

CONSEIL DE DISCIPLINE

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC

N° : 24-2019-01065

DATE : 22 septembre 2021

LE CONSEIL :	M ^e DANIEL Y. LORD	Président
	D ^r JACQUES LETARTE	Membre
	D ^{re} DIANE ROGER-ACHIM	Membre

D^{re} ANNE-MARIE HOULE, médecin, en sa qualité de syndique adjointe en reprise d'instance en remplacement du D^r Michel Joyal, médecin, syndic adjoint

Plaignante

c.

D^{re} MONIQUE ST-DENIS-DEMERS (80362), médecin spécialiste en pédiatrie

Intimée

DÉCISION SUR CULPABILITÉ

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 142 DU CODE DES PROFESSIONS, LE CONSEIL DE DISCIPLINE A PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION ET DE NON-DIFFUSION DU NOM DE L'ENFANT MENTIONNÉ À LA PLAINTÉ, DANS LA PREUVE DOCUMENTAIRE OU TESTIMONIALE, AINSI QUE TOUTE INFORMATION PERMETTANT DE L'IDENTIFIER, ET CE, AFIN D'ASSURER LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE ET LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL.

LE CONSEIL DE DISCIPLINE A ÉGALEMENT PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION ET DE NON-DIFFUSION DES NOMS DES PARENTS DE CET ENFANT MENTIONNÉS DANS LA PREUVE DOCUMENTAIRE OU TESTIMONIALE, AINSI QUE TOUTE INFORMATION PERMETTANT DE LES IDENTIFIER, ET CE, AFIN D'ASSURER LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE ET LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL.

POUR LES MÊMES MOTIFS, LE CONSEIL DE DISCIPLINE A ÉGALEMENT PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION, DE NON-DIFFUSION ET DE NON-ACCÈS DU CONTENU DES DOSSIERS MÉDICAUX DÉPOSÉS EN PREUVE COMME PIÈCES P-2, P-2A, P-3A et P-3B.

LE CONSEIL DE DISCIPLINE A PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION, DE NON-DIFFUSION ET DE NON-ACCÈS AUX ÉCHANGES ENTRE LES MINUTES 42 :36 À 43 :56 DE L'ENREGISTREMENT DE LA RENCONTRE DU 11 OCTOBRE 2018 DÉPOSÉE EN PREUVE SOUS RÉSERVE DE L'OBJECTION DE L'INTIMÉE COMME PIÈCE P-9 ET CE, POUR ASSURER LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DE CETTE DERNIÈRE.

ENFIN, LE CONSEIL DE DISCIPLINE A PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION ET DE NON-DIFFUSION DES INFORMATIONS PERSONNELLES ET NOMINATIVES CONTENUES AU CURRICULUM VITAE DE LA D^{re} ARIELLE LÉVY DÉPOSÉ EN PREUVE COMME PIÈCE P-11.

I- APERÇU

[1] Membre du Collège des médecins du Québec (l'Ordre) depuis 1980, l'intimée est détentrice d'un permis de spécialiste en pédiatrie depuis 1986¹.

[2] Au moment des faits allégués à la plainte disciplinaire portée contre elle, elle est pédiatre depuis 34 ans et exerce sa profession de médecin spécialiste à l'Hôpital Charles-Le Moyne, établissement qui fait partie du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre.

[3] Affilié à l'Université de Sherbrooke, l'Hôpital Charles-Le Moyne offre des soins hospitaliers et ambulatoires généraux spécialisés et surspécialisés.

¹ Pièce P-1.

[4] L'hôpital Charles-Le Moyne est un établissement de 2^e niveau par rapport au CHUM Sainte-Justine, qui est un établissement tertiaire. Ce dernier est un endroit désigné pour le transfert des enfants susceptibles d'avoir besoin de soins intensifs ou de surspécialité pédiatrique.

[5] Bien qu'un département de l'hôpital Charles-Le Moyne soit consacré à la pédiatrie (16 lits), l'hôpital ne dispose pas d'une unité de soins intensifs pédiatriques.

[6] Le 18 février 2017, A est évalué par l'infirmière au triage de l'urgence de l'Hôpital. Il est 08 h 10. On lui attribue une cote de priorité de niveau 3².

[7] À partir de 12h30 cette journée-là, soit pendant neuf heures, il sera sous les soins et la responsabilité de l'intimée, et ce, jusqu'à son arrivée et sa prise en charge par l'équipe médicale de l'urgence du CHU Sainte-Justine à 21 h 30, où il est transféré en application du protocole CCAR (Centre de coordination d'activités réseau)³.

[8] Le même soir, après que des manœuvres de réanimation eurent été pratiquées par l'équipe médicale du CHU Sainte-Justine, A décède.

[9] Il est 22 h 37⁴ et A était âgé d'un an, 11 mois, 3 semaines et 3 jours⁵.

² Pièce P-2A, page 3 de 70 - Dossier médical de A constitué au Centre hospitalier Charles LeMoyne et P-2A) extrait couleur de la p. 67 de P-2.

³ Pièce P-3B.

⁴ Pièce P-3A, page 75 de 122 - Dossier médical de A constitué au CHU Ste-Justine.

⁵ Pièce P-3A, page 61 de 122.

[10] Le D^r Michel Joyal (le plaignant), reproche à l'intimée d'avoir omis de tenir compte de ses capacités, de ses limites et des moyens dont elle dispose, eu égard à la condition de son patient⁶, d'avoir fait défaut d'exercer sa profession selon les normes médicales les plus élevées possibles et à cette fin, maintenir à jour ses connaissances et habiletés⁷, de ne pas avoir utilisé les méthodes scientifiques les plus appropriées dans l'élaboration de son diagnostic⁸, d'avoir fait défaut, de s'abstenir de faire des omissions, manœuvres ou actes intempestifs ou contraires aux données de la science médicale⁹ et, d'avoir posé un ou plusieurs actes dérogatoires à l'honneur ou à la dignité de sa profession.¹⁰

II- PLAINTÉ

[11] La plainte disciplinaire est ainsi libellée :

1. À Greenfield Park, le ou vers le 18 février 2017, a omis d'élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, notamment en faisant défaut de : (a) contrôler ou de mesurer le rythme respiratoire, la fréquence cardiaque, la tension artérielle et l'état de perfusion périphérique lors de son évaluation initiale; et (b) reconnaître rapidement l'état de sepsis et sa progression vers un état de choc septique, 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 ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions* (RLRQ c C-26);

2. À Greenfield Park, le ou vers le 18 février 2017, a fait défaut de diriger son patient vers un centre tertiaire dès le moment où elle a posé un diagnostic de sepsis, contrairement aux articles 42 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 ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions* (RLRQ c C-26);

⁶ Art. 42 du *Code de déontologie des médecins* (chefs 2 et 4).

⁷ Art. 44 du *Code de déontologie des médecins* (chefs 3 et 4).

⁸ Art. 46 du *Code de déontologie des médecins* (chef 1).

⁹ Art. 47 du *Code de déontologie des médecins* (chefs 1 à 4).

¹⁰ Art 59.2 du *Code des professions* (chefs 1 à 4).

3. À Greenfield Park, le ou vers le 18 février 2017, a omis d'exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles, en : (a) prescrivant des traitements inadéquats et/ou tardifs; et (b) faisant défaut d'effectuer un contrôle et une réévaluation clinique de l'état de perfusion de son patient après l'administration de bolus liquidiens, contrairement aux articles 44 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 ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions* (RLRQ c C-26);

4. À Greenfield Park, le ou vers le 18 février 2017, a omis d'exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles, en modifiant la perfusion de dopamine lors du transfert interhospitalier, contrairement aux articles 42, 44 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 ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions* (RLRQ c C-26).

III- PRÉCISIONS À LA PLAINTÉ

[12] Les parties conviennent du dépôt des précisions suivantes à la plainte:

Quant au chef 1b), quand «l'état de sepsis et sa progression vers un état de choc septique» aurait-il dû soi-disant être reconnu?

- À partir de ou vers 14 h 30.

Quant au chef 3a), à quels traitements soi-disant inadéquats est-il fait référence et quand auraient-ils dû soi-disant être prescrits?

- Vers 12 h 30 : La prescription de Ceftriaxone 650mg IV DIE, 50 mg/kg. Cette dose était insuffisante et aurait dû être reçue rapidement (en dedans d'une heure).

- Vers 12 h 40 : Apport liquidien insuffisant.

- Vers 14 h 30 : Un bolus liquidien aurait dû être donné.

- Vers 15 h 40 : Apport liquidien insuffisant. Prescription d'une dose d'antibiotique pour compléter la première dose.

- Vers 17 h 15 : Administration de la dose d'antibiotique prescrite à 15 h 40. Or, cette dose aurait dû être donnée dès que prescrite, soit à 15 h 40.

- Vers 18 h 30 : Dre St-Denis-Demers a été avisée de l'hypotension et de l'état de léthargie du patient et n'a pas demandé d'administrer le bolus liquidien avant son arrivée à l'hôpital.

- *Vers 20 h 10 : d'avoir prescrit dans un délai inacceptable entre le 1^{er} et le 2^e bolus.*
- *Vers 20 h 40 : Dre St-Denis-Demers a prescrit un soluté D5% NS à 100 ml/h, ce qui était nettement insuffisant. Le patient aurait dû avoir 5 ml/kg de D10% en bolus et une perfusion de D10% en parallèle avec le bolus liquide de NS.*

IV- QUESTIONS EN LITIGE

[13] Le Conseil doit répondre aux questions suivantes :

CHEF 1a)

Q1- Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a omis, lors de son évaluation initiale, de contrôler ou de mesurer le rythme respiratoire, la fréquence cardiaque, la tension artérielle et l'état de perfusion périphérique de son patient A, et ce, contrairement aux articles 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* ?

CHEF 1b)

Q2 – Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a omis d'élaborer son diagnostic avec la plus grande attention en faisant défaut de reconnaître rapidement, soit à partir de ou vers 14h30 l'état de sepsis de son patient A et sa progression vers un état de choc septique, et ce, contrairement aux articles 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* ?

CHEF 2

Q3- Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a fait défaut de diriger son patient vers un centre médical tertiaire dès lors qu'elle pose à son sujet le diagnostic de sepsis, et ce, contrairement aux articles 42 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* ?

CHEF 3a)

Q4- Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a omis d'exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles en prescrivant à son patient des traitements inadéquats et/ou tardifs, à savoir :

- *Vers 12 h 30 : La prescription de Ceftriaxone 650mg IV DIE, 50 mg/kg. Cette dose était insuffisante et aurait dû être reçue rapidement (en dedans d'une heure).*
- *Vers 12 h 40 : Apport liquidien insuffisant.*
- *Vers 14 h 30 : Un bolus liquidien aurait dû être donné.*
- *Vers 15 h 40 : Apport liquidien insuffisant. Prescription d'une dose d'antibiotique pour compléter la première dose.*
- *Vers 17 h 15 : Administration de la dose d'antibiotique prescrite à 15 h 40. Or, cette dose aurait dû être donnée dès que prescrite, soit à 15 h 40.*
- *Vers 18 h 30 : Dre St-Denis-Demers a été avisée de l'hypotension et de l'état de léthargie du patient et n'a pas demandé d'administrer le bolus liquidien avant son arrivée à l'hôpital.*
- *Vers 20 h 10 : d'avoir prescrit dans un délai inacceptable entre le 1^{er} et le 2^e bolus.*

- Vers 20 h 40 : Dre St-Denis-Demers a prescrit un soluté D5% NS à 100 ml/h, ce qui était nettement insuffisant. Le patient aurait dû avoir 5 ml/kg de D10% en bolus et une perfusion de D10% en parallèle avec le bolus liquide de NS.

et ce, contrairement aux articles 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* ?

CHEF 3b)

Q5- Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a omis d'exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles en faisant défaut d'effectuer un contrôle et une réévaluation clinique de l'état de perfusion de son patient, après l'administration de bolus liquidiens, et ce, contrairement aux articles 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* ?

CHEF 4

Q6- Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a omis d'exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles, en modifiant la perfusion de dopamine administrée à son patient lors de son transfert au CHU Sainte-Justine, et ce, contrairement aux articles 42, 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* ?

V- CONTEXTE

[14] À la suite du décès de A, son père se questionne au sujet des soins prodigués à son fils le 18 février 2017¹¹.

[15] Il porte plainte auprès du médecin examinateur de l'Hôpital Charles-Le Moyne.

[16] Le 22 mars 2017, le médecin examinateur requiert de l'intimée sa version des faits au sujet des évènements survenus alors que A était sous ses soins.

[17] Dans une lettre datée du 5 avril 2017, l'intimée lui répond¹².

[18] Le 23 octobre 2017, le plaignant informe l'intimée de l'ouverture d'une enquête au sujet de sa conduite déontologique, et lui demande lui aussi sa version des faits.¹³

[19] L'intimée lui répond le 20 novembre 2017¹⁴.

[20] Le 10 janvier 2018, le plaignant conclut à la nécessité de retenir les services d'une experte, la D^{re} Arielle-Rachel Levy, pédiatre urgentologue au CHU Sainte-Justine¹⁵.

[21] Après avoir pris connaissance du rapport préliminaire de la D^{re} Levy, le 4 septembre 2018, le plaignant sollicite une rencontre avec l'intimée.

[22] Cette rencontre a lieu le 11 octobre 2018, soit 20 mois après les évènements.

¹¹ Pièce P-3A, page 72.

¹² Pièce P-4.

¹³ Pièce P-5.

¹⁴ Pièce P-6.

¹⁵ Pièce P-7.

[23] Cet entretien est enregistré¹⁶.

[24] Certains passages de cet enregistrement sont recensés et font l'objet d'un avis¹⁷ suivant les enseignements du Tribunal des professions dans les décisions *De Sierra* et *Jolicoeur*¹⁸ (l'avis *De Sierra*).

[25] L'avocat de l'intimée formule des objections quant aux paragraphes 1, 4a), 4c), 6c), 7, 9a), 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24 et 25 de l'avis *De Sierra*.

[26] L'enregistrement de la rencontre du 11 octobre 2018 est déposé en preuve sous réserve de ces objections.

[27] Le 5 décembre 2018, le plaignant transmet au D^r Levy des documents additionnels, dont l'enregistrement sur clé USB de la rencontre du 11 octobre 2018 et *requiert que celle-ci finalise son rapport d'expertise*¹⁹.

[28] Le plaignant reçoit la version finale du rapport d'expertise de la D^{re} Levy, en prend connaissance et décide de porter une plainte contre l'intimée devant le conseil de discipline.

[29] Le 5 février 2021, la D^{re} Anne-Marie Houle transmet au Conseil un avis l'informant qu'elle agira dorénavant à titre de plaignante en reprise d'instance dans le présent dossier (la plaignante en reprise d'instance).

