente reprochait à l'intimé une absence d'information avant la chirurgie. De plus, la syndique adjointe note qu'elle se doit, à l'instar du médecin examinateur d'un centre hospitalier, de réitérer à l'intimé qu'il ne peut pratiquer aucune chirurgie esthétique en milieu hospitalier sans avoir préalablement obtenu l'autorisation et conclu une entente quant au paiement des frais²⁴.

[96] Le 21 septembre 2010, le Conseil d'administration du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières impose à l'intimé une réprimande pour son défaut de s'être assuré que

²¹ Pièce SP-1, p. 8.

²² Pièce SP-1, p. 10 et 11.

²³ Pièce SP-1, p. 15.

²⁴ Pièce SP-1, p. 16 et 17.

son patient comprenne bien « les tenants et les aboutissants » de la chirurgie envisagée, en soulignant que l'obligation légale d'information incombe au médecin²⁵.

[97] Le 23 février 2011, l'intimé reçoit des recommandations du comité d'inspection professionnelle à la suite de la visite d'inspection professionnelle effectuée au Centre hospitalier général de Trois-Rivières et au cabinet de l'intimé le 11 février 2011. Le Conseil reproduit les plus pertinentes pour les fins du présent dossier²⁶ :

[...]

2. Avant de procéder à une intervention chirurgicale, vous devez vous assurer que la personne devant subir l'intervention donne son consentement. Pour ce faire, vous devez fournir à votre patient les renseignements nécessaires à un consentement libre et éclairé. Vous devez contresigner, avant la chirurgie l'autorisation fournie par le patient indiquant qu'il approuve le contenu du document. La formule de consentement est un ajout à l'information verbale et non pas une mesure visant à la remplacer. Lorsque cela s'avère pertinent (urgence, mesures inhabituelles, etc.), vous devriez inscrire les renseignements donnés à votre patient.

7. La tenue de vos dossiers, en cabinet, doit être améliorée particulièrement à l'égard de l'élément suivant :

- le diagnostic doit être formulé selon les nomenclatures reconnues et être le plus précis possible. Il faut éviter d'inscrire un diagnostic descriptif. Si le problème demeure à un stade indifférencié, un diagnostic différentiel proposant les diagnostics les plus probables, devrait être inscrit;

[...]

[98] Le 11 juin 2012, la plaignante écrit à l'intimé pour l'informer qu'elle procède à la fermeture d'un dossier d'enquête. Dans le cadre de cette correspondance, elle mentionne qu'il est par ailleurs possible de se questionner sur la relation médecin-patient qui a pu avoir cours entre l'intimé et son patient. Elle souligne qu'une explication plus claire avec

²⁵ Pièce SP-1, p. 1 à 4 et 18.

²⁶ Pièce SP-3.

un souci d'une meilleure communication de sa part aurait pu éviter la demande d'enquête du patient concerné²⁷.

[99] Le 21 juin 2012, un syndic adjoint invite l'intimé à réfléchir à la suite de la demande d'enquête d'une jeune patiente et de remettre en question certains aspects de sa prise en charge postopératoire de cette patiente. Il procède à la fermeture du dossier, mais informe l'intimé que cette correspondance est consignée à titre d'avertissement à son dossier professionnel²⁸.

[100] La suite du dossier professionnel de l'intimé comporte des éléments postérieurs aux dates d'infraction situées principalement en septembre et octobre 2012.

[101] Des demandes d'enquêtes postérieures à la commission des infractions ainsi que des constats du comité d'inspection professionnelle en 2015 au sujet de la qualité de l'exercice de sa profession sont produits en preuve par la plaignante.

[102] Bien que l'intimé ne fasse pas l'objet d'une plainte concernant ces comportements, le Conseil peut les prendre en considération dans l'évaluation du risque de récidive tel que le mentionnait la juge Charron de la Cour suprême dans l'affaire *R. c. Angelillo*²⁹ :

[...] Le Tribunal ne peut infliger une peine au délinquant qu'à l'égard de l'infraction pour laquelle celui-ci a été condamné et cette peine doit être proportionnelle à la gravité de l'infraction. De plus, le juge peut et doit exclure des éléments de preuve qui sont par ailleurs pertinents si leur effet préjudiciable l'emporte sur leur valeur probante, compromettant ainsi le droit du délinquant à un procès équitable. Enfin, le tribunal doit faire la distinction entre la prise en compte de faits démontrant la commission d'une infraction n'ayant fait l'objet

²⁷ Pièce SP-1, p. 19 et 22.

²⁸ Pièce SP-1, p. 21.

²⁹ 2 R.C.S. 728, 2006 CSC, p. 26, paragr. 32.

d'aucune accusation dans le but de punir l'accusé pour *cette autre infraction*, et leur prise en compte pour établir la réputation et le caractère du délinquant ou le risque de récidive, dans le but de déterminer la peine appropriée pour *l'infraction en cause*. [...]

[103] Le Tribunal des professions applique cette règle dans l'affaire *Dupont*³⁰ et écrit :

[53] Dans l'arrêt la *Reine c. Maheu*, cité avec approbation par la Cour suprême du Canada dans *R. c. Proulx*, la Cour d'appel du Québec énumère divers facteurs pertinents dans l'évaluation du risque de récidive, notamment la conduite du délinquant postérieure à la perpétration de l'infraction. Le principe s'applique tout aussi bien en droit disciplinaire.