¹⁶ Pièce P-9.

¹⁷ Pièce P-8.

¹⁸ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Lucia Fernandez de Sierra* 2005 QCTP 134; *Jolicoeur c. Avocats (Ordre professionnel des)*, 2017 QCTP 24/Pourvoi en contrôle judiciaire rejeté 2017 QCCS 6196.

¹⁹ Pièce P-10.

VI- GRILLE D'ANALYSE

A- Fardeau de preuve

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

[31] Il est établi qu'en droit disciplinaire, le fardeau de la preuve incombe en entier à la partie plaignante²⁰.

[32] Le Conseil doit s'assurer que la preuve réponde aux critères du droit professionnel sur les éléments essentiels et déterminants des gestes reprochés au professionnel pour qu'il puisse en arriver à conclure à sa culpabilité²¹.

[33] Toutes les allégations d'un chef d'infraction n'ont pas à être prouvées de manière prépondérante si la preuve des éléments essentiels de l'infraction est faite :

[101] C'est donc à tort que l'appelante affirme que les intimés devaient prouver toutes les allégations contenues dans chaque chef; la preuve prépondérante de l'un des éléments essentiels et déterminants du geste reproché suffit pour trouver un professionnel coupable pour la partie prouvée de l'infraction. C'est ce qui guidera le Tribunal dans l'analyse des chefs d'accusation dont l'appelante a été trouvée coupable²².

[34] Ce fardeau en est un de prépondérance des probabilités, identique à celui du droit civil²³, énoncé à l'article 2804 du *Code civil du Québec* :

²⁰ *Mailloux c. Fortin*, 2016 CanLII 62 (QC CA).

²¹ *Paquin c. Avocats*, 2002 QCTP 96 (CanLII), paragraphe 90.

²² *Parizeau c. Barreau du Québec (Syndic du)*, 2001 CanLII 43 (QC TP).

²³ *Psychologues (Corp. professionnelle des) c. Da Costa*, [1993] D.D.C.P., p. 266 ; *Constantine c. Avocats (Ordre professionnel des)*, 2008 QCTP 16; *Bannon c. Optométristes (Ordre professionnel des)*, 2011 QCTP 24.

2804. La preuve qui rend l'existence d'un fait plus probable que son inexistence est suffisante, à moins que la loi n'exige une preuve plus convaincante.

[35] Dans l'affaire *Vaillancourt*²⁴, le Tribunal des professions s'exprimait ainsi au sujet de ce fardeau :

[63] Il s'agit d'une preuve qui privilégie l'aspect qualitatif dont la capacité de convaincre ne se fonde donc pas, par exemple, sur le nombre de témoins appelés par les parties. Les faits devant être prouvés doivent dépasser le seuil de la possibilité et s'avérer probables⁴². Toutefois, au bout du compte, la preuve par prépondérance des probabilités est moins exigeante que la preuve hors de tout doute raisonnable [...]

⁴² ROYER, J.-C., *La preuve civile*, éditions Yvon Blais, Cowansville, 4^e éd., 2008, paragr. 173-174.

[Soulignements ajoutés]

[36] Cette preuve doit être de haute qualité, claire et convaincante²⁵.

[37] À deux reprises en 2016, la Cour d'appel a réitéré en ces termes ces principes.

[38] D'abord, en janvier 2016, dans *Mailloux c. Fortin*²⁶:

[72] (...) Il est bien acquis en droit disciplinaire que la charge de la preuve repose sur les épaules du syndic de l'ordre professionnel. Il est également acquis que le degré de preuve requis est celui de la prépondérance des probabilités et non celui de la preuve hors de tout doute raisonnable.

[39] Puis, en juin 2016, dans l'affaire *Bisson c. Lapointe*²⁷ :

[66] Il est bien établi que le fardeau de preuve en matière criminelle ne s'applique pas en matière civile [43]. 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,

²⁴ *Vaillancourt c. Avocats (Ordre professionnel des)*, 2012 QCTP 126.

²⁵ Jean-Guy Villeneuve, Nathalie Dubé, Tina Hobday, *Précis de droit disciplinaire*, Yvon Blais, 2007. Principe repris dans *Vaillancourt*, *supra*, note 24.

²⁶ *Supra*, note 20.

²⁷ 2016 QCCA 1078.

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^[44].

[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.

[68] Comme le rappelle la Cour suprême, « aussi 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 ».

[Soulignements ajoutés]

[40] De son côté, l'intimée, bien qu'elle n'ait pas le fardeau de la preuve, doit aller plus loin que de soulever un doute sur sa culpabilité. Le moyen le plus efficace pour elle de s'attaquer à la preuve du plaignant et lui faire perdre son caractère prépondérant est de présenter une preuve contraire.

[41] À ce sujet, bien qu'il s'agisse d'un appel du Conseil de discipline imposant une radiation provisoire²⁸, le Tribunal des professions s'exprime ainsi dans *Villeneuve c. Champagne*²⁹ :

Même s'il n'y a pas lieu à doute raisonnable, c'est toujours une preuve de haute qualité, susceptible d'entraîner l'adhésion que le poursuivant se doit d'avancer. Cette preuve, si elle entraîne l'adhésion du décideur, a la qualité requise. L'obligation d'un intimé demeure cependant plus élevée que celle de créer un doute raisonnable. Il doit s'attaquer à la preuve du plaignant et tenter de lui faire perdre ce qu'à première vue, celle-ci présentait en qualité. Ce n'est pas sur des soupçons qu'il faut décider, mais sur la preuve faite qui entraîne l'adhésion du décideur sur ce qui est à établir.

²⁸ D'où l'utilisation de l'expression : « première vue ».

²⁹ 1992 CanLII 8382 (QC TP).

[42] Dans l'affaire *Cuggia*³⁰, la Cour du Québec, siégeant en appel de la décision du Conseil de discipline de la Chambre de la sécurité financière, s'exprime en ces termes au sujet du fardeau de preuve du professionnel :

[67] Le Tribunal conclut que le Comité n'a pas imposé le fardeau de preuve à Cuggia. Le Comité a plutôt conclu que compte tenu des admissions de Cuggia et de la preuve de la syndique, il y avait une preuve claire et convaincante des éléments essentiels de l'infraction. Cuggia n'avait d'autre choix que de faire valoir une défense pour espérer être acquitté des infractions reprochées, soit en l'espèce prouver la connaissance et le consentement des clientes à sa facturation. Le Tribunal conclut que la décision du Comité est raisonnable à cet égard.

[43] Insatisfait de cette décision, le professionnel s'adresse à la Cour d'appel, qui dans une décision du mois de septembre 2016³¹, énonce que :

[19] Le juge de la Cour du Québec, se fondant sur les dispositions pertinentes de la *Loi sur la distribution des produits financiers*[11] (articles 16, 274-274.1, 376 et 379) et du *Code de déontologie de la Chambre de la sécurité financière*[12] (articles 11, 12, 13, 16 et 35), a estimé que le CDCSF avait raisonnablement conclu que l'intimée s'était acquittée de son fardeau de preuve de façon satisfaisante, sans une preuve spécifique de l'ignorance des assurées ou d'un consentement de leur part à la surfacturation imposée.

[20] Comme le souligne à bon droit le juge au paragraphe 67 du jugement cité plus tôt, une fois cette preuve faite, il incombait alors à l'appelant d'établir, par une preuve prépondérante, les faits servant d'assise à son moyen de défense. C'est d'ailleurs ce qu'il a tenté de faire sans succès en témoignant, mais sa version des faits n'a pas été retenue.

[Soulignements ajoutés]

[44] En présence de versions contradictoires crédibles, le Conseil doit acquitter le professionnel puisque cela signifie que la partie plaignante ne s'est pas déchargée du fardeau de preuve qui lui incombe³².

³⁰ *Cuggia c. Chambre de la sécurité financière*, 2015 CanLII 8829 (QC CQ).

³¹ *Cuggia c. Champagne*, 2016 CanLII 1479 (QC CA).

³² *Smith c. Dentistes (Ordre professionnels des)*, 2015 QCTP 77.

[45] Il y a lieu aussi de rappeler que le Conseil est le mieux placé pour apprécier la crédibilité des témoins entendus à l'audience.

[46] Cette appréciation est au cœur de l'exercice de son pouvoir discrétionnaire³³.

[47] Ainsi, dans l'exercice de cette discrétion, il peut choisir la version des témoins qu'il estime la plus crédible, à la condition que celle qu'il retient soit conforme aux critères établis par la jurisprudence³⁴.

[48] L'observation du comportement du témoin, la précision de sa mémoire, son habilité à s'exprimer, ses hésitations et réticences à répondre aux questions se trouvent au cœur de cet exercice complexe et constituent autant de facteurs susceptibles de porter atteinte à la crédibilité du témoin³⁵.

[49] Selon l'enseignement du Tribunal des professions, le Conseil doit expliquer les raisons selon lesquelles il retient la version d'un témoin plutôt que celle d'un autre³⁶. Afin d'y parvenir, un examen attentif et rigoureux de l'ensemble des témoignages entendus par le Conseil est donc requis.

³³ *Lévesque c. Hudon*, 2014 QCCS 2821.

³⁴ *Gauthier c. Bisson*, 2014 QCCS 2821.

³⁵ *R. c. Applebaum*, 2017 CanLII 160 (QC CQ).

³⁶ *Simoni c. Podiatres (Ordre professionnel des)*, 2008 QCTP 17.

B- Faute disciplinaire

[50] La Cour d'appel dans l'arrêt *Tremblay c. Dionne*³⁷ s'exprime ainsi au sujet de la faute disciplinaire :

[42] (...) En droit disciplinaire, « la faute s'analyse comme la violation de principes de moralité et d'éthique propres à un milieu et issus de l'usage et des traditions » (...) Ensuite, les lois d'organisation des ordres professionnels sont des lois d'ordre public, politique et moral ou de direction qui doivent s'interpréter en faisant primer les intérêts du public sur les intérêts privés (...) pour analyser le comportement de l'intimé sur le plan déontologique, il faut se reporter non seulement à la *Loi* (...) mais aussi aux normes contenues au CDI adopté conformément à l'article 87 du *Code des professions*. Ces normes s'inscrivent dans l'objectif de protection du public prévue à l'article 23 de ce Code et visent à « maintenir un standard professionnel de haute qualité » à son endroit (...)

(...)

[44] La faute disciplinaire professionnelle est liée à l'exercice de la profession [...]. Lorsque ce lien existe, il peut même arriver que la faute inclut « des actes de sa vie privée dans la mesure où ceux-ci sont suffisamment liés à l'exercice de la profession et causent un scandale [portant] atteinte à la dignité » de celle-ci [...].

[51] Toute erreur commise par un professionnel ne constitue pas nécessairement une faute déontologique³⁸.

[52] Comme le Tribunal des professions le rappelle dans l'affaire *Malo*³⁹, le manquement du professionnel doit être suffisamment grave :

[28] La doctrine et la jurisprudence en la matière énoncent que le manquement professionnel, pour constituer une faute déontologique, doit revêtir une certaine gravité. Il arrive à tous les professionnels de commettre des erreurs et la vie de ces derniers serait invivable si la moindre erreur, le moindre écart de conduite était susceptible de constituer un manquement déontologique.

³⁷ *Id.*

³⁸ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Soucy*, 2017 CanLII 46697.

³⁹ *Malo c. Infirmières (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec)*, 2003 QC TP 132

[53] Dans *Ingénieurs c. Bilodeau*⁴⁰, le Tribunal des professions enseigne que :

[48] Le Comité devait plutôt, et c'est ce qu'il a fait, déterminer si l'intimé a commis une faute déontologique, dans les circonstances révélées par la preuve. Bien que le concept de faute déontologique soit encore largement indéfini dans la jurisprudence, on peut tout de même référer à la décision *Comité - dentistes* – 1^[17] qui tente de résumer l'état du droit sur cette question :

« [...] le non-respect des normes implique une violation de l'obligation de prudence, de diligence, d'habileté et de compétence, alors que l'erreur technique découle d'une défaillance accidentelle dans l'exécution d'un acte pourtant planifié et entrepris avec prudence, diligence, habileté et compétence. De plus, pour que ce non-respect des normes constitue une faute déontologique, encore faut-il que la violation par un professionnel de son obligation de prudence, de diligence, d'habileté et de compétence soit, d'autre part, suffisamment grave pour entacher sa moralité ou sa probité professionnelle. »

[17] [1988] D.D.C. P. 77, p. 80

[54] Enfin, le professeur Yves Ouellette⁴¹ est d'avis que:

...la faute disciplinaire réside en principe dans la violation d'une règle d'éthique inspirée par des sentiments d'honneur et de courtoisie, une faute purement technique, erreur, maladresse, négligence, qui peut entraîner une responsabilité civile, ne sera pas considérée comme une faute disciplinaire en l'absence d'un texte précis.

C- Libellé de la plainte

[55] Les éléments essentiels du chef d'une plainte disciplinaire ne sont pas constitués par son libellé, mais par la disposition de rattachement qui définit l'infraction disciplinaire⁴².

[56] Chacune des dispositions de rattachement constitue une infraction distincte⁴³.

⁴⁰ *Ingénieurs (Ordre professionnel des) c. Bilodeau*, 2005 QCTP 34.

⁴¹ «L'imprécision des codes de déontologie professionnelles», (1977) 37 R. du B. 669.

⁴² *Tremblay c. Dionne*, 2006 CanLII 1441 (QC CA).

⁴³ *Bélanger c. Avocats (Ordre professionnel des)*, 2002 CanLII 5 (QC TP).

[57] Pour une même faute disciplinaire alléguée, le chef de la plainte peut référer à plus d'une disposition législative, réglementaire ou déontologique. Dans un tel cas, le conseil de discipline a l'obligation de considérer, pour chacune des dispositions de rattachement, si le professionnel a ou non contrevenu aux dispositions invoquées.

[58] Par contre, une même faute ne saurait faire l'objet de plus d'un chef.

[59] La référence aux dispositions de rattachement énonce donc la ou les normes que le professionnel aurait transgressées.

[60] Chacune des dispositions de rattachement constitue une infraction distincte et il appartient au professionnel de se préparer et faire face aux diverses possibilités⁴⁴.

D- Preuve d'expertise

[61] Dans l'affaire *Dupéré-Vanier*⁴⁵, le Tribunal des professions s'exprime ainsi au sujet de la nécessité de recourir à une preuve d'expertise en droit professionnel :

« (20) L'expert dûment assigné devant le tribunal demeure la personne ou le témoin le plus compétent, le plus apte à renseigner ce dernier sur l'existence de la norme, de la règle scientifique généralement reconnue qui serait applicable aux faits spécifiques sous étude. Il l'aidera à apprécier dans quelle mesure le professionnel poursuivi y a dérogé ou pas, compte tenu de la preuve offerte ».

[Soulignements ajoutés]

[62] De plus, il est établi en droit disciplinaire que les pairs, qui composent le conseil de discipline, jouent un rôle de premier plan. Leurs connaissances du domaine d'activité

⁴⁴ *Bélanger c. Avocats (Ordre professionnel des)*, 2002 CanLII 5 (QC TP).

⁴⁵ *Dupéré-Vanier c. Psychologues (Ordre professionnel des)* 2001 D.D.O.P. 397.

dans lequel œuvre aussi le professionnel poursuivi facilitent la compréhension et l'analyse des faits mis en preuve.

[63] Par contre, leurs connaissances ou leurs expériences de la profession ne peuvent suppléer à une absence ou une carence dans la preuve⁴⁶.

[64] Cependant, il appartient au Conseil de prendre la décision qui s'impose à la lumière des renseignements particuliers qu'aura fournis l'expert au sujet des normes, principes ou règles scientifiques généralement reconnus ainsi que des règles de l'art.

[65] Dans l'affaire *Malo*⁴⁷, le Tribunal des professions formule la mise en garde suivante :

[23] Cela ne veut pas dire que ce sont les experts, des praticiens ou des professeurs qui décident de la cause. (...) il y a lieu d'affirmer qu'en droit disciplinaire, les trois membres du Comité, légalement instruits des faits reprochés et du comportement généralement admis dans la profession, décident si le comportement reproché s'écarte suffisamment de la norme pour constituer une faute déontologique.

[Soulignements ajoutés]

[66] La Cour d'appel dans l'affaire *Courchesne*⁴⁸ a rappelé en ces termes ces principes :

« [28] Je reconnais qu'il sera parfois nécessaire d'établir la norme que le professionnel est tenu de respecter sous peine de se le faire reprocher. Ce sera le cas, notamment, lorsque l'on fera reproche au professionnel d'avoir posé un geste qui va à l'encontre d'un principe scientifique généralement reconnu ou d'avoir eu une conduite contraire à une norme professionnelle généralement reconnue.

[29] Je reconnais également que le fardeau d'établir la norme est celui du plaignant et qu'il n'appartient pas au comité de discipline de combler une carence dans la

⁴⁶ *Malo c. Ordre des infirmières* 2003 QCTP 132.

⁴⁷ *Idem*, note 46.

⁴⁸ *Courchesne c. Castiglia* 2009 QCCA 2003.

preuve en mettant à profit les connaissances personnelles de ses membres, et particulièrement de ceux qui sont les pairs du professionnel visé par la plainte».

[67] Le Conseil rappelle aussi les enseignements de la juge McLachlin de la Cour suprême du Canada qui s'exprime ainsi au nom de la majorité dans l'arrêt *Marquard*⁴⁹ :

(...) La seule condition à l'admission d'une opinion d'expert est que « le témoin expert possède des connaissances et une expérience spéciales qui dépassent celles du juge des faits »: *R. c. Béland*, 1987 CanLII 27 (CSC), [1987] 2 R.C.S. 398, à la p. 415. Les failles dans l'expertise concernent la valeur du témoignage et non son admissibilité. Comme l'ont dit Sopinka, Lederman et Bryant, *The Law of Evidence in Canada* (1992), aux pp. 536 et 537:

[TRADUCTION] L'admissibilité du témoignage [d'expert] ne dépend pas des moyens grâce auxquels cette compétence a été acquise. Tant qu'elle est convaincue que le témoin possède une expérience suffisante dans le domaine en question, la cour ne se demandera pas si cette compétence a été acquise à l'aide d'études spécifiques ou d'une formation pratique, bien que cela puisse avoir un effet sur le poids à accorder au témoignage.

(...) En pratique, l'avocat qui présente un témoin expert doit le faire reconnaître à ce titre pour tous les domaines dans lesquels il doit exprimer un témoignage d'opinion. Quand cela est fait, l'admissibilité de leur opinion n'est pas mise en doute. En réalité toutefois, il arrive que les avocats n'atteignent pas cet idéal, ou que les questions et les réponses empruntent une voie que l'avocat n'avait pas initialement prévue. De même, des témoins appelés à témoigner sur les faits, (...) peuvent être entraînés dans un domaine qui tient de l'opinion d'expert; (...).

Si importante que puisse être la qualification initiale d'un expert, il serait excessivement formaliste de rejeter le témoignage d'expert pour la simple raison que le témoin se permet de donner une opinion qui s'étend au-delà du domaine d'expertise pour lequel il a été qualifié. En pratique, il appartient à l'avocat de la partie adverse de faire objection si le témoin sort des limites de son expertise. L'objection peut être soulevée à l'étape de la qualification initiale ou au cours de la déposition du témoin s'il devient évident que ce dernier outrepassse le domaine pour lequel il a été reconnu qualifié pour donner une opinion d'expert. En l'absence d'objection, l'omission technique de qualifier un témoin qui possède manifestement l'expertise dans le domaine en question ne signifie pas automatiquement que son témoignage doit être écarté. Toutefois, s'il n'est pas démontré que le témoin possède une expertise lui permettant de témoigner dans le domaine en cause, il ne faut pas tenir compte de son témoignage (...).

⁴⁹ *R. c. Marquard*, 1993 CanLII 37 (CSC).

(...) Lorsqu'on interroge un témoin expert sur d'autres opinions d'expert exprimées dans des études ou des livres, la procédure à suivre est de demander au témoin s'il connaît l'ouvrage. Dans la négative, ou si le témoin nie l'autorité de l'ouvrage, l'affaire en reste-là. Les avocats ne peuvent lire des extraits de l'ouvrage puisque ce serait les introduire en preuve. Dans l'affirmative, et si le témoin reconnaît l'autorité de l'ouvrage, alors il le confirme par son propre témoignage. Des extraits peuvent être lus au témoin, et dans la mesure où ils sont confirmés, ils deviennent une preuve dans l'affaire. Cette procédure, établie dans *R. c. Anderson* (1914), 1914 CanLII 361 (AB CA), 22 C.C.C. 455 (C.S. Alb.), a été suivie par les tribunaux canadiens. (Voir *Holland c. Prince Edward Island School Board Regional Administrative Unit #4* (1986), 1986 CanLII 178 (PE SCTD), 59 Nfld. & P.E.I.R. 6 (C.S.Î.-P.-E.), aux pp. 21 et 22; *Cansulex Ltd. c. Reed Stenhouse Ltd.* (1986), 70 B.C.L.R. 189 (C.S.C.-B.), à la p. 193).

[68] La Juge l'Heureux-Dubé rappelle aussi un certain nombre de principes dans sa dissidence :

(...) la fonction d'un expert consiste à aider le juge des faits à tirer des conclusions à l'égard de questions qui débordent l'expérience ordinaire.

(...) Le témoignage d'expert est admissible pour aider le juge des faits à faire des inférences dans des domaines où l'expert possède des connaissances ou une expérience pertinentes qui dépassent celles du profane.

(...) Le témoignage d'expert est permis à titre d'exception à la règle générale excluant les témoignages d'opinion. On reconnaît ainsi que, même si elle reçoit l'information, la personne ordinaire peut ne pas posséder la connaissance nécessaire dans certains cas pour apprécier l'importance de l'information ou pour tirer des inférences justes dans un contexte particulier (*R. c. Abbey*, 1982 CanLII 25 (CSC), [1982] 2 R.C.S. 24, à la p. 42).

[69] Bien qu'elle précise préférer la position américaine à l'arrêt *Anderson*, la juge l'Heureux-Dubé rappelle l'état de la jurisprudence au Canada :

(...) Le droit relatif à l'admission en preuve des traités scientifiques n'a pas été grandement modifié depuis *R. c. Anderson* (1914), 1914 CanLII 361 (AB CA), 22 C.C.C. 455 (C.S. Alb.). Ce jugement exige que l'expert reconnaisse l'autorité du traité, avant que ce traité ne puisse être introduit en preuve (...).

Il existe nombre d'opinions divergentes sur les règles qui devraient gouverner l'admission de ces traités. L'arrêt *Anderson* adopte une position particulièrement stricte: si un témoin est interrogé sur un document et reconnaît son ignorance du document ou en nie l'autorité, aucune utilisation ne peut en être faite par l'introduction d'extraits dans la preuve. Toutefois, si le témoin reconnaît son autorité, il peut être requis d'expliquer toute différence apparente entre l'opinion véhiculée par le

document et la sienne. Voir: Sopinka, Lederman et Bryant, *The Law of Evidence in Canada*, op.

[70] Prenant appui sur l'arrêt *Marquard*, le Tribunal des professions trace en ces termes la marche à suivre dans *Dupéré-Vanier*⁵⁰ :

« [32] Ainsi, pour pouvoir utiliser valablement comme preuve d'une norme ou d'une règle scientifique un article écrit sur le sujet, la partie qui entend le faire doit préalablement faire entendre un expert déclaré tel par le Comité, vérifier si cet expert connaît l'auteur en question, et dans l'affirmative, faire déterminer si cet auteur est considéré comme une autorité et un expert dans le domaine, à défaut d'entendre l'auteur lui-même. Il ne suffit donc pas que la partie qui a le fardeau d'établir les principes scientifiques en vigueur se contente uniquement de soumettre au tribunal des opinions écrites à ce sujet ou des décisions rendues dans des cas analogues (...) ».

[71] Deux experts ont témoigné devant le Conseil, la D^{re} Arielle Lévy, pédiatre, à la demande de la partie plaignante, et le D^r Jean Lemonde, également pédiatre, à la demande de l'intimée.

[72] Sur des aspects différents, plusieurs chefs de la plainte soulèvent des enjeux techniques et scientifiques, ainsi que sur les normes médicales applicables en l'espèce.

[73] Le Conseil a la lourde tâche de départager les opinions de ces deux experts.

[74] Le Conseil entend cadrer sa réflexion à partir de l'enseignement de la Cour supérieure dans l'arrêt *Allstate du Canada, compagnie d'assurance*⁵¹, qui rappelle que les tribunaux ont élaboré deux types de critères dans l'évaluation de la preuve d'expertise : ceux reliés à l'expertise même et ceux reliés à l'expert :

⁵⁰ *Supra*, note 45.

⁵¹ 2842-1733 *Québec Inc. c. Allstate du Canada, compagnie d'assurance*, 1998 CanLII 9739 (QC CS).

25 La valeur probante d'une expertise sera d'autant plus élevée que les faits sur lesquels elle repose sont prouvés. L'honorable juge Gilles Hébert expose ces principes à partir de deux décisions de la Cour suprême et d'un arrêt de la Cour d'appel⁷.

26 Les connaissances, l'attitude et les méthodes de l'expert doivent être analysées. Le Tribunal se penchera sur le ou les moyens par lesquels l'expert a acquis son expertise⁸. La formation théorique est importante. Les tribunaux accordent toutefois une préférence à l'expérience pratique⁹.

27 Le Tribunal observera également l'attitude de l'expert. Ce dernier fait-il preuve de subjectivité ou d'objectivité? A-t-il un intérêt dans l'affaire? Quelle est son approche face aux théories apportées par les autres experts? Y apporte-t-il des éléments? En tient-il compte¹⁰? De façon secondaire, le Tribunal examinera la réputation de l'expert auprès de ses pairs¹¹.

7. *Kansa General Insurance Company & al c. Quincaillerie Roger Lambert Ltée*, [1994], R.R.A. 881, citant les arrêts *Shawinigan Engineering c. Naud* [1929] S.R.R. 341, 343; *Rex c. Abbey* 1982 CanLII 25 (CSC), [1982] 2 R.C.S. 24 ; *Paillé c. Lorcon Inc.*, [1985] (C.A.) 528, 531

8. *Marquard c. La Reine* 1993 CanLII 37 (CSC), [1993] 4 R.C.S. 223

9. *Dame Coulson c. Carruthers*, [1968] (C.S.) 600, 605, voir également l'application pratique de ce principe dans l'arrêt *Kansa* précité

10. *Halvorson Inc. c. McLellan & Co.* 1972 CanLII 137 (CSC), [1973] R.C.S. 65, p. 74; *Kansa* précité, 31, 35;

11. *Halvorson Inc.*, précité p. 74.

E- Aveux extrajudiciaires

[75] Le Conseil a déjà rappelé que la crédibilité des témoins s'évalue lorsque ceux-ci répondent aux questions des avocats à l'occasion d'une séance du Conseil.

[76] Un aveu est qualifié d'extrajudiciaire lorsque celui-ci est fait à l'extérieur du cadre de toute instance ou dans le cadre d'une autre instance que celle où on cherche à l'introduire en preuve.

[77] Suivant l'article 2850 du *Code civil du Québec*⁵² l'aveu est « la reconnaissance d'un fait de nature à produire des conséquences juridiques contre son auteur».

[78] L'aveu doit émaner de la partie adverse (ou de son représentant ou mandataire), être préjudiciable à son auteur et porter sur une question de fait et non pas de droit.

[79] Suivant la doctrine et la jurisprudence⁵³, l'aveu doit remplir certaines conditions de validité : être clair, sans ambiguïté et non équivoque.

[80] Comme le rappelle le Tribunal des professions dans *Hamel*⁵⁴, suivant le deuxième alinéa de l'article 2852 du *Code civil*, la force probante de l'aveu extrajudiciaire est laissée à l'appréciation du tribunal :

[20] La force probante de l'aveu extrajudiciaire est laissée à l'appréciation du tribunal, conformément à l'article 2852 alinéa 2 du *Code civil du Québec (C.c.Q.)*.

[21] À ce sujet, l'auteur Léo Ducharme, traitant de la force probante de l'aveu extrajudiciaire, écrit :

756. De cet article, il résulte que la force probante des aveux extrajudiciaires relève de l'appréciation du tribunal. Il en résulte qu'un tel aveu peut être contredit par une preuve contraire et sans qu'il soit nécessaire de prouver qu'il a été la suite d'une erreur de fait. C'est donc, à bon droit, qu'un tribunal a permis à un acheteur de prouver que son consentement avait été vicié par les fausses représentations du vendeur, même si, par une clause du contrat, il avait reconnu que ce contrat comprenait l'entente complète des parties et que toute entente, représentation, condition ou garantie étaient expressément exclues.

757. Toutefois, un tribunal ne peut écarter l'aveu extrajudiciaire d'une partie sans raison valable, vu la présomption de vérité qui s'attache à toute déclaration par laquelle une personne reconnaît un fait contraire à ses intérêts. Il est normal que, dans ces conditions, une partie soit liée par

⁵² RLRQ, c. CCQ-1991.

⁵³ Jean-Claude ROYER, *La preuve civile*, 5^e éd., 2016, Yvon Blais, Montréal et *Altizone Inc c. Cisco Systems Canada Co.*, 2017 CanLII 4874 (QC CS).