[104] Le 8 mai 2013, un syndic adjoint mentionne à l'intimé qu'à la suite de sa consultation d'un expert ophtalmologiste possédant une longue expérience de la cataracte, la décision de l'intimé de corriger le problème de la patiente par une inversion de la lentille est « une aberrance sur le plan thérapeutique ». La situation étant suffisamment sérieuse, le syndic adjoint sert un avertissement à l'intimé concernant la qualité de sa démarche diagnostique et la sécurité de ses décisions chirurgicales³¹.

[105] Le 26 novembre 2014, une syndique adjointe écrit à l'intimé qu'à la suite de sa consultation de deux experts, elle est d'avis que sa façon de traiter une tension oculaire élevée à la période postopératoire d'une chirurgie de la cataracte ne correspond pas aux normes médicales les plus élevées³².

[106] Le 3 septembre 2015, l'intimé reçoit les recommandations du comité d'inspection professionnelle à la suite de la visite d'inspection professionnelle effectuée au Centre

³⁰ *Dentistes (Ordre professionnel des) c. Dupont*, 2005 QCTP 7.

³¹ Pièce SP-1, p. 24.

³² Pièce SP-1, p. 25.

hospitalier régional de Trois-Rivières et au cabinet de l'intimé le 10 juin 2015. Le Conseil reproduit les recommandations du comité³³ :

Qualité de l'exercice

1. Vous devez vous assurer que la description faite sur votre protocole opératoire soit en relation avec le ou les diagnostics que vous avez élaborés.

2. Le comité d'inspection professionnelle vous suggère de prendre en considération les recommandations des sociétés savantes pour le traitement et le suivi des patients présentant une élévation de la tension oculaire après une chirurgie de la cataracte.

[...]

[107] Le 21 août 2017, une syndique adjointe, à la suite d'une demande d'enquête formulée par une patiente suivie par l'intimé depuis août 2012, lui reproche son délai de prise en charge de celle-ci, soit deux mois après le début des symptômes présentés. La syndique adjointe est d'avis que ce délai est déraisonnable pour cette patiente à risque ayant développé des complications sérieuses par le passé. Elle procède à la fermeture du dossier d'enquête³⁴.

[108] Face à ce tableau, le Conseil doit décider du risque de récurrence qui doit être imputé à l'intimé.

[109] Les dossiers et avertissements antérieurs aux dates d'infraction sont nombreux. À ceci s'ajoutent les dossiers et avertissements postérieurs aux dates d'infraction.

³³ Pièce SP-3.

³⁴ Pièces SP-2 et SP-1, p. 77.

[110] Cet ensemble qui s'échelonne dans le temps démontre une forme de laxisme de la part de l'intimé dans sa pratique et touche parfois même à l'essence même des actes médicaux qu'il pose.

[111] En revanche, le Conseil a pris bonne note du témoignage de l'intimé, de sa limitation volontaire d'exercer en centre hospitalier réduisant le type de chirurgie qu'il peut effectuer. Ce témoignage offre un contrepoids important au constat qui précède.

[112] Considérant ce qui précède et le nombre de chefs pour lesquels le Conseil doit imposer une sanction, le risque de récurrence de l'intimé sera évalué en fonction des différents chefs plutôt que de façon globale.

[113] Le Conseil aborde maintenant chacun des chefs.

Le chef 1

[114] Le chef 1 reproche à l'intimé ce qui suit :

1. En omettant de s'assurer que son patient reçoive, avant sa chirurgie du 4 octobre 2012, toutes les explications pertinentes pour choisir de manière libre et éclairée un traitement de son astigmatisme par incisions relaxantes plutôt que par des lentilles intraoculaires toriques, notamment en omettant de le renseigner sur les différences entre les incisions relaxantes cornéennes de type AK (Astigmatic Keratotomy) et les incisions relaxantes limbiques et en omettant de l'informer des risques spécifiques associés aux incisions relaxantes cornéennes de type AK, contrairement aux articles 28 et 29 *du Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17 et commettant de par ce fait un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession, contrairement à l'article 59.2 *du Code des professions*, RLRQ c C-26;

[115] Il convient de souligner d'entrée de jeu que le consentement du patient à la chirurgie bilatérale simultanée de la cataracte n'est pas remis en question. Le patient a

donné un consentement libre et éclairé à cette chirurgie notamment par sa lecture et sa signature du formulaire de consentement³⁵.

[116] Les versions du patient et de l'intimé relatant le contenu de leur unique rencontre au cabinet de l'intimé le 5 septembre 2012 sont fort différentes, sauf pour la durée, soit de dix minutes³⁶.

[117] Dans le cadre de sa décision sur culpabilité, le Conseil a retenu la version du patient qui a mentionné, en résumé, que le choix entre les incisions relaxantes et une lentille torique pour corriger son astigmatisme lui a été présenté par le personnel de l'intimé.

[118] Ainsi, lors de sa visite du 11 septembre 2012 alors que le patient est face au choix des incisions relaxantes ou d'une lentille intraoculaire torique pour traiter son astigmatisme à l'œil gauche, les réponses à ses questions sont obtenues par le personnel de l'intimé.

[119] La note au dossier du 11 septembre 2012 du personnel de l'intimé est claire : « Risques et bénéfices expliqués et informations sur les lentilles ». De plus, le consentement écrit à la chirurgie est signé à cette même date, soit le 11 septembre 2012³⁷.

³⁵ Pièce P-10, p. 16 à 18.

³⁶ Pièce I-8.