⁵⁴ *Comptables professionnel agréés (Ordre des) c. Hamel*, 2016 CanLII 10 (QC TP).

l'aveu qu'elle a fait, à moins qu'elle ne démontre pourquoi le tribunal ne devrait pas y ajouter foi. (...).

[22] La nécessité pour la partie qui demande d'écarter cet aveu de démontrer, par une preuve contraire, qu'elle ne devrait pas être liée à celui-ci, a été récemment confirmée par la Cour d'appel dans l'arrêt *Claveau c. Bouchard* précité, lorsque la Cour d'appel écrit^[8] :

[12] Le juge a apprécié cet aveu extrajudiciaire au regard de l'ensemble de la preuve, ce qu'il devait faire. Il détermine que, en l'absence de preuve à l'encontre de cet aveu, l'intimé a commis des actes de harcèlement envers l'appelant et qu'il a engagé sa responsabilité civile.

^[8] 2014 QCCA 1241 (CanLII).

[81] Dans le même dossier, la Cour supérieure rappelle que ce qui distingue l'aveu judiciaire de l'aveu extrajudiciaire est la possibilité pour la partie dans le dernier cas de présenter une preuve contraire afin *de moduler la force probante de l'aveu extrajudiciaire, voire amener le tribunal à l'écarter*⁵⁵.

[82] À la lumière de ce qui précède, le Conseil est d'avis qu'il ne peut pas écarter un aveu extrajudiciaire d'une partie sans raison valable, vu la présomption de vérité qui s'attache aux déclarations par laquelle elle reconnaît un fait contraire à ses intérêts.

[83] Dans ces conditions, la partie est liée par l'aveu qu'elle a fait, à moins qu'elle ne démontre au Conseil qu'il ne devrait pas y prêter foi.

[84] La plaignante en reprise d'instance plaide que l'intimée a fait plusieurs aveux extrajudiciaires en réponse à des questions qu'il lui a posées à l'occasion de son entrevue avec le Dr Joyal le 11 octobre 2018.

⁵⁵ *Hamel c. Tribunal des professions*, 2018 CanLII 2193 (QC CS).

[85] Elle souhaite déposer en preuve l'enregistrement intégral de cette rencontre.

[86] Le Conseil suivant les enseignements du Tribunal des professions dans l'affaire *de Sierra*⁵⁶ a autorisé le dépôt en preuve de cet enregistrement sous réserve des objections de l'avocat de l'intimée. Il estime que plusieurs des passages auxquels réfère la partie plaignante ne peuvent être considérés comme étant des aveux extrajudiciaires.

[87] Il est établi que si l'objectif de la production de cet entretien est pour faire la preuve d'un aveu extrajudiciaire, l'aveu doit être allégué et prouvé et, l'intimée en être expressément informée avant l'audition de la plainte et, qu'un avis lui soit transmis identifiant les extraits pertinents où elle aurait, selon le plaignant, exprimé de tels aveux.

[88] Dans son avis, la partie plaignante réfère à une quinzaine de passages de l'enregistrement de cette rencontre, où elle estime que l'intimée aurait fait des aveux extrajudiciaires⁵⁷.

F- Notes médicales au dossier du patient

[89] Bien qu'il soit acquis que la plainte ne reproche pas à l'intimée la façon dont elle a tenu le dossier de A, il n'en demeure pas moins qu'à l'occasion de l'administration de la preuve, les avocats ont questionné tant les témoins experts que l'intimée sur la signification de nombreuses notes inscrites au dossier de A et, dans certains cas cherché à comprendre l'absence de certaines autres , en lien avec les allégations de la plainte au

⁵⁶ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Lucia Fernandez de Sierra*, supra, note 18.

⁵⁷ Pièce P-9.

sujet de la qualité de l'exercice par l'intimée de sa profession eût égard aux standards et normes médicales applicables.

[90] Sur cette question, la compréhension du Conseil sur les enseignements du Tribunal des professions est la suivante.

[91] En 1998, dans *Latulippe c. Médecins*⁵⁸ le chef 4c) porté contre le D^r Latulippe met en cause un comportement dérogatoire aux articles 2.03.15, 2.03.17 et 2.03.18 du *Code de déontologie des médecins* alors en vigueur⁵⁹, qui traitent de l'exercice de la médecine selon les normes médicales applicables et conforme aux données de la science.

[92] Le Tribunal des professions souligne relativement à ce chef que les inscriptions du D^r Latulippe *n'indiquent rien quant à une cytologie péritonéale ou quant à un examen des chaînes ganglionnaires de sa patiente.*

[93] Le Tribunal s'interroge : «Peut-on reprocher au Comité de préférer se fier aux annotations inscrites au dossier d'un patient plutôt qu'aux seuls dires du professionnel qui témoigne plus de deux ans plus tard, selon son seul souvenir et en fonction de ses habitudes»?

[94] Il répond en ces termes:

«Contrairement à ce que prétend l'appelant, le Comité n'exige pas de corroboration. Il précise plutôt que ce que relate l'appelant n'apparaissant pas au dossier de la patiente comme on peut s'y attendre normalement, il en infère que les examens pré-requis n'ont pas été faits. Ce n'est certainement pas parce qu'il est le seul à en témoigner que le Comité doit nécessairement croire l'appelant alors que le

⁵⁸ 1998 QCTP 1687.

⁵⁹ RRQ, 1981, c. M-9, r 4.

dossier est silencieux sur cette question. Comment en effet relever des faits tangibles, comme le suggère l'appelant, alors que rien au dossier ne permet précisément d'en déceler? Il s'agit là d'une question d'appréciation de la crédibilité de l'appelant, et le Tribunal ne voit pas d'erreur grave et manifeste de la part du Comité qui écrit clairement:

"Sous cet aspect il est difficile de porter foi au témoignage de l'intimé. Il est nécessaire et requis pour un médecin de consigner au dossier, avec le plus de détails possibles, tous les actes posés et toutes les informations recueillies. (...) Même s'il n'est pas reproché à l'intimé d'avoir dérogé aux dispositions concernant la tenue du dossier, il n'en demeure pas moins que s'il avait consigné au dossier les gestes qu'il dit avoir posés, il eut été facile à ce moment (...) de constater que ces gestes avaient été posés."

(Nos soulignements)

Le Comité demeure en meilleure position que quiconque pour apprécier la crédibilité des témoins, les ayant entendus et vus témoigner, ayant constaté leurs réactions, leurs intonations et leurs différentes hésitations s'il y en eut.»

[95] Dans un dossier en matière de responsabilité civile, où l'absence d'une note sur le résultat de la tension artérielle du patient fait débat devant la Cour supérieure, le juge Baudoin de la Cour d'appel⁶⁰ écrit :

[24] Je suis d'accord avec le procureur de l'appelante lorsqu'il plaide que l'on doit d'abord se fier aux notes du dossier médical et que, sauf explications plausibles et claires, on doit tenir que ce qui n'a pas été noté, n'a pas en principe été fait.

[96] Récemment, dans *Dentistes c. Benoit*⁶¹ où il aussi question d'infractions aux normes scientifiques généralement reconnues, le Tribunal des professions référant à certains extraits du témoignage du D^r Benoit devant le conseil de discipline fait sien en ces termes, cet enseignement de la Cour d'appel :

[85] Les très brèves explications avancées par l'intimé au cours de son témoignage ne font pas le contrepoids. Rien de ce qu'il prétend avoir fait n'est noté au dossier. Ses affirmations voulant qu'il ait « vérifié en tapant sur les dents s'il y a douleur » ou que c'est « en sondant au niveau gingival » qu'il s'aperçoit « clairement qu'il s'agit d'un abcès gingival » ne sont pas suffisantes pour renverser la présomption selon laquelle les actes qui n'ont pas été notés n'ont pas été posés.

⁶⁰ *Bérubé c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, 2003 QCCA 55071.

⁶¹ 2019 QCTP 41.

[97] Toujours en 2019, dans *Duguay c. Dentistes*⁶², le Tribunal des professions enseigne que :

[97] La motivation du Conseil en regard des déclarations de culpabilité de l'appelant sous les chefs 9 à 12 repose sur ses remarques préliminaires. Celles-ci reprennent le principe suivant lequel il est nécessaire de consigner aux dossiers des patients avec le plus de détails possible tous les actes posés et les informations recueillies par le professionnel.

[98] Ainsi, en l'absence d'annotation concernant les tests diagnostiques, le Conseil a conclu que les tests n'avaient pas été faits. Il s'agit d'une application du principe énoncé par la Cour d'appel dans l'affaire *Bérubé* et suivant lequel « l'on doit d'abord se fier aux notes du dossier médical et que, sauf explications plausibles et claires, on doit tenir que ce qui n'a pas été noté, n'a pas en principe été fait ».

[99] Le Tribunal des professions s'est aussi penché sur ce type de reproche et appliqué ce même principe, entre autres dans l'affaire *Latulippe*.

[100] Par ailleurs, il est utile de réitérer que le Conseil, formé de deux pairs, est le mieux placé pour apprécier la crédibilité des témoins, notamment celle du professionnel au sujet d'absence d'annotation aux dossiers des patients sur des questions névralgiques. Le Tribunal ne peut conclure à l'identification par l'appelant d'une erreur manifeste et dominante ni dans l'appréciation de la preuve ni dans l'application du droit.

[98] C'est sur la base de ces principes que le Conseil entend répondre aux questions en litige.

[99] Mais avant, le Conseil entend disposer de certaines objections et discuter de la qualification des experts.

⁶² 2019 QCTP 31.

VII- DÉCISION DU CONSEIL SUR L'OBJECTION À LA PRODUCTION DE LA PIÈCE P-9, SOIT L'ENREGISTREMENT AUDIO DE LA RENCONTRE ENTRE L'INTIMÉE ET LE PLAIGNANT LE 11 OCTOBRE 2018

[100] Le plaignant confirme au Conseil qu'au moment de sa rencontre avec l'intimée, le 11 octobre 2018, il n'avait pas préalablement informé cette dernière qu'il avait en main le texte d'une expertise préliminaire de la D^{re} Lévy, au sujet duquel il a questionné l'intimée pour obtenir certains commentaires et informations supplémentaires.

[101] Suivant l'avis de dénonciation des pièces daté du 6 mai 2019 joint à la plainte disciplinaire, cette rencontre a été précédée d'une lettre de convocation adressée à l'intimée le 4 septembre 2018, et l'enregistrement de cette rencontre est en possession de l'intimée, au moins depuis que la plainte a été portée contre elle.

[102] Dans un avis daté du 15 novembre 2019, le plaignant informe l'intimée de son intention d'invoquer contre elle à titre d'aveux ou d'admissions, certains passages de cet enregistrement.

[103] L'avis en question en précise à la seconde près les extraits.

[104] L'intimée a témoigné dans le cadre de sa contestation de la plainte disciplinaire portée contre elle.

[105] En 2008, dans *Collège des médecins c. Feldman*⁶³, le Conseil de discipline décline avec minutie ce qu'il faut retenir de la décision du Tribunal des professions rendue en 2005, dans *Psychologues c. Fernandez de Sierra*⁶⁴ :

En somme, les principes que le comité doit retenir de cette décision sont les suivants :

- Sous réserve des adaptations que peuvent requérir les particularismes du droit disciplinaire, les règles de preuve et d'administration de la preuve applicables aux instances disciplinaires sont celles prévues au Code civil et au Code de procédure civile;
- On ne peut affirmer de manière catégorique et absolue que les règles de preuve applicables en matière disciplinaire interdisent de déposer un document faisant état du contenu d'une entrevue ou d'un interrogatoire;
- La règle applicable dépend souvent du but poursuivi par la partie qui présente la preuve;
- La réforme du Code civil a assoupli les règles visant les dépositions prises par écrit (voir notamment les articles 2870-2874 C.c.Q. et 294.1 C.p.c.);
- On ne peut mettre en preuve une déclaration extrajudiciaire pour valoir comme témoignage (c'est-à-dire pour faire preuve de son contenu) si elle n'est ni un aveu, ni une exception à la règle de prohibition du ouï-dire;
- L'exception prévue à l'article 2871 C.c.Q. ne s'applique qu'une fois que l'auteur de la déclaration extrajudiciaire est appelé comme témoin;
- Il serait souhaitable que le professionnel soit expressément informé de l'allégation d'un aveu extrajudiciaire que l'on entend lui opposer;
- L'intention du plaignant d'opposer à l'intimé un aveu extrajudiciaire pourrait être manifestée par une dénonciation écrite de sa part, transmise au professionnel dans un délai suffisamment long avant l'audition;
- Si l'entrevue au cours de laquelle a été formulé l'aveu extrajudiciaire a été enregistrée, il y aurait lieu, dans le cadre de la communication de la preuve, d'indiquer les passages qui constituent un aveu;
- La preuve d'un aveu extrajudiciaire de l'intimé formulé au cours d'une entrevue avec le syndic peut être faite par le témoignage de ce dernier ou par la transcription sténographique de la version donnée par l'intimé (dont la fiabilité sera laissée à l'appréciation du comité) ou encore, par les deux moyens;

⁶³ 2008 CanLII 88699 (QC CDCM).

⁶⁴ 2005 CanLII 134 (QC TP).

[106] En l'instance, le plaignant a respecté cette démarche.

[107] Suivant les enseignements de la Cour supérieure dans la décision *Jolicoeur c. Bellemare*⁶⁵ (dont l'appel a été rejeté en 2015), les règles applicables en droit criminel concernant la tenue d'un voir-dire ne sauraient être importées intégralement en droit disciplinaire :

[34] Aucune autorité ne supporte l'obligation pour un Conseil de discipline de procéder à un voir-dire pour examiner le caractère libre et volontaire d'une déclaration contenant potentiellement un aveu extrajudiciaire.

[37] Il est faux de prétendre que la règle des confessions, propre au droit criminel, doit nécessairement être importée en droit disciplinaire. L'équité procédurale s'avère une règle infiniment variable bien qu'elle fasse partie du droit fondamental d'une personne à une défense pleine et entière. Ce qui est immuable, c'est le droit d'être entendu lorsqu'il est requis par la partie qui le revendique. Ici, le droit fondamental de Me Jolicoeur, sur le plan de l'équité procédurale, est celui de faire valoir sa preuve et ses arguments à propos du caractère libre et volontaire de sa déclaration. Pour l'heure, ce droit n'a pas été brimé.

[108] Cette démarche de procéder à un voir-dire n'est pas une exigence obligatoire, mais plutôt suggérée.

[109] Enfin, la Cour ajoute au sujet de la démarche suivie par le Conseil de discipline du Barreau que celui-ci:

[42] Puis, dans son souci de balancer l'objet de sa loi habilitante (*Code des professions*) et le droit de Me Jolicoeur à une défense pleine et entière, le Conseil a expressément autorisé celui-ci à faire valoir au fond toute preuve et tout argument utile à démontrer l'absence de pertinence ou de valeur probante de sa déclaration.