³⁷ Pièce 10, p. 16 à 18.

[120] Le patient arrête son choix sur les incisions relaxantes et revient au bureau de l'intimé effectuer le paiement le 14 septembre 2012³⁸.

[121] Le Conseil a décidé que l'intimé a omis de fournir au patient toutes les explications pertinentes pour choisir de manière libre et éclairée un traitement de son astigmatisme par des incisions relaxantes de type AK ou par une lentille intraoculaire torique. De plus, il a également omis de l'informer des risques spécifiques associés aux incisions relaxantes cornéennes de type AK.

[122] Le Conseil doit imposer une sanction en fonction de l'article 29 du *Code de déontologie des médecins* qui mentionne ce qui suit :

29. Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.

[123] La plaignante recommande l'imposition d'une période de radiation de six mois alors que l'intimé recommande une radiation d'un mois.

[124] Le récent jugement du Tribunal des professions dans l'affaire *Bissonnette* énonce les principes qui suivent³⁹ :

[29] Le devoir déontologique imposé à un médecin de fournir les explications pertinentes à une bonne compréhension et d'obtenir le consentement libre et éclairé de son patient avant de poser un acte médical est une obligation qui revêt un haut

³⁸ Pièce P-10, p. 24.

³⁹ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bissonnette*, 2019 QCTP 51, pourvoi en contrôle judiciaire déposé, dossier 500-17-108500-193.

niveau d'intensité. Au plan professionnel, il s'agit d'une mesure visant la protection du public dans sa dimension de protection des droits fondamentaux de la personne.

[30] L'intégration des dispositions des articles 28 et 29 au *Code de déontologie des médecins* fait écho aux impératifs liés aux droits et protections reconnus à toute personne en regard de son autonomie, son intégrité et son inviolabilité.

[31] L'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne* édicte ceci :

1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

[...].

[32] Les articles 10 et 11 du *Code civil du Québec (C.c.Q.)* énoncent ceci :

10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

[...].

[33] En matière de soins de santé, les articles 9 et 10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* précisent ceci :

9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.

10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

[34] Finalement, dans l'arrêt *Pinsonneault*, en contexte de responsabilité civile, la Cour d'appel du Québec dresse un bref rappel des principes fondamentaux régissant les obligations de renseignement et d'obtention d'un consentement libre et éclairé.

[142] Le médecin a quatre grandes catégories d'obligations à l'endroit de son patient : (1) obtenir son consentement libre et éclairé, ce qui entraîne de sa part l'obligation de satisfaire à son devoir d'information; (2) poser un diagnostic juste sur la condition du patient; (3) lui prescrire et lui administrer un traitement adéquat; et (4) respecter le secret professionnel. Cette dernière obligation n'est pas en cause dans cet appel.

[143] Le droit à l'autonomie, à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne humaine et son corollaire, le droit de toute personne de ne pas être soumise à des soins sans son consentement, sont notamment consacrés aux articles 10 et 11 C.c.Q. De ce droit découle l'obligation qu'a le médecin d'obtenir le consentement éclairé de son patient avant de poser un acte médical sur sa personne, ce qui implique une obligation de renseignement sur l'intervention ou le traitement médical envisagé. Permettre au patient d'accepter ou de refuser une intervention ou un traitement médical en toute connaissance de cause constitue la finalité du devoir de renseignement.

[144] Ce devoir de renseignement est une obligation de moyens dont l'intensité varie en fonction de plusieurs paramètres, telles l'urgence de la situation, la nécessité ou non de procéder à l'intervention ou encore la situation particulière du patient et ses questionnements. Les renseignements attendus du médecin portent, notamment, sur le diagnostic, la nature et l'objectif de l'intervention ou du traitement, les effets escomptés, les risques encourus, les choix thérapeutiques et les conséquences d'un défaut d'intervention ou de traitement. Ce sont les risques statistiquement significatifs, probables, prévisibles et connus qui doivent être divulgués, de même que les risques statistiquement peu élevés, mais dont les conséquences sont très importantes.

[Références omises]

[125] Ces extraits cités à partir d'un jugement rendu récemment par le Tribunal des professions ne laissent aucun doute sur les principes fondamentaux régissant les obligations de renseignement et d'obtention d'un consentement libre et éclairé.

[126] Malgré le témoignage de l'intimé qui déclare avoir bien compris ses obligations, il faut noter qu'antérieurement à la date d'infraction du chef 1, une attention particulière à son devoir d'information et d'obtention d'un consentement libre et éclairé lui a été

rappelée par l'imposition d'une réprimande par le conseil d'administration du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières en septembre 2010⁴⁰. De plus, en février 2011, le comité de l'inspection professionnelle lui formule une remarque précise à cet effet⁴¹.

[127] Ainsi, le dossier professionnel de l'intimé permet de déterminer qu'un risque de récurrence de l'intimé est présent face à ses obligations d'information et d'obtention d'un consentement libre et éclairé.

[128] Le Conseil détermine que le retrait de l'intimé de sa pratique en centre hospitalier a peu d'incidence en matière de consentement. L'obligation du médecin en matière de consentement ne connaît pas d'intensité différente, qu'elle s'exerce en centre hospitalier ou en cabinet.

[129] Le Conseil retient le jugement du Tribunal des professions dans l'affaire *Morris*⁴² qui présente plusieurs similarités avec le présent dossier. Le Tribunal cite avec approbation plusieurs extraits de la décision sur sanction du conseil de discipline du Collège des médecins du Québec rendue dans cette affaire Morris :

[151] Bien que l'appelant n'ait pas de condamnation disciplinaire antérieure, le Conseil considère que dès 1984, l'appelant a reçu de nombreux avertissements par le Collège des médecins qu'il contestait, tout comme la présente affaire.

[152] L'ensemble de la situation amène le Conseil à conclure que la décision « soit exemplaire et dissuasive bien entendu sans vouloir punir l'intimé. ».

⁴⁰ Pièces SP-1, p. 1 à 4.

⁴¹ Pièce SP-3.

⁴² *Morris c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2017 QCTP 44. Pourvoi en contrôle judiciaire rejeté, *Morris c. Tribunal des professions*, 2018 QCCS 1859.

[153] En se référant à certains jugements du Tribunal des professions, le Conseil affirme que la jurisprudence doit être évolutive et « s'adapter non seulement à l'époque dans laquelle elle s'inscrit mais au surplus, aux différentes problématiques qui surgissent de temps à autre concernant un type d'infraction en particulier ».

[154] Le Conseil renchérit sur ce point en mentionnant ce qui suit :

[59] Le Tribunal des professions a d'ailleurs réitérer que dans une situation comme celle en l'espèce, où les sanctions imposées ne semblent pas être parvenues à convaincre les membres de la profession du caractère inacceptable d'un certain comportement, et ce en l'espèce le fait de ne pas obtenir un consentement libre et volontaire de son patient, le fait de ne pas poser un diagnostic avec le plus de rigueur, le fait de ne pas poser de geste intempestif il devient d'autant plus justifiable de s'écarter de ces sanctions clémentes :

« À cet égard, afin d'assurer la finalité du droit disciplinaire, qui est de protéger le public, le décideur sera justifié de s'écarter de la fourchette des sanctions habituellement prononcées. Cette affirmation sera particulièrement applicable lorsque les sanctions antérieures moins sévères n'ont pas dissuadé les membres de la profession de commettre ce type d'infraction. ».

(Reproduction exacte)

(Référence omise)

[155] C'est pourquoi le Conseil détermine qu'une période maximale de six mois de radiation temporaire assortie d'une amende de 1 500 \$ est une sanction appropriée, juste et équitable qu'il répartit de la façon suivante :

[62] Les périodes de radiation temporaire pour chacun des chefs de la plainte amendée sont les suivantes : chef 1, 1 mois, chef 2, 2 mois, chef 3, 6 mois, chef 4, 4 mois, chef 6, 6 mois, chef 7, 1 mois et chef 8, une réprimande et une amende de 1 500 \$, lesdites périodes de radiation temporaire devant être purgées concurremment.

[156] Le Conseil en arrive à ce résultat en exprimant la réflexion suivante :

[63] Le Conseil tient en terminant à préciser que l'examen et la lecture des décisions fournies par les parties l'ont convaincu que les sanctions imposées en semblable matière depuis de nombreuses années n'ont pas réussi à conscientiser les médecins sur l'importance de leurs obligations professionnelles et leur devoir de les respecter. Comme le Tribunal le mentionnait, l'exercice d'une profession est un privilège et non un droit, qui comporte des obligations corrélatives, notamment celle de respecter les exigences édictées par l'Ordre. En acceptant de devenir membre de cet Ordre, le professionnel acquiert le privilège de pratiquer la profession de médecin, mais doit également assumer toutes les responsabilités

qui en découlent, incluant le risque de se voir imposer l'une ou plusieurs des sanctions prévues au *Code des professions*, dans le cas où le Conseil de discipline en viendrait à la conclusion qu'il a contrevenu à ses obligations.

[Références omises]

[130] À titre de précédent supplémentaire, il est utile de souligner le jugement du Tribunal des professions dans l'affaire *Nguyen*⁴³. Dans ce dossier, ce professionnel a fait défaut, préalablement à deux interventions chirurgicales, d'obtenir de sa patiente un consentement libre et éclairé. Le Tribunal rejette l'appel de D^r Nguyen et confirme les périodes de radiation de cinq mois imposée par le conseil de discipline sur chacun de ces chefs.

[131] Ainsi tout en étant conforme aux sanctions imposées dans les affaires *Morris*⁴⁴ et *Nguyen*⁴⁵, la recommandation de sanction de la plaignante est proportionnée à la gravité intrinsèque de l'infraction et aux circonstances du dossier de l'intimé.

[132] À la lumière des enseignements du Tribunal des professions, le Conseil impose à l'intimé une période de radiation d'une durée de six mois sous le chef 1.

Chef 2

[133] Sous les chefs 2, 5, 6 et 7, l'intimé a été déclaré coupable d'avoir contrevenu à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*⁴⁶. Cet article est libellé ainsi :

⁴³ *Nguyen c. Médecins (Ordre professionnel des)*, *supra*, note 5.

⁴⁴ *Morris c. Médecins (Ordre professionnel des)*, *supra*, note 4; pourvoi en contrôle judiciaire rejeté, *Morris c. Tribunal des professions*, 2018 QCCS 1859.

⁴⁵ *Nugyen c. Médecins (Ordre professionnel des)*, *supra*, note 4.

⁴⁶ RLRQ, c. M-9, r.17.

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

[134] Le défaut de respecter cette disposition compromet la sécurité du public. Les infractions mettant en cause l'article 47 du *Code de déontologie* sont intrinsèquement graves.