[43] Que demander de plus d'un organisme administratif dans la performance de son devoir de balancer la valeur pertinente protégée par la Charte et les objectifs de sa loi habilitante.

⁶⁵ 2014 CanLII 5287 (QC CS).

[110] Le Conseil note qu'aucune preuve n'a été faite devant lui établissant que les déclarations de l'intimée ont été obtenues dans des conditions qui vont à l'encontre de l'esprit des droits fondamentaux de celle-ci ou qu'elle a été induite en erreur par le plaignant.

[111] En outre, la production des enregistrements de la rencontre entre le plaignant et l'intimée ne compromet pas le droit de cette dernière à une défense pleine et entière et ne porte pas atteinte aux règles de justice naturelle.

[112] Pour ces motifs, le Conseil décide que l'enregistrement de la rencontre entre le plaignant et l'intimée du 11 octobre 2018 est recevable et admissible en preuve, et ce, sans la tenue d'un voir-dire et que les droits de l'intimée sont sauvegardés et protégés par la preuve qu'elle pourra offrir en défense, notamment par son témoignage, et par les représentations qu'elle pourra faire pour attaquer la pertinence et/ou la force probante des aveux ou des admissions invoqués par le plaignant.

VIII- QUALIFICATION DES EXPERTS ET DÉPÔT EN PREUVE DE LEURS RAPPORTS

[113] La D^{re} Arielle Lévy, MD, MEd, FRCPC, exerce sa profession de pédiatre à l'urgence pédiatrique du CHU Sainte-Justine depuis 2002. Elle se présente comme étant pédiatre urgentiste dans un centre universitaire tertiaire.

[114] Entre 1997 et 2002, elle a été pédiatre consultante dans deux centres secondaires dont les activités s'apparentent à celles de l'Hôpital Charles-Le Moyne où travaille l'intimée.

[115] Elle détient une *Certification avancée en assistance respiratoire néonatale* (ANLS), une autre en réanimation traumatologique (ATLS) dont elle est instructrice auprès de ses pairs, ainsi que de diverses autres certifications en urgence pédiatrique.

[116] Jusqu'en 2017, elle était responsable pédagogique de la formation en pédiatrie des résidents en médecine familiale à l'Université de Montréal, où elle est professeure agrégée de clinique, depuis 2014.

[117] Au CHU Sainte-Justice, elle s'implique dans de nombreux comités dont celui sur la prise en charge des sepsis et l'APLS ou PALS (Pediatic advance life support)⁶⁶.

[118] Elle précise que la formation PALS est axée sur des simulations, l'étude de cas et procure aux professionnels qui s'y inscrivent, une certification valable pour 24 mois.

[119] Son expérience dans un centre hospitalier secondaire comme Charles-Le Moyne lui a permis d'être souvent confrontée à des cas de sepsis comme celui de A. Elle reconnaît que dans ce type d'établissement, les cas de choc sepsis sont plus rares, mais qu'il faut que le pédiatre sache les identifier à temps. Elle en a vu de 8 à 10 en cinq ans, ajoute-t-elle.

⁶⁶ Pièce P-11.

[120] Par contre, dans un centre hospitalier tertiaire comme le CHU Sainte-Justine, les cas de sepsis sont régulièrement présents, et les cas de choc sepsis plus nombreux en raison de la vocation de l'établissement.

[121] D'emblée, la D^{re} Lévy précise que le soir de l'admission de A au CHU Sainte-Justine, elle n'était pas présente à l'hôpital.

[122] Comme la plupart des membres du personnel de l'urgence, elle a rapidement été informée qu'un jeune enfant était décédé aux urgences de l'hôpital. Outre l'âge de A, aucune autre information n'a été portée à sa connaissance.

[123] La D^{re} Lévy précise qu'avant de lui confier le mandat de réaliser une expertise dans le présent dossier, le plaignant l'a questionnée sur ses liens avec l'urgentologue en services au CHU Sainte-Justine qui est intervenu auprès de A. Celle-ci finissait son Fellowship et a quitté le CHU Sainte-Justine en mai 2017, précise-t-elle.

[124] Au moment des événements, elle était l'une des 22 urgentologues au CHU Sainte-Justine, et n'entretient que des liens professionnels avec elle. Elle précise que dans ce contexte, elle a effectivement assuré la supervision de projets de recherches de celle-ci, et associé son nom à la publication des textes à leur soutien.

[125] Comme médecin sénior, elle comprenait l'impact chez cette collègue du décès d'un enfant et se souvient être allée la voir pour la reconforter, en évitant d'avoir avec elle des échanges sur ce qui était arrivé, dit-elle. Elle précise qu'au CHU Sainte-Justine,

suivant le protocole, il appartenait à un comité, au sein duquel elle n'a pas participé, d'examiner ce qui s'est produit.

[126] Contre-interrogé à ce sujet, le plaignant précise qu'il était parfaitement au courant de cette situation, et qu'avant de confier au D^{re} Lévy le mandat d'expertise, il a fait les vérifications qui s'imposaient afin de s'assurer de l'indépendance et de l'objectivité de cette dernière dans la réalisation de celui-ci.

[127] Le Conseil a autorisé le dépôt en preuve du rapport d'expertise⁶⁷ de la D^{re} Lévy, accompagné de la littérature scientifique à laquelle elle réfère⁶⁸, et lui a permis de livrer un témoignage d'opinion à titre d'experte et médecin spécialiste en pédiatrie.

[128] Le D^r Jean Lemonde, MD, FRCP, est le médecin dont l'intimée a retenu les services à titre d'expert.

[129] Le D^r Lemonde obtient son diplôme de médecine de l'Université de Sherbrooke en 1970.

[130] Entre 1970 et 1974, il exerce sa profession à ce qu'il est alors convenu d'appeler l'Hôpital Ste-Justine (depuis CHU Sainte-Justine).

⁶⁷ Pièce P-12.

⁶⁸ Pièce P-13 en liasse.

[131] Par la suite, il s'installe dans la région de Gatineau, où il pratique la pédiatrie dans des institutions du Centre intégré de santé et services sociaux de l'Outaouais (CISS de Gatineau).

[132] Depuis 2000, il est instructeur du *Programme de réanimation néonatale* (NRP)⁶⁹.

[133] Référant à 2017, l'année à laquelle réfère la plainte, l'unité de pédiatrie de l'hôpital où il travaille comptait 86 lits, depuis avec les fusions et restructurations le nombre de lits n'est plus qu'autour de 25.

[134] De 8 à 10 pédiatres faisaient partie de l'équipe. Comme l'Hôpital Charles LeMoine, il s'agit d'un centre de soins spécialisés secondaire, où les cas susceptibles de requérir des soins intensifs pédiatriques sont transférés vers le CHU Sainte-Justine ou l'Hôpital de Montréal pour enfants.

[135] Il explique que d'une pratique où il consacrait la moitié de ses activités en bureau privé et l'autre moitié à sa garde en milieu hospitalier, en 2013, il a fermé son bureau pour consacrer la totalité de son temps à la pédiatrie en milieu hospitalier.

[136] Le D^r Lemonde explique que les périodes de garde étaient de deux types : celles en néo-natalités et à la consultation des nouveau-nés, une autre consacrée à l'étage pédiatrique et à l'urgence.

[137] En 2019, il a mis fin à ses activités de garde.

⁶⁹ Pièce I-2.

[138] Au sujet de la formation et de la certification PALS, le D^r Lemonde précise l'avoir suivie de 5 à 6 fois. Il n'a pas renouvelé sa dernière certification puisqu'il a récemment cessé sa garde hospitalière. Dans le département de pédiatrie de l'hôpital où il travaillait, la formation et la certification PALS étaient obligatoires, précise-t-il.

[139] Avec ses nombreuses années de pratique en milieu hospitalier, le D^r Lemonde est en mesure d'affirmer que *des pathologies de pneumonies chez les enfants il en a vu et soigné beaucoup.*

[140] Il lui est aussi arrivé d'avoir à traiter des cas de sepsis et de s'impliquer dans des cas de transfert d'enfants vers l'un ou l'autre des établissements tertiaires désignés, pour des cas de sepsis graves et de choc septique.

[141] Le Conseil a autorisé le dépôt en preuve du rapport d'expertise⁷⁰ du D^r Lemonde⁷¹, accompagné de la littérature scientifique à laquelle il entend référer à l'occasion de son témoignage⁷² et décide qu'il pouvait livrer un témoignage d'opinion à titre d'expert et médecin spécialiste en pédiatrie.

⁷⁰ Pièce P-12.

⁷¹ Pièce I-1.

⁷² Pièces I-4 à I-12.

**IX- DÉCISION DU CONSEIL SUR LA DEMANDE DE REJET DU TÉMOIGNAGE
ET DU RAPPORT D'EXPERTISE DE LA D^{re} LÉVY**

[142] L'avocat de l'intimée plaide que le manque de crédibilité et de fiabilité de la preuve d'expertise de la partie plaignante devraient amener le Conseil à conclure à son inutilité et à son rejet.

[143] D'abord, l'indépendance de la D^{re} Lévy est, dit-il, questionnable : elle est en conflit d'intérêts, argue-t-il.

[144] Elle sait que le dossier fait l'objet d'un recours civil, dans lequel sa collègue du CHU Sainte-Justine est impliquée, alors qu'elles ont déjà cosigné des articles scientifiques dans le passé.

[145] Elle est, dit-il, trop proche d'elle pour donner son opinion dans le présent dossier.

[146] Ensuite, référant à la section du rapport de l'experte où il est question de l'investigation menée par un coroner, elle a selon lui outrepassé son mandat en parlant des causes du décès de l'enfant.

[147] Connaissant les causes du décès de A, elle a, lors de son témoignage, prétend-il, accentué ses reproches à l'encontre de l'intimée.

[148] Enfin l'avocat souligne qu'à l'occasion de son témoignage, la D^{re} Lévy a apporté plusieurs corrections à la chronologie des événements qu'elle dresse dans son rapport, pour pallier les erreurs qui sont selon lui fondamentales et qui discréditent le document

dans son entièreté, suggérant en conclusion que la D^{re} Lévy *soit en mission pour protéger* le CHU Sainte-Justine.

[149] Le Conseil ne partage pas le point de vue de l'intimée.

[150] S'il est exact de dire que le rapport de l'experte Lévy contenait certaines erreurs dans la chronologie de certaines notes, elles ont été relevées à la première occasion par le témoin lui-même, prises en notes par le Conseil et, évacuées par celui-ci, à l'étape de l'analyse de la preuve.

[151] Ces corrections ne sont pas à ce point fondamentales jusqu'à miner comme le suggère l'avocat la crédibilité du témoignage de l'experte et conclure au rejet de son rapport au motif qu'il constitue un document inutile.

[152] Le Conseil réitère que les rapports et les témoignages des experts entendus ont été appréciés à leurs mérites et fort utiles aux délibérations du Conseil. Les deux expertises ont alimenté sa réflexion et l'on aidé dans sa prise de décision.

[153] Quant aux liens strictement professionnels qui existaient à une certaine époque entre la D^{re} Lévy et l'urgentologue du CHU Sainte-Justine, ils ont été d'emblée adressés pour ce qu'ils étaient dès le départ par le plaignant puis par l'intéressée, et sur la foi de ces explications, rien n'amène le Conseil à considérer qu'ils minent l'objectivité de la D^{re} Lévy au point de rejeter son rapport et son témoignage comme le suggère l'avocat de l'intimée.

[154] Enfin, quant au passage du rapport au sujet de l'enquête du coroner, le Conseil rappelle qu'afin d'éviter un report d'audience afin de produire un rapport amendé, il a été convenu avec les avocats qu'il était préférable de le déposer tel quel, dans la mesure où les membres du Conseil prenaient l'engagement de ne pas prendre connaissance du passage en question, comme cela a été le cas.

X- REPRÉSENTATIONS DES PARTIES

[155] Les représentations de l'avocat de la plaignante en reprise d'instance peuvent être ainsi résumées.

[156] Sous le chef 1a) de la plainte, l'avocat reprend la chronologie des événements établie par la preuve à partir des informations transmises par les parents au sujet de l'évolution de la condition de leur enfant depuis la veille et l'avant-veille, de leur arrivée avec A à l'urgence de l'hôpital, tôt le samedi matin, jusqu'à ce que l'intimée signe le formulaire de son hospitalisation au département de pédiatrie au début de l'après-midi du 18 février 2017.

[157] L'avocat met en relief les informations contenues à la note de triage du matin, à certaines notes infirmières, à celles de l'urgentologue de 11h00, qui concluent sur la foi des radiographies à une pneumonie bilatérale, dont la gravité amène l'intimée à requérir l'hospitalisation de l'enfant.

[158] L'intimée, à la demande de l'urgentologue, se rend au chevet de A vers 12h15. Lorsqu'elle prend connaissance du dossier, elle est, dit-il, en mesure de facilement

constater qu'il manque au dossier plusieurs informations au sujet des signes vitaux de cet enfant.

[159] La preuve, ajoute-t-il, démontre qu'elle ne réagit pas. Pour lui, il est clair que l'intimée n'a pas porté la plus grande attention ou l'attention nécessaire au jeune patient dont elle avait la responsabilité.

[160] En outre, il estime que minimalement l'intimée aurait dû être inquiète et faire preuve d'une plus grande prudence. Or, elle fait dès le départ peu de cas de l'histoire de cet enfant au cours des 48 dernières heures.

[161] Il estime que la plaignante, via le rapport et le témoignage de l'experte Lévy, a rencontré son fardeau de preuve.

[162] Au sujet du chef 1b) de la plainte telle que précisée qui reproche à l'intimée d'avoir omis d'élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, et de reconnaître à partir ou vers 14h30, l'état de sepsis de son patient, l'avocat reprend la chronologie des événements mise en preuve jusqu'à ce que l'intimée en arrive à un diagnostic documenté de sepsis à 15h30.

[163] Il s'attarde sur la preuve documentaire, qui fait état d'une ordonnance par l'intimée d'une prise des signes vitaux aux 4 heures, sur l'absence de priorisation des ordonnances, leurs insuffisances, les nombreux délais dans leurs exécutions et l'absence de suivi, pour illustrer que le comportement de l'intimée n'est pas celui d'un médecin prudent, diligent et compétent, notamment à la lumière du témoignage de la D^{re} Lévy,

qui a expliqué au Conseil, dit-il, l'urgence d'agir, tel qu'en fait foi le tableau clinique produit à l'appendice A de son rapport expertise.

[164] Malgré que les signes se multiplient quant à la dégradation de son patient, l'intimée conserve ses ornières, conclut-il. Pour l'avocat de la plaignante en reprise d'instance, c'est un manque de compétence et de diligence.

[165] Elle n'est plus à jour, conclut-il.

[166] Concernant le chef 2 de la plainte qui réfère au défaut de transfert immédiat de A vers un centre tertiaire, là encore, dit-il, la plaignante en reprise d'instance a démontré que la norme scientifique applicable, eu égard aux faits mis en preuve, notamment la condition médicale de A qui se dégrade, exigeait le transfert immédiat de ce patient vers le CHU Sainte-Justine, minimalement dès que l'intimée pose son diagnostic de sepsis à 15h30.

[167] Encore une fois, argue-t-il, alors que se détériore la condition clinique de son patient, l'intimée garde ses ornières. Au lieu d'envisager impérativement mettre toutes les chances du côté de son patient, en le transférant à un centre tertiaire, pour stopper la progression du sepsis vers un choc septique, elle attend d'autres résultats de laboratoire, qui finiront les uns après les autres à démontrer une détérioration clinique de la condition de A, résultats dont elle est incapable de mesurer, saisir et contextualiser l'importance, allant jusqu'à prescrire autour de 15h00 une formule sanguine complète dans six heures,

alors que les résultats qui arrivent au même moment sont catastrophiques, suivant l'opinion de la D^{re} Lévy.

[168] Au lieu de transférer l'enfant, elle prescrit d'autres laboratoires dont l'utilité est mise en doute, dont une échographie, où elle perd A de vue pendant plus d'une heure.

[169] Elle attend à tort selon la littérature, dit-elle, une détérioration de l'état mental de A avant de le transférer.

[170] C'est, répète-t-il, un manque flagrant de compétence et de diligence.

[171] L'avocat fait le même exercice au sujet des chefs 3a) et 3b) de la plainte tel que précisé pour en arriver aux mêmes conclusions.

[172] L'intimée a manqué de leadership, dit-il. Les ordonnances sont exécutées en retard.

[173] Les traitements quant à eux, souvent tardifs, sont généralement inadéquats, manquent d'agressivité, de contrôles et de réévaluations, démontrent que l'intimée n'a pas la compétence voulue pour faire face à la situation, dit-il.

[174] Alors que sa démarche thérapeutique ne fonctionne pas, et que l'état de A ne s'améliore pas, qu'il n'a toujours pas uriné, l'intimée quitte pour aller chez elle, rassurée, dit-il, parce que la saturation, la tension artérielle et le tonus de l'enfant sont stables, mais que tout le reste se détériore.

[175] C'est selon lui un comportement inacceptable.

[176] Concernant le chef 4 de la plainte qui réfère aux changements de la dose de dopamine durant le transport de A vers le CHU Sainte-Justine, l'avocat estime que la plaignante en reprise d'instance a également rencontré son fardeau de preuve.

[177] Le témoignage de la D^{re} Lévy a démontré, dit-il, que l'intimée plutôt que de changer constamment la perfusion de dopamine aurait dû la maintenir au niveau recommandé par l'urgentologue du CHU Sainte-Justine, afin de maintenir pendant les quelques minutes que dure le transport, la tension artérielle à un niveau favorable, quitte à ce qu'elle soit momentanément plus élevée que le seuil ciblé.

[178] L'avocat estime qu'il est encore question ici de la compétence de l'intimée.

[179] Les représentations de l'avocat de l'intimée peuvent être ainsi résumées.

[180] Sous le chef 1a) de la plainte, l'avocat de l'intimée souligne que de 8h03 jusqu'à 11h00, il n'y a eu aucune réévaluation des signes vitaux de l'enfant de la part du personnel infirmier, ni à 11h00 par l'urgentologue et collègue de l'intimée. Or, dit-il, le plaignant n'a ni investigué et porté plainte contre celui-ci.

[181] Il estime que suivant la preuve, les signes vitaux de A ont été pris de façon contemporaine par l'externe qui accompagnait l'intimée, et que l'examen de l'enfant par cette dernière, lui a permis de contrôler son RR et sa FC avec l'auscultation.

[182] Quant à la TA, sa compréhension de la preuve, est à l'effet qu'il n'y avait pas d'indication clinique à la prendre et qu'il est également difficile de l'obtenir chez un enfant.

[183] Quant au contrôle de la perfusion périphérique, l'avocat rappelle que le témoignage de l'intimée est à l'effet qu'elle le fait de façon machinale, qu'il s'agit d'une routine et qu'elle ne note le résultat que s'il est anormal.

[184] Sous le chef 1b) de la plainte, l'avocat de l'intimée à partir des différents tableaux déposés en preuve, de l'expertise et du témoignage du D^r Lemonde, reprend les critères du sepsis dont fait état la littérature dont notamment ceux associés à la température de l'enfant, à la présence d'une FC élevée (tachycardie) et à une FR élevée (tachypnée), et, en les comparant aux notes médicales évolutives au dossier, en arrive à la conclusion que le Conseil doit rejeter ce chef, au motif que la preuve prépondérante établit que vers 14h30, l'enfant ne satisfait pas les critères pour en arriver à un diagnostic de sepsis.

[185] Au sujet du chef 2 de la plainte qui reproche à l'intimée d'avoir fait défaut de diriger son patient vers un centre tertiaire dès le moment où elle a posé un diagnostic de sepsis vers 15h30, l'avocat de cette dernière insiste pour dire que suivant la preuve, puisque A n'avait toujours pas à cette heure de manifestation de l'altération de son état de conscience, ni d'hypotension et une diminution de son état général, l'intimée était justifiée, estime-t-il, de traiter A avec des mesures de ressuscitation et de considérer ultérieurement son transfert vers un centre tertiaire s'il n'y avait pas d'amélioration.

[186] À 15h30, argue-t-il, l'algorithme de prise en charge d'un choc septique déposé en preuve n'avait pas à être déclenché compte tenu de l'état de conscience mentale de l'enfant, qui est, dit-il, documenté pour la première fois à 18h00 (hypotonie) et à 18h30, lorsqu'il est qualifié de léthargique.

[187] Au sujet des chefs 3a) et 3b) de la plainte telle que précisée, l'avocat rappelle dans un premier temps que la responsabilité de relever les prescriptions relève des infirmières, lesquelles doivent comprendre que lorsque le médecin porte la mention «STAT» à l'ordonnance, cela signifie «immédiatement».

[188] L'avocat estime que les doses d'antibiotiques et les apports liquidiens prescrits étaient adéquats compte tenu de la littérature, des objectifs médicaux de l'intimée et de la condition clinique de son patient et qu'il est inexact de prétendre à leur tardiveté, considérant l'épisode de soins auquel en est l'intimée au moment de leurs administrations.

[189] C'est la prudence, explique-t-il, qui a incité l'intimée à débiter le traitement avec un demi-bolus et d'écarter l'hépatomégalie avant de compléter son bolus. C'est cette même prudence qui l'a guidée, dit-il, de ne pas prescrire l'administration d'un bolus avant son retour à l'hôpital, compte tenu des risques de surcharge et d'insuffisance cardiaque.

[190] Il réitère que les délais dans l'administration des bolus ne font pas l'objet de la plainte, et sont imputables au personnel infirmier et que selon sa compréhension de la preuve l'état de la perfusion périphérique du patient a été adéquatement contrôlé après l'administration de chacun des bolus liquidiens.

[191] Enfin, au sujet chef 4 de la plainte, l'avocat estime que la preuve prépondérante établit que les modifications de la perfusion de dopamine par l'intimée lors du transport en ambulance ne contreviennent à aucune norme de pratique en la matière.

XI- RÉPONSES DU CONSEIL AUX QUESTIONS EN LITIGE

A) Considérations générales

Rapports et témoignages des experts

[192] Le Conseil souscrit à la position des avocats des parties voulant que la preuve d'expertise soit déterminante afin de répondre à l'ensemble des questions en litige.

[193] Avec soin, précision et compétence, les deux experts ont instruit le Conseil au sujet du fonctionnement et dysfonctionnement des systèmes respiratoire, cardiovasculaire, rénal, et métabolique, chez un jeune enfant.

[194] Les experts ont par une mise en situation pratique permis au Conseil d'avoir une meilleure compréhension du langage médical, notamment celui associé à la pédiatrie, ses caractéristiques propres aux différents cadres de pratique de la médecine pédiatrique et des responsabilités qui reposent sur les acteurs de notre système de santé, particulièrement pour le personnel soignant, dont au premier chef le médecin.

[195] Les experts ont présenté en preuve une abondante littérature.

[196] Chacun d'eux a eu l'occasion de critiquer, tantôt le rapport d'expert de l'autre, tantôt son témoignage et/ou la pertinence de la littérature utilisée par l'un ou par l'autre, pour dire, par exemple, qu'elle repose sur un échantillonnage qui n'est pas concluant ou souligner que sur une question donnée la recherche et la littérature avaient évolué.

[197] Les experts ont aussi eu l'occasion, au bénéfice du Conseil, d'exprimer les raisons pour lesquelles ils accordent une plus ou moins grande importance, cliniquement parlant, par exemple, à une condition physique documentée, au résultat d'un laboratoire, à tel tableau clinique ou tel algorithme de prise en charge mis de l'avant par la littérature.

[198] La compétence et l'expérience des experts des parties sont évidentes et pour le Conseil indéniables. Ils ont mis à la disposition du Conseil beaucoup d'informations pertinentes.

[199] La D^{re} Lévy est une clinicienne expérimentée qui œuvre au sein d'un établissement tertiaire doté de soins intensifs en pédiatrie qui accueille en spécialité et en surspécialité des enfants en provenance d'autres hôpitaux, dont l'hôpital Charles- Le Moyne.

[200] La D^{re} Lévy a, à quelques occasions, tant dans son rapport que dans son témoignage, émis des commentaires sur la conduite de l'intimée sur la base du croisement d'informations qui parfois ne sont pas ou n'étaient pas, en temps réel, disponibles au moment où l'intimée prend ses décisions et/ou prodigue ses soins.

[201] Le D^r Lemonde est également un clinicien de longue expérience qui œuvre au sein d'un établissement similaire à celui où les événements se sont produits.

[202] Le D^r Lemonde, tant dans son rapport d'expert qu'à l'occasion de son témoignage s'emploie à se mettre à la place de l'intimée et à se poser la question, à chacun des épisodes de soins de celle-ci, en quoi j'aurai fait autrement.

[203] Cette perspective apporte aussi à l'occasion certains biais dans la mesure où elle met parfois démesurément l'emphase sur des considérations périphériques comme des gestes machinaux, des habitudes de travail ou encore des impératifs du cadre institutionnel, au détriment de la norme scientifique applicable au moment des évènements.

[204] Le Conseil entend juger de la conduite déontologique de l'intimée à la lumière de l'enseignement du Tribunal des professions dans la décision *Nguyen c. Médecins*⁷³ qui rappelle que :

[62] Les tribunaux nous mettent en garde sur l'analyse des faits à partir d'un point de vue idéal de la médecine nous invitant plutôt à un examen replaçant le médecin intervenant dans le cadre des données qu'il perçoit et qui use de son jugement. À ce propos, dans l'affaire *Fillion*, le juge Claude Bouchard écrit :

[111] C'est aussi dans ce dernier arrêt que la Cour suprême (*Lapointe c. Hôpital Le Gardeur* 1992 CanLII 119 (CSC), [1992] 1 R.C.S. 351, p. 363.) met en garde les tribunaux de ne pas se fier à la vision parfaite que permet le recul. Il faut se mettre dans la position du médecin au moment où il fait le choix du traitement, à défaut de quoi sa conduite ne sera pas évaluée selon les normes d'un professionnel placé dans les mêmes circonstances, mais plutôt en fonction d'un choix qui a pu s'avérer erroné après le fait.^[68]

^[68] *Fillion c. Cantin*, 2012 QCCS 2666.

Formation et certification PALS

[205] Il a été question à plusieurs reprises de la formation et certification PALS.

[206] Le D^r Lévy a insisté sur l'importance pour un pédiatre de détenir et mettre à jour ses connaissances et pour elle la formation PALS est un incontournable.

⁷³ 2013 QC TP 94.

[207] Elle voit cette formation comme étant intrinsèquement liée à l'amélioration et au maintien des compétences, du savoir-faire et du savoir-être, du médecin pédiatre dans leur rôle de leader au sein de l'équipe soignante.

[208] Elle donne cette formation quatre fois par année au Québec. Il s'agit d'une certification valide pour 24 mois qui nécessite d'être remise à niveau.

[209] Le D^r Lemonde a lui aussi reconnu que la formation et la certification PALS étaient *définitivement pertinentes* pour les pédiatres œuvrant en milieu hospitalier.

[210] Il s'agit, dira-t-il, d'un contenu qui est « un support à la vie dans des situations d'urgence grave ». Un chapitre complet est consacré au choc septique. Il a mis en preuve qu'à l'hôpital où il travaillait, cette formation et certification étaient obligatoires.

[211] La preuve démontre que cette formation fait maintenant partie du programme d'enseignement universitaire.

[212] Cette formation n'était pas au cursus de la formation universitaire au moment où l'intimée a complété ses études universitaires et été admise à l'Ordre, ni rendue par la suite obligatoire par ce dernier ou le Collège Royal du Canada.

[213] Pour les pédiatres gradués avant cette intégration, comme c'est le cas de l'intimée, la preuve démontre qu'il appartient à chaque unité de pédiatre de la rendre obligatoire auprès de son personnel soignant, et dans le cas contraire, il appartient à chaque

médecin de décider d'en faire ou non une priorité au maintien et à l'amélioration de ses compétences.

[214] Bien que la formation soit obligatoire dans plusieurs urgences, elle est optionnelle à l'Hôpital Charles-Le Moyne, ou l'intimée est médecin-chef de l'équipe.

[215] La preuve prépondérante, notamment le témoignage de l'intimée, est à l'effet que bien que plusieurs membres de l'équipe pédiatrique de l'Hôpital Charles-Le Moyne aient suivi cette formation et détiennent cette certification, l'intimée n'a pas suivi la formation PALS et ne détient pas une telle certification.

[216] L'intimée estime que l'échange des connaissances au sein de son équipe de travail, ses lectures et participations à différentes autres activités de formations compensent et lui ont permis de maintenir à jour ses compétences comme pédiatre.

[217] Comme élément d'un ensemble, cette preuve au sujet de la formation et de la certification PALS est pour le Conseil non seulement recevable, mais également hautement pertinente dans la mesure où certains des chefs de la plainte l'obligent à considérer l'article 44 du *Code de déontologie des médecins*, qui fait obligation à l'intimée de parfaire, développer et tenir à jour ses connaissances, afin d'être en mesure d'exercer sa profession de pédiatre selon les normes médicales les plus élevées possibles.