[135] Le chef 2 est libellé comme suit :

2. En constituant un protocole opératoire incomplet, notamment quant au recours aux incisions relaxantes cornéennes de type AK, à la profondeur des incisions calculées et effectuées, au moment précis où les incisions ont été effectuées pendant la chirurgie et à l'incident ou la raison ayant amené la suture de ces incisions pendant la chirurgie, contrairement à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17;

[136] L'intimé a plaidé coupable sous ce chef.

[137] La plaignante recommande une période de radiation de deux mois alors que l'intimé recommande l'imposition d'une réprimande.

[138] Les informations manquantes au protocole opératoire telles le recours par l'intimé aux incisions relaxantes cornéennes de type AK, à la profondeur des incisions calculées et effectuées, au moment précis où les incisions ont été effectuées, ne sont pas de menus détails. L'obligation de rédiger un protocole opératoire est une obligation de résultat considérant son importance pour l'ensemble des intervenants au dossier du patient⁴⁷.

⁴⁷ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Mercier*, supra, note 4.

[139] Par ailleurs, l'intimé ayant quitté la pratique en centre hospitalier, son risque de récurrence est fortement amenuisé, et ce malgré que ce point fasse partie des recommandations faites à l'intimé par le comité d'inspection professionnelle à la suite de l'inspection du 10 juin 2015⁴⁸.

[140] L'étude de la jurisprudence des parties permet de dégager les principes suivants.

[141] Dans l'affaire *Bergeron*⁴⁹, le conseil de discipline impose en 2008 une réprimande et une amende de 1 000 \$ à ce médecin ayant constitué un protocole opératoire incomplet quant à l'état de la capsule, l'étendue de la hernie du vitré, la position de la LIO, l'élargissement de la plaie avant exérèse de la lentille et la nécessité de procéder à l'exérèse de la LIO, et des notes manuscrites illisibles au dossier médical de l'hôpital et du cabinet, risquant ainsi de nuire au suivi du patient et de retarder la prise de décisions importantes pour sa santé.

[142] Les autorités soumises par la plaignante font état d'un caractère répétitif d'une infraction qui reproche l'absence, pour une certaine période, de tout protocole opératoire. Ainsi, dans l'affaire *Dalrymple*⁵⁰, la décision fait état que cette infraction est commise à 36 reprises, alors que dans le dossier *Mercier*, elle s'est produite à 22 reprises⁵¹. Le chef 2 du dossier de l'intimé ne présente pas ces cas de figure.

⁴⁸ Pièce SP-1, p. 7.

⁴⁹ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bergeron*, supra, note 6.

⁵⁰ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Dalrymple*, supra, note 4.

⁵¹ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Mercier*, supra, note 4.

[143] L'intimé a rédigé un protocole opératoire et des informations, certainement importantes, y sont manquantes. Le Conseil doit prononcer une sanction en fonction de la situation factuelle propre à ce chef.

[144] Compte tenu de ce qui précède, le Conseil est face à un geste isolé, mais qui s'inscrit dans un continuum de fautes déontologiques qui ont eu un impact sur le patient mentionné à la plainte. Ainsi une courte période de radiation doit être imposée.

[145] Le Conseil juge qu'une période de radiation de deux semaines, à purger concurremment avec les autres périodes, ne banalise pas l'infraction commise par l'intimé tout en tenant compte des circonstances atténuantes propres à ce chef.

[146] Ainsi, le Conseil impose à l'intimé, sous le chef 2, une période de radiation de deux semaines, à purger concurremment avec les autres périodes.

Les chefs 5 et 6

[147] Le Conseil aborde maintenant les chefs 5 et 6 reprochant des omissions à l'intimé dans le traitement du cas du patient. La plaignante recommande l'imposition d'une période de radiation de cinq mois sous ces chefs alors que l'intimé recommande une radiation d'un mois.

[148] À nouveau, les dispositions de l'article 47 du *Code de déontologie des médecins* sont retenues pour les fins de l'imposition de la sanction.

[149] Le chef 6 est libellé comme suit :

6. En omettant de procéder à un test d'étanchéité des plaies (test de Seidel) lors de la première visite post-opératoire de son patient le 5 octobre 2012, contrairement aux articles 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17 et commettant de par ce fait un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession, contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions*, RLRQ c C-26;

[150] Lors de la chirurgie du patient, deux béances anormales causées par les incisions AK obligent l'intimé à placer un point de suture au milieu de chaque incision de l'œil gauche du patient.

[151] Le chef 6 situe le reproche au 5 octobre 2012. Il s'agit du premier rendez-vous postopératoire pour le patient à la suite de la chirurgie subie la veille soit le 4 octobre.

[152] Le patient rencontre l'intimé lors de cette première consultation postopératoire. Il la qualifie de brève. On lui dit que « tout est correct ». Des rendez-vous sont fixés les 18 et 24 octobre 2012.

[153] Lors de l'audition sur culpabilité, l'intimé admet qu'il n'a pas fait le test d'étanchéité des plaies (test de Seidel) tel que reproché par la plaignante puisqu'il est d'avis qu'une vérification efficace de l'étanchéité de celles-ci s'effectue en instillant les gouttes nécessaires à la prise de la tension intraoculaire.

[154] Il a mentionné qu'il vérifie l'étanchéité des plaies créées par les incisions avec les gouttes qu'il utilise pour vérifier la tension intraoculaire.