[218] La preuve d'expertise est claire et convaincante, il s'agit d'une formation et d'une certification pertinente qui contribuent au maintien des compétences des médecins cliniciens, incluant les pédiatres.

[219] Pour ce qui est de l'objection de l'avocat de l'intimée au point 1 de *l'avis De Sierra*, il y a lieu de considérer que l'intimée ayant réitéré devant le Conseil ne pas avoir suivi la formation PALS, il y a lieu pour ce dernier de conclure, comme un fait avéré le fait qu'elle n'a jamais obtenu la certification PALS, en fournissant les explications dont il a été précédemment question.

[220] Sur ce point, le Conseil ne peut faire droit à l'objection de l'avocat de l'intimée.

B) Décision du Conseil sous le chef 1a)

Q1- Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a omis, lors de son évaluation initiale, de contrôler ou de mesurer le rythme respiratoire, la fréquence cardiaque, la tension artérielle et l'état de perfusion périphérique de son patient A, et ce, contrairement aux articles 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* ?

[221] Les articles 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins*⁷⁴ et 59.2 du *Code des professions*⁷⁵ se lisent ainsi :

Code de déontologie des médecins

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 manœuvres ou des actes intempestifs ou contraires aux données actuelles de la science médicale.

⁷⁴ RLRQ c M-9, r 17.

⁷⁵ RLRQ c C-26.

Code des professions

59.2. Nul professionnel ne peut poser un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, ni exercer une profession, un métier, une industrie, un commerce, une charge ou une fonction qui est incompatible avec l'honneur, la dignité ou l'exercice de sa profession.

[222] La preuve prépondérante établit ce qui suit.

[223] Le 18 février 2017, A arrive à l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne à 08 h 03.

[224] Sa condition est d'abord évaluée par une infirmière au triage.

[225] Cette infirmière, suivant en partie les informations qu'elle obtient des parents, note que A a eu des vomissements depuis la veille, qu'il a fait de la fièvre, que sa température a récemment été supérieure à 38,5°, qu'il est possiblement déshydraté pour avoir vomi à 4/5 reprises, qu'il était moche et toxique depuis la veille et avait eu des selles molles.

[226] Les signes vitaux de A sont partiellement et pour une première fois pris par une infirmière: la fréquence cardiaque (FC) à 126 pulsations par minute (2 déviations standards selon la preuve d'expert), la température (T°) établie à 36,4°C et le taux de saturation en oxygène à 100%. La tension artérielle(TA) et la fréquence respiratoire (FR) de l'enfant ne sont pas notées.

[227] A est classé comme étant une priorité de niveau 3. Il est alors 08h10⁷⁶.

⁷⁶ Pièce P-2A, page 3.

[228] La preuve établit qu'une priorité de niveau 3 exige que les signes vitaux du patient soient repris aux 30 minutes.

[229] L'expert Lemonde qui a travaillé presque la totalité de sa carrière dans un hôpital de la même catégorie est d'accord pour dire qu'une priorité 3 nécessite une évaluation médicale rapide, et à défaut une prise des signes vitaux aux 30 minutes.

[230] Le dossier indique que A est "réévalué" par une autre infirmière à 08 h 52 laquelle, *étant donné que l'enfant dort dans sa poussette*, se contente de reproduire les premiers résultats des signes vitaux pris par sa collègue à 08h10⁷⁷.

[231] A est vu par l'urgentologue à 11h00, soit trois heures suivant son arrivée à l'urgence et la prise unique et partielle de ses signes vitaux.

[232] La note de consultation de l'urgentologue⁷⁸ reproduit sous forme dactylographiée les résultats des signes vitaux de 08h10.

[233] Le dossier ne contenant aucune note manuscrite à cet effet de la part de l'urgentologue, il y a lieu de conclure que les signes vitaux de A n'ont pas été repris par celui-ci, lors de son examen.

[234] Ce denier décrit l'histoire de cas de A ainsi: *l'enfant est irritable depuis 3 jours, qu'il a récemment eu des vomissements et des selles molles. Qu'il s'hydrate mais vomit,*

⁷⁷ Pièce P-2A, page 4.

⁷⁸ Pièce P-2A, pages 6 et 7.

qu'il n'a pas uriné ce matin et qu'il n'a pas de symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures, mais une légère toux.

[235] À l'examen physique, l'urgentologue note que *A est un peu moche, que la nuque est souple, que les tympans, le cœur, les poumons et l'abdomen sont normaux.*

[236] Au titre de ses impressions cliniques, le médecin note : «viral; éliminer pneumonie; infection urinaire;- éliminer appendicite». Il prescrit : un bilan sanguin, une radiographie pulmonaire et une échographie.

[237] La radiographie pulmonaire est effectuée à 11h34 et on conclut que A souffre d'une bronchopneumonie⁷⁹.

[238] À 12h00, de retour à l'urgence après que la radiographie pulmonaire ait été prise, A est vu par une infirmière qui décrit ainsi son état : *pâleur, tachypnée, diminution de l'état général et refuse de boire*⁸⁰.

[239] Le dossier ne contenant aucune mise à jour des signes vitaux, il est indiqué de conclure qu'ils n'ont pas été pris par cette infirmière.

[240] À 12h10, l'urgentologue note au dossier que la radiographie confirme une pneumonie de la base pulmonaire droite.

⁷⁹ Pièce P-2A, page 42.

⁸⁰ Pièce P-2A, page 10.

[241] L'urgentologue annule l'échographie qu'il avait prescrite et requiert une consultation en pédiatrie.

[242] Il note avoir discuté avec l'intimée *qui viendra voir A*.

[243] Il est établi que l'intimée se rend rapidement au chevet de A, et qu'elle procède à l'évaluation initiale de celui-ci aux alentours de 12h15 (premier épisode de soins).

[244] À cette heure, la preuve démontre que depuis 08h10 le matin, soit depuis plus de 4 heures, les signes vitaux de A n'ont été ni contrôlés ni mesurés par le personnel médical et infirmier de l'urgence.

[245] Au moment de cette prise en charge, vers 12h30, l'intimée est en mesure de savoir suivant les notes infirmières, celles de l'urgentologue et de l'externe qui l'assiste que A :

- n'avait pas uriné depuis la veille;
- qu'il avait fait de la température depuis trois jours jusqu'à 39° C;
- que la veille il avait vomi à quatre reprises et avait été moche et toxique;
- que les signes vitaux pris lors du triage indiquent une FC à 126 et une T° à 36.4° C.;
- qu'une note infirmière inscrite au dossier à midi fait état de : « pâleur, tachypnée, diminution de l'état général, refus de boire».

[246] La preuve est à l'effet que l'intimée dispose aussi du résultat de la radiographie pulmonaire.

[247] La note de l'intimée au dossier⁸¹ (rédigée par l'externe et contresignée par l'intimée à 12h30) résume ainsi l'histoire de cas: fièvre 39.9 depuis 3 jours; fatigue, diminution de l'état général; vomissement x 4 depuis la veille; s'hydrate bien mais mange peu.

[248] Au titre de l'examen physique, il est écrit que l'intimée observe que A est dans un état dyspnéique (difficulté à respirer, selon la preuve d'expertise), qu'il a des battements des ailes du nez et qu'il a un tirage sous costal modéré.

[249] Quant aux signes vitaux, la note mentionne une T° de 36, une FC à 126 et un taux de saturation à 100%. Quant au RR le chiffre 126 est raturé.

[250] Au sujet des reproches qui lui sont faits au chef 1a) de la plainte, l'intimée donnera au Conseil les explications suivantes.

[251] Le 18 février 2017 est un samedi. Elle est la pédiatre de garde à l'hôpital, ce qui nécessite qu'elle soit disponible à compter de 08h00 du samedi matin jusqu'à 08h00 le lundi suivant.

[252] Elle situe le premier épisode de soins autour de 12h15 à la suite de l'appel de son collègue urgentologue.

⁸¹ Pièce P-2A, page 36, signée à 12h30 le 18 février 2017.

[253] Ayant terminé sa tournée au département de pédiatrie, dès qu'elle raccroche avec son collègue, elle se rend à l'urgence avec son externe.

[254] À son arrivée, elle prend connaissance des notes contenues aux feuilles de triage et celles de l'urgentologue, pendant que l'externe procède à l'évaluation de A.

[255] Après avoir pris connaissance des informations au dossier, *sachant que l'enfant a reçu un diagnostic de pneumonie, elle fait quand même un examen complet*, dit-elle.

[256] Elle constate, *une légère difficulté respiratoire, qu'il est moche non pas toxique ce qui est*, dit-elle, *un état plus élevé*. Pour l'intimée, *il n'y a rien d'alarmant dans la situation de A compte tenu du diagnostic de pneumonie*.

[257] Au sujet de l'examen de la peau, elle a effectivement constaté la pâleur de celle-ci, *mais pas au point* qu'il soit nécessaire de le noter, et qu'il n'était pas question, à ce moment-là, de peau ou de teint marbré.

[258] Elle se souvient avoir regardé dans la couche de A pour savoir s'il avait uriné, mais ne l'a pas noté au dossier.

[259] Au sujet de la section de la note consacrée aux résultats partiels de certains signes vitaux, l'intimée indique que *les mesures officielles ont été inscrites par l'externe, que ce n'est pas elle qui a pris les signes vitaux. J'ai refait, dit-elle, l'examen du cœur, l'examen pulmonaire, de l'abdomen, des tympanes et ça correspondait avec les résultats des signes vitaux notés*.

[260] *Le pli cutané était normal, le refill capillaire était bon, je suis certaine de l'avoir fait, même si ce n'est pas noté, précise-t-elle. Quand il est normal, on ne le note pas, c'est un automatisme, précise-t-elle.*

[261] Elle reconnaît que la TA de A n'a pas été mesurée à l'occasion de son évaluation initiale. Elle explique *qu'il n'y avait pas de signes qui rendaient cela nécessaire, compte tenu des résultats de la saturation, du refill capillaire qui étaient normaux, et qu'il n'y avait pas de signe de déshydratation.*

[262] Elle ajoute qu'il était fréquent à l'époque qu'à l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne, la TA des jeunes enfants, *bien que cela soit souhaitable*, ne soit pas toujours contrôlée en raison des difficultés que cela présente.

[263] Elle explique que depuis ce qui est arrivé dans le présent dossier, il y a eu, des changements de pratiques à l'urgence de l'hôpital sur cette question.

[264] À l'étage, au département de pédiatrie, la TA est plus régulièrement mesurée, dit-elle. D'ailleurs, suivant le dossier de A, la première TA documentée est celle de 14h45, à 95/50⁸².

[265] En raison de sa difficulté à respirer, elle requiert l'hospitalisation de A en pédiatrie en complétant la demande d'admission prévue à cet effet⁸³.

⁸² Pièce P-2A, page 66.

⁸³ Pièce P-2A, page 15.

[266] L'intimée explique que pour s'assurer que les enfants sous ses soins soient hospitalisés rapidement (en moins de deux heures), comme c'était le cas pour A, elle a coché la case « admission urgente » du formulaire.

[267] Pour l'intimée, avec l'admission de A en pédiatrie, *s'il est exact qu'il devient sous sa responsabilité, il s'agit d'une responsabilité partagée avec d'autres, notamment le personnel soignant, y compris les infirmières de l'urgence. Il s'agit selon elle d'une responsabilité conjointe.*

[268] Entre le traitement de la demande d'admission à 13h05 et 14h30 moment où A est arrivé au département de pédiatrie, elle n'a pas contacté ni été contactée par le personnel de l'urgence.

[269] Interrogée pour connaître la raison pour laquelle elle prescrit à 12h30 la prise des signes vitaux aux 4 heures⁸⁴, elle précise qu'il s'agit d'instruction pour les infirmières, estimant qu'en raison de la prise du Ventolin®, cela était correct. *Personne ne m'a appelée pour me signaler que son état se détériorait. Il était donc pour moi, stable et que ce que j'avais prescrit était pour être exécuté par le personnel de l'urgence.*

[270] Bien que la plainte ne porte pas sur la tenue par l'intimée du dossier de A, l'experte, la D^{re} Lévy, insiste sur l'importance que doit accorder le médecin à bien documenter le dossier de son patient.

⁸⁴ Pièce P-2A, page 29.

[271] L'experte explique que dans le cadre de son examen, l'intimée devait procéder à la prise des signes vitaux complets de A, à savoir son rythme respiratoire (RR), sa fréquence cardiaque (FC), sa tension artérielle (TA), fréquence respiratoire (FR), sa température (T°) et son état de perfusion, et d'inscrire et documenter les résultats obtenus.

[272] *Les normes exigent qu'il soit fait état de l'histoire de cas et de l'examen physique ciblés effectués, compte tenu des informations disponibles, ajoute-t-elle.*

[273] Ici, dit-elle, l'intimée était en présence d'un enfant de 2 ans à qui on vient de diagnostiquer une pneumonie et au sujet duquel, plusieurs informations étaient disponibles, dont le fait qu'une trentaine de minutes avant l'évaluation initiale de l'intimée, une note infirmière fait état de la pâleur de A, de tachypnée, d'une diminution de son état général et de son refus de boire.

[274] *Un enfant dans un tel état doit faire l'objet d'une évaluation complète et documentée, et la prise des signes vitaux en fait partie intégrante.*

[275] Lors de cette évaluation initiale, l'experte insiste pour dire que la prise des signes vitaux complets, notamment, si on considère le diagnostic de pneumonie en l'espèce, et l'état de la littérature au sujet des différents critères du tableau clinique menant à un diagnostic de sepsis⁸⁵, est incontournable.

⁸⁵ Pièce P-13, onglets 2 et 6.

[276] C'est, dit-elle, *le prérequis la ligne de base pour partir.*

[277] L'experte écrit :

« Les signes vitaux auraient dû être repris au moment de son évaluation initiale, puisque le patient était à l'urgence depuis les 4 heures sans aucun contrôle des SV. Cela aurait permis une meilleure évaluation clinique de A et aurait permis d'évaluer (ultérieurement) s'il présentait des signes (d'un) état de choc (...). La prise d'un rythme respiratoire, d'une fréquence cardiaque et d'une tension artérielle ainsi que l'état de perfusion périphérique fait partie de l'évaluation de base de tout patient».⁸⁶

[278] De son côté, le D^r Lemonde ne se formalise pas outre mesure du fait que les notes au dossier de A ne font pas état du fait que l'intimée ait formellement mesuré l'ensemble des signes vitaux lors de son évaluation initiale.