[155] Pour lui, cela est suffisant afin de lui permettre de constater si les plaies fuient. Il n'a pas constaté de fuites émanant de ces plaies. De plus, il est convaincu qu'il n'a pas fait de perforations lors de la chirurgie.

[156] Le chef 5 est libellé comme suit :

5. En omettant de procéder immédiatement à une culture du vitré et injection intra-vitréenne d'antibiotiques (« TAP-Inject ») lorsque son patient s'est présenté à son cabinet avec des signes d'inflammation intraoculaire post-opératoire à l'œil gauche le 19 octobre 2012, contrairement aux articles 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17 et commettant de par ce fait un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession, contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions*, RLRQ c C-26;

[157] Le 18 octobre 2012, le patient se présente à son deuxième rendez-vous postopératoire qui suit la chirurgie subie le 4 octobre. Lors de cette consultation, il reçoit l'information suivante : « que son œil droit est à 100 % et que l'œil gauche est encore en traitement ».

[158] L'intimé ne voit pas le patient le 18 octobre 2012. Les symptômes rapportés par le patient sont notés par son personnel. Il est inscrit au dossier : une tension intraoculaire à 2 puis à 7, cornée strié +/-, grattement, inconfort, beaucoup larme.

[159] Dans la nuit du 18 au 19 octobre 2012, le patient est réveillé par une douleur intense à l'œil gauche et des maux de tête. Vers 8 h 30, il se rend sans rendez-vous au bureau de l'intimé.

[160] Lors de cette visite, l'intimé lui prescrit différents types de gouttes fortifiées et un médicament visant à faire baisser la pression oculaire.

[161] Le 19 octobre 2012, les symptômes notés sont : douleur, une tension intraoculaire à 48, œdème de la cornée, fibrine +.

[162] Dans sa décision sur culpabilité, le Conseil a jugé qu'un Tap-Inject représentait la norme médicale à adopter par l'intimé le 19 octobre 2012 considérant les circonstances décrites par le présent dossier.

[163] Sous les chefs 5 et 6, le risque de récurrence pourrait reposer sur la façon dont l'intimé exerçait la médecine avant février 2018. Selon les déclarations de l'intimé, depuis cette date, sa pratique est fortement modifiée.

[164] Le dossier professionnel de l'intimé est davantage éclairant quant à une certaine déficience de sa démarche diagnostique par des dossiers postérieurs à la date des infractions en cause, il s'agit d'un passé récent.

[165] La protection du public justifie amplement une sanction de radiation sous chacun des chefs 5 et 6.

[166] Le Conseil analyse maintenant la jurisprudence applicable sous ces chefs.

[167] Parmi les décisions retenues pour les fins de son analyse, le Conseil précise que seuls les chefs d'infraction de ces décisions où une sanction est imposée en vertu de l'article 47 du *Code de déontologie des médecins* font l'objet d'une étude.

[168] Dans l'affaire *Rabban*⁵², la déclaration de culpabilité au premier chef révèle le défaut de ce médecin d'élaborer son diagnostic avec la plus grande attention et d'utiliser les méthodes scientifiques reconnues et plus particulièrement lors de son investigation

⁵² *Médecins (Ordre professionnel des) c. Rabbani*, 2019 CanLII 12915 (QC CDCM), décision sur sanction portée en appel devant le Tribunal des professions, dossier 505-80-008579-195.

auprès de sa patiente et lors de deux consultations. Le conseil de discipline lui impose une période de radiation de six mois sous ce chef.

[169] Dans l'affaire *Gilbert*⁵³, l'intimé enregistre un plaidoyer de culpabilité sur les huit chefs d'infraction contenus à la plainte portée contre lui. Pour six chefs d'infraction, ce médecin plaide coupable à des manquements à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins* pour avoir prescrit des médicaments de façon intempestive. Ce professionnel bénéficiait de certaines circonstances atténuantes relevées par le conseil de discipline qui lui impose des périodes de radiation de trois et quatre mois sur ces chefs.

[170] Le Conseil aborde l'affaire *Bergeron*⁵⁴. Dans ce dossier, le médecin enregistre un plaidoyer de culpabilité aux deux chefs portés contre lui. Il lui est reproché au premier chef d'avoir procédé intempestivement, sans justification ou raison médicale suffisante, à une chirurgie pancréatique avec splénectomie, sans avoir au préalable procédé à une investigation adéquate afin de préciser le diagnostic et sans avoir une connaissance complète du dossier clinique, radiologique et biochimique de cette patiente. Le conseil de discipline énumère plusieurs circonstances atténuantes notées au dossier de ce professionnel et lui impose une période de radiation de quatre mois sur ce chef.

[171] Dans le dossier du D^{re} *Saksena*⁵⁵, ce médecin plaide coupable d'avoir prescrit du lithium sans s'assurer de l'indication d'une telle médication et à un second chef lui

⁵³ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Gilbert*, 2015 CanLII 49181 (QC CDCM).

⁵⁴ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bergeron*, *supra*, note 6.

⁵⁵ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Saksena*, 2017 CanLII 62824 (QC CDCM).

reprochant d'avoir augmenté la dose de lithium sans s'appuyer sur une évaluation complète et sur une base clinique suffisante. Dans le dispositif de sa décision, le conseil de discipline prend acte de trois engagements de l'intimée et lui impose deux périodes de radiation temporaire de deux mois et demi.

[172] Le Conseil aborde maintenant quatre décisions rendues au cours de l'année 2019.

[173] Le dossier *Pordan*⁵⁶ révèle que ce médecin plaide coupable à trois chefs d'infraction, dont un pour avoir omis de procéder à l'évaluation adéquate de sa patiente qui la consultait pour une symptomatologie de douleurs, notamment en négligeant d'effectuer un examen physique approprié. Le conseil de discipline note que la jurisprudence en semblable matière établit une fourchette de sanctions allant de quelques semaines à plusieurs mois de radiation. Il impose à D^{re} Pordan une période de radiation de deux mois.

[174] Dans le dossier *Gariépy*⁵⁷, cette professionnelle plaide coupable à trois chefs d'infraction, dont l'un pour avoir posé un diagnostic de glaucome, à la suite d'un questionnaire et d'un examen insuffisants qui ne permettraient pas de soutenir ce diagnostic et un second chef pour avoir reporté, lors d'une consultation, le délai du rendez-vous pour un test de champ visuel à un délai d'environ deux mois, lequel était trop long et inacceptable dans les circonstances.

⁵⁶ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Pordan*, 2018 CanLII 127653 (QC CDCM).

⁵⁷ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Gariépy*, 2019 CanLII 9151 (QC CDCM).

[175] Le conseil de discipline considère dans cette affaire que l'imposition d'une période de radiation temporaire d'un mois comme le suggère D^{re} Gariépy lancerait un message négatif au sein de la profession et risquerait de banaliser des manquements à des devoirs qui sont au cœur même de l'exercice de la profession de médecin. Ainsi, afin de respecter le caractère dissuasif que doit comporter une sanction, le conseil de discipline donne suite aux recommandations de la plaignante et impose à D^{re} Gariépy des périodes de radiation temporaire de trois mois pour les chefs 1 et 2.

[176] Le dossier de D^{re} Morin révèle ce qui suit⁵⁸. Elle plaide coupable à trois chefs d'infraction, dont un pour avoir omis de procéder au traitement requis par l'état de santé de son patient, notamment en ne prescrivant pas la médication requise pour soulager ses symptômes et en n'installant pas une décompression intestinale.

[177] Dans ce dossier, le conseil de discipline souligne qu'il est en présence d'un nombre impressionnant de facteurs atténuants, qui dépassent largement les cas de figure habituels. Une période de radiation de trois mois est imposée à D^{re} Morin sous ce chef.

[178] Le Conseil termine son analyse des précédents retenus par l'affaire *Bélanger*⁵⁹. Les faits de ce dossier révèlent que lors du suivi de grossesse d'une patiente, D^{re} Bélanger a omis bien involontairement de planifier le plus rapidement possible l'évaluation et le suivi requis chez une patiente, à la suite du résultat de l'échographie démontrant un retard de croissance au 5^e percentile.

⁵⁸ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Morin*, 2019 CanLII 19223 (QC CDCM).

⁵⁹ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bélanger*, 2019 CanLII 17959 (QC CDCM).

[179] La preuve révèle que D^{re} Bélanger s'absente du bureau pour une période de trois semaines et que l'appel urgent qui devait être fait à la patiente ne sera jamais fait. De plus, le rapport de l'échographie ne se retrouvant pas au dossier, le médecin consulté par la patiente en l'absence de D^{re} Bélanger ne sera pas informé des résultats alarmants.

[180] Le conseil de discipline note à sa décision que D^{re} Bélanger présente plusieurs facteurs atténuants et qu'elle n'a aucun antécédent disciplinaire ni administratif et lui impose une période de radiation de quatre mois.

[181] Ces décisions offrent un large éventail d'infractions à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*. En excluant quelques dossiers, peu de décisions analysées révèlent l'existence d'un dossier professionnel pour les médecins visés par celles-ci.

[182] Le dossier professionnel de l'intimé fait état de constats au sujet de la démarche diagnostique de l'intimé, plus précisément postérieurement aux dates d'infraction. Sans le témoignage de l'intimé, le risque de récurrence aurait été qualifié d'élevé. Or, grâce à la preuve administrée, le risque de récurrence est qualifié de modéré.

[183] En revanche, en fonction de la jurisprudence, de la gravité objective des infractions et malgré que le risque de récurrence soit qualifié de modéré, les sanctions à être imposées aux chefs 5 et 6 doivent refléter qu'il s'agit d'omissions de l'intimé dans sa démarche diagnostique lors des consultations des 5 et 19 octobre 2012.

[184] Le Conseil juge qu'une période de radiation de quatre mois, sous chacun des chefs 5 et 6 à purger concurremment avec les autres périodes, est juste et raisonnable et tient compte de l'ensemble des circonstances.

[185] Ainsi, le Conseil impose à l'intimé, sous les chefs 5 et 6, une période de radiation de quatre mois, à purger concurremment avec les autres périodes.

Chef 7

[186] Le chef 7 est ainsi libellé :

7. En omettant, entre le 5 octobre 2012 et le 23 janvier 2013, de procéder systématiquement à une mesure de l'acuité visuelle lors des consultations post-opératoires de son patient, contrairement à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17;

[187] La plaignante recommande l'imposition d'une période de radiation de cinq mois alors que l'intimé recommande une réprimande.

[188] Il est difficile de ne pas constater du laxisme de la part de l'intimé par ce chef. Ce dernier est un médecin spécialiste en ophtalmologie. La prise de l'acuité visuelle d'un patient en cours d'une période postopératoire jugée critique est un acte médicalement requis se trouvant au cœur de sa spécialité. Cette obligation n'appelait aucun compromis notamment considérant les circonstances du cas du patient mentionné à la plainte.

[189] À titre de circonstance aggravante, l'infraction présente un caractère répétitif. Le patient s'est présenté à plusieurs reprises au cabinet de l'intimé sans que celui-ci ne procède à cet examen.

[190] Par ailleurs, le Conseil n'ignore pas les circonstances atténuantes propres à ce chef soit le plaidoyer de culpabilité de l'intimé et son admission des faits du présent chef lors de l'enquête de la plaignante⁶⁰. L'intimé a de plus déclaré qu'aucun compromis ne serait dorénavant possible pour cet examen.

[191] Le dossier professionnel n'est pas concluant puisqu'à certains égards, cet examen semble manquant⁶¹ selon le comité d'inspection professionnel alors qu'il semble aussi toujours présent aux dossiers de l'intimé⁶².

[192] Étant donné ces éléments, le risque de récurrence est qualifié de faible.

[193] À titre d'autorités, le Conseil retient d'abord l'affaire *Dalrymple*⁶³.

[194] Dans ce dossier, cette chirurgienne plaide coupable à 20 chefs pour avoir omis de rédiger ou de dicter son protocole opératoire dans un délai conforme aux normes et standards de pratique en matière de dictée de protocole opératoire, contrairement à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*. Elle est, de plus, déclarée coupable à l'égard de 16 protocoles supplémentaires.

[195] À sa décision sur sanction, le conseil de discipline souligne qu'il ne s'agit pas d'une infraction technique, mais bien d'omissions liées à la qualité des soins médicaux dispensés à un patient et qualifie cette infraction d'intrinsèquement grave. Le conseil de

⁶⁰ Pièce P-14.

⁶¹ Pièce SP-1, p.7.

⁶² Pièce SP-3, p. 3.

⁶³ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Dalrymple, supra, note 4.*

discipline impose à D^{re} Dalrymple une période de radiation de deux mois pour chacun des 36 chefs et des amendes totalisant 15 000 \$.

[196] Dans l'affaire *Mercier*⁶⁴, la plainte lui reprochait d'avoir fait défaut de dicter le protocole opératoire dans 22 dossiers patients durant l'année 2009. Le conseil de discipline lui impose une période de radiation de deux mois par chef, purgée de façon concurrente, plus des amendes totalisant 15 000 \$, citant l'importance de l'exemplarité comme objectif à atteindre dans l'imposition de cette sanction. Le conseil de discipline souligne que D^r Mercier a ignoré de nombreux avis de la part du Collège relativement à sa négligence dans la dictée des protocoles opératoires.

[197] En 2012, le Tribunal des professions rejette l'appel dans cette affaire *Mercier* et confirme la décision du conseil de discipline en indiquant que le principe d'exemplarité retenu, avec raison, par le Conseil nécessitait de dissiper toute ambiguïté concernant la gravité de ces infractions déontologiques⁶⁵.

[198] La récente affaire *Bellavance*⁶⁶ présente les mêmes infractions que celles des dossiers Dalrymple et Mercier. Tout comme dans ces deux dossiers, le conseil de discipline impose à D^r Bellavance des périodes de radiations de deux mois à purger concurremment.

⁶⁴ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Mercier, supra*, note 4.

⁶⁵ *Mercier c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2012 QCTP 89.

⁶⁶ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bellavance*, 2018 CanLII 8963 (QC CDCM).

[199] Fort de ces précédents en matière d'infractions répétitives, mais également à titre de manquements à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*, le Conseil juge qu'une période de radiation de deux mois, à purger concurremment avec les autres périodes, est juste et raisonnable tout en tenant compte des circonstances atténuantes propres à ce chef.

[200] Ainsi, le Conseil impose à l'intimé, sous le chef 7, une période de radiation de deux mois, à purger concurremment avec les autres périodes.

[201] Le Conseil donne suite au consentement de l'intimé d'être condamné au paiement des déboursés conformément à l'article 151 du *Code des professions*, incluant les frais de publication d'un avis de la présente décision.

POUR CES MOTIFS, LE CONSEIL :

[202] **IMPOSE**, sous le chef 1, une période de radiation de 6 mois.

[203] **IMPOSE**, sous le chef 2, une période de radiation de 2 semaines.

[204] **IMPOSE**, sous le chef 5, une période de radiation de 4 mois.

[205] **IMPOSE**, sous le chef 6, une période de radiation de 4 mois.

[206] **IMPOSE**, sous le chef 7, une période de radiation de 2 mois.

[207] **ORDONNE** que les périodes de radiation temporaire imposées à l'intimé soient purgées de façon concurrente.

[208] **ORDONNE** à la secrétaire du Conseil de discipline du Collège des médecins du Québec de publier un avis de la présente décision dans un journal circulant dans le lieu où l'intimé avait son domicile professionnel.

[209] **CONDAMNE** l'intimé au paiement des déboursés conformément à l'article 151 du *Code des professions*, incluant les frais de publication de l'avis mentionné ci-haut.

M^e JULIE CHARBONNEAU
Présidente

D^{re} FABIENNE GROU
Membre

D^{re} TERESA PETRAGLIA
Membre

M^e Jean Lanctot
Lanctot Avocats, S.A.
Avocats de la plaignante

M^e Marc Dufour
McCarthy Tétrault S.E.N.C.R.L., s.r.l.
Avocats de l'intimé

Dates d'audience : 10 avril et 2 juillet 2019