[279] Il écrit⁸⁷:

« Comme pédiatre, lorsque nous examinons l'enfant, c'est une façon de prendre connaissance d'une certaine façon et de valider certains signes vitaux de l'enfant. Par exemple, en auscultant l'enfant, on peut avoir une idée de son rythme cardiaque. En auscultant les poumons, on peut avoir aussi une idée de la fréquence respiratoire. Pour ce qui est de l'état de perfusion périphérique (cap refill), c'est un acte que l'on fait à plusieurs reprises souvent machinalement. Pour ma part, je n'en fais mention dans mes notes que s'il est problématique ou lorsqu'il y a des changements par rapport à la fois précédente».

[280] Lors de son témoignage, le D^r Lemonde précise *qu'en procédant ainsi, un pédiatre est en mesure d'évaluer le RC et le RR à plus ou au moins 10%*. Pour ce qui est de la perfusion périphérique, *machinalement, en ce qui le concerne, il ausculte avec sa cloche et en la déplaçant il est en mesure de la contrôler, on le fait malgré nous autres, c'est automatique*, précise-t-il.

⁸⁶ Pièce P-12, pages 19 et 20.

⁸⁷ Pièce I-1, page 3.

[281] Au sujet de la TA de A qui lors de l'évaluation initiale de l'intimée n'est pas documentée au dossier, le D^r Lemonde n'en voit pas la nécessité. *La TA avait été prise plutôt et son état général n'avait pas vraiment varié depuis son arrivée à l'urgence.*

[282] On a souvent, dit-il, *un problème à prendre la TA à un enfant de cet âge, à la salle d'urgence. Le brassard se rend à 250 de pressions, l'enfant crie, ce n'est pas fiable, il faudrait avoir des machines ajustées,* conclut-il.

[283] De toute façon, ajoute-t-il, à cette heure-là (12h30), cela n'était pas essentiel compte tenu de l'état de A qui était stable, conscient et interagissait avec sa mère.

[284] Contre-interrogé, il reconnaîtra cependant que la prise des signes vitaux permet d'obtenir des informations pertinentes, constituent aussi des mesures de références, et que leur mise à niveau régulièrement est aussi importante. Toutefois, selon sa propre expérience clinique, ce n'est ni l'externe ni le médecin qui les prend, mais le personnel infirmier.

[285] En l'absence de notes écrites au dossier qui en attestent, la preuve démontre que lors de son examen initial, l'intimée n'a pas formellement, et suivant les données actuelles de la science médicale, mesuré la FR, la TA et l'état de perfusion de son patient A, alors qu'il s'agit selon l'experte Lévy, de mesures de base essentielles pour suivre l'évolution de son jeune patient.

[286] Le Conseil souscrit à cet avis de l'experte Lévy. Les éléments de l'histoire de cas de cet enfant requéraient de bien évaluer et documenter ces données. En ne le faisant pas, l'intimée omet de pratiquer sa profession selon les normes médicales actuelles.

[287] L'argument voulant que la routine fait en sorte que ces mesures sont prises machinalement ou automatiquement lors des examens et ne sont pas inscrites, notamment s'ils sont normaux, ne tient pas.

[288] Ces mesures doivent selon la preuve d'expert être impérativement prises et consignées pour permettre de bien assurer le suivi du patient.

[289] Pour ce qui est des autres signes vitaux, la preuve ne permet pas de façon suffisamment convainquant de conclure qu'ils n'ont pas été effectivement repris par l'externe, et qu'ils seraient, pour ce qui est de la FC, "un collage du résultat du matin".

[290] Sur cette question du "collage du résultat du matin", le Conseil maintient l'objection de l'avocat de l'intimée au sujet du point 4a) de l'avis de *De Sierra* déposé en preuve⁸⁸.

[291] L'écoute d'un segment plus large de l'enregistrement de l'entrevue du 11 octobre 2018 permet au Conseil de constater que l'intimée souscrit à cette hypothèse contenue à la question qu'on lui pose, tout en nuancant que *sur le coup, au moment où les événements se produisent, elle n'a pas réalisé qu'il pourrait s'agir d'un collage*.

⁸⁸ Pièce P-8.

[292] Par contre, à l'égard de ce que la partie plaignante considère un aveu suivant lequel *qu'il n'y a pas eu de nouvelle fréquence cardiaque de mesurée à 12h15* (point 4a in fine de l'avis de *De Sierra*), et que la mesure du RC et de la TA ne sont pas mesurés et que ces mesures auraient été pertinentes (point 4c dudit avis), à l'écoute de ce même segment de l'enregistrement, le Conseil conclut que les aveux de l'intimée sur ces sujets sont clairs, sont non équivoques et ne laissent place à aucune ambiguïté.

[293] Comme le Conseil l'a déjà signalé, toutes les allégations d'un chef d'infraction n'ont pas à être prouvées si la preuve des éléments essentiels de l'infraction est faite, ce qui est le cas en l'instance.

[294] Le Conseil fait sienne la position de l'experte Lévy exprimée à l'occasion de son témoignage : les signes vitaux complets de A auraient dû être repris par l'intimée lors de son évaluation initiale, et qu'il était requis de le faire, notamment parce que A était à l'urgence depuis plus de 4 heures sans contrôle de ceux-ci et qu'elle aurait dû effectuer et attester de ses observations à l'examen physique, de l'état de perfusion périphérique de ce dernier.

[295] Sous ce chef, le témoignage du Dr Lemonde est peu convaincant par les généralités qu'il émet en disant *qu'en auscultant le cœur d'un enfant, on peut avoir une idée de son rythme cardiaque à 10% près ou en prenant le pouls et qu'en auscultant les poumons on peut avoir aussi une idée de la fréquence respiratoire*, et que : « L'état de la

perfusion périphérique est un acte que l'on fait machinalement. Pour ma part, je n'en fais pas mention dans mes notes»⁸⁹.

[296] Les affirmations de l'intimée voulant qu'elle ait fait ces contrôles machinalement et qu'elle n'inscrit rien au dossier quand elle ne voit rien d'anormal, sont peu crédibles dans la mesure où à certains endroits, elle prend la peine de noter des résultats en les qualifiant elle-même de normaux.

[297] Ces explications ne peuvent malheureusement pas pallier l'absence de notes contemporaines à leur sujet consignées au dossier de son patient.

[298] Quant à la TA, l'intimée a fait valoir qu'il était de pratique courante au moment des faits, qu'à l'urgence de l'hôpital Charles-Le Moyne, on ne prenait pas la TA aux jeunes enfants, pratique qui aurait été changée depuis.

[299] Le Conseil rappelle à l'intimée qu'à partir du premier épisode de soins A devient sous sa responsabilité, et comme médecin traitant, elle était en situation d'exiger que cela soit fait.

[300] La preuve d'expertise établit que la prise de la TA fait partie intégrante de la nomenclature des signes vitaux qui se devaient d'être prélevés aux 30 minutes suivant le code d'urgence attribué à A, ce qui n'a pas été fait et aurait dû être fait à plus forte raison par l'intimée.

⁸⁹ Pièce I-1.

[301] En conséquence, le Conseil est d'avis que la preuve prépondérante démontre, de façon claire, convaincante et sans ambiguïté que l'intimée a omis, à l'occasion de l'évaluation initiale de son patient, de contrôler ou mesurer tous les signes vitaux de celui-ci et son état de perfusion périphérique, contrairement aux exigences actuelles de la science médicale, comme établi par le témoignage de la D^{re} Lévy, contrevenant ainsi à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*.

[302] Au sujet de l'article 59.2 du *Code des professions*, le Tribunal des professions enseigne que : «le concept de dignité de la profession est en lien direct avec la confiance du public dans la profession, la protection du public, l'honneur des membres de l'Ordre et la rectitude morale des professionnels»⁹⁰. [Soulignement ajouté]

[303] Suivant cette même preuve, et pour les raisons dont le Conseil a précédemment fait état, l'intimée par ses omissions a également mis à mal la confiance du public envers la profession de médecin pédiatre, en contravention de l'article 59.2 du *Code des professions*.

[304] Par contre, pour ce qui est du chef 1a) de la plainte, la preuve établit qu'au moment où l'intimée omet de contrôler ou de mesurer l'ensemble des signes vitaux de A, ainsi que son état de perfusion périphérique, l'intimée n'est formellement pas à la recherche d'un diagnostic de la condition de son patient, puisque ce diagnostic venait à peine d'être

⁹⁰ *Ward c. Opticiens d'ordonnances (Ordre professionnel des)*, 2002 QCTP 69.

émis, documenté au dossier et lui être communiqué par son collègue urgentologue sur la foi des résultats de la radiographie pulmonaire de A.

[305] En conséquence, étant techniquement dans une situation beaucoup plus d'évaluation, que dans une démarche diagnostique, il n'y pas lieu pour le Conseil de conclure à l'application de l'article 46 du *Code de déontologie des médecins*, compte tenu de la singularité du premier épisode de soins.

C) Décision du Conseil sous le chef 1b)

Q2 – Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a omis d'élaborer son diagnostic avec la plus grande attention en faisant défaut de reconnaître rapidement, soit à partir de ou vers 14h30 l'état de sepsis de son patient A et sa progression vers un état de choc septique, et ce, contrairement aux articles 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* ?

[306] Le chef 1b) réfère également aux articles 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions*.

[307] Rappelons que la preuve prépondérante établit que l'intimée prend A en charge à partir de son évaluation initiale vers 12h30, qui l'amènera à requérir son hospitalisation au département de pédiatrie.

[308] Avant de répondre à la question en litige sous le chef 1b) de la plainte tel que précisé, le Conseil estime qu'il est opportun de relever ce que la preuve prépondérante établit au sujet des événements survenus entre 12h30 et 15h30.

[309] Vers 12h30, à la suite de son évaluation initiale, l'intimée signe une première ordonnance médicale⁹¹ préalablement complétée par son externe.

[310] Cette ordonnance contient différentes instructions médicales, dont l'administration par inhalation, d'un bronchodilatateur (Ventolin®) *au besoin* et d'un antibiotique (Ceftriaxone®)⁹².

[311] L'intimée requiert aussi qu'une formule sanguine complète soit effectuée, en plus d'une analyse d'urine, que des investigations liées au RSV (Respiratory Syncytial Virus) et au virus de l'Influenza soient faites, que du Tempra® lui soit administré en alternance avec de l'Advil®, si une augmentation de la température est observée et, enfin une prise des signes vitaux usuels de l'enfant aux 4 heures.

[312] À 12h40, elle corrige son ordonnance au sujet du Ventolin®. *Elle voulait être certaine qu'il le reçoive STAT pour l'aider à respirer*, ordonnance exécutée par l'inhalothérapeute à 12h55⁹³.

⁹¹ Pièce P-2A, page 29.

⁹² 650 mg soit 50mg x le poids de A soit 13kg par dose.

⁹³ Pièce P-2A, page 39.

[313] Cette même ordonnance contient la prescription *d'un dextrose (soluté) à 5%, ½ normal salin à un débit de 45 cc/h.*

[314] À l'occasion de son témoignage, l'intimée dira qu'elle s'est alors aperçue qu'il manquait aussi à la première ordonnance, la prescription, par précaution, ajoute-t-elle, d'un soluté *pour répondre aux besoins d'entretien de A qui ne présentait alors qu'une légère déshydratation*, selon elle.

[315] Étant donné qu'il était question d'une déshydratation de 5% et moins, l'absence d'urine dans la couche, même si l'enfant était à l'urgence depuis 8h00 le matin, ne l'inquiétait pas, *mais je surveille*, enchaîne-t-elle.

[316] Il est établi suivant la preuve d'expertise que le personnel infirmier et médical comprend que lorsque l'acronyme STAT apparaît en marge de la prescription d'un médicament cela signifie que l'ordonnance doit être exécutée en priorité, et le médicament dont il est question, administré le plus rapidement possible.

[317] Suivant cette deuxième ordonnance, à 12h55 l'inhalothérapeute intervient pour la première fois auprès de A pour exécuter l'ordonnance de Ventolin®.

[318] Il note à sa fiche de contrôle qu'à cette heure-là que la FR de A est à 48 respirations par minute et son taux de saturation à l'air libre à 98%.

[319] Il écrit que l'enfant *émet des plaintes expiratoires et a des battements des ailes du nez*⁹⁴.

[320] À 14h00, l'inhalothérapeute intervient pour la deuxième fois auprès de A pour exécuter de nouveau l'ordonnance de Ventolin®.

[321] Il note à sa fiche de contrôle que la FR de A est à 50 respirations par minute et son taux de saturation à l'air libre à 98%. Il écrit de nouveau que l'enfant *émet des plaintes expiratoires et a des battements des ailes du nez*⁹⁵.

[322] Les dernières interventions auprès de A à l'urgence avant son transfert au département de pédiatrie ont lieu à 14h00 selon une note d'observation infirmière.

[323] En excluant les interventions documentées de l'inhalothérapeute à 12h55 et 14h00 où celui-ci contrôle la FR et le taux de saturation à l'air libre de A, ce n'est qu'à 14h00 qu'un membre du personnel soignant prendra pour une deuxième fois les signes vitaux de A.

[324] Il est alors constaté et noté au dossier médical par l'infirmière que la FC de l'enfant est de 140 pulsations par minutes, sa T° établit à 38,3°, sa FR à 44 respirations par minute (alors que la note de l'inhalothérapeute à la même heure le fixe à 50) et son taux de saturation à l'air libre est de 97%. Sa TA n'est toujours pas prise⁹⁶.

⁹⁴ Pièce P-2A, page 39.

⁹⁵ *Supra*, note 87, Pièce P-2, page 39.

⁹⁶ Pièce P-2A, page 9.

[325] À ce moment, selon la preuve, plus de six heures se sont écoulées entre la première et deuxième prise des signes vitaux de A, et qu'en aucun temps, pendant cette période, on n'a mesuré ni noté la TA de ce dernier.

[326] Du Tempra® lui est alors administré conformément à la première ordonnance médicale de l'intimée⁹⁷.

[327] À 14h30, A arrive au département de pédiatrie.

[328] Une note infirmière inscrite à la section «fonction mentale/sommeil» de la feuille de cheminement clinique précise *qu'il est éveillé mais moche et faible*⁹⁸.

[329] À la même heure, soit 14h30, une autre note portée cette fois à la section «hygiène/intégrité de la peau» de la feuille de cheminement clinique indique la présence de pétéchies sur le corps de l'enfant, et que celui-ci a été vu par l'intimée⁹⁹.

[330] Quelques minutes après son arrivée à l'étage, les prélèvements et investigations sont effectués en exécution des deux premières ordonnances complétées et/ou signées par l'intimée à 12h30, soit deux heures plutôt alors que A était à l'urgence en attente de monter à l'étage, afin d'obtenir, notamment l'ionogramme sanguin, les taux de créatinine, d'urée, d'ALT, d'AST et les résultats d'une hémoculture.

⁹⁷ Pièce P-2A, pages 10 et 29.

⁹⁸ Pièce P-2A, page 65.

⁹⁹ Pièce P-2A, page 69.

[331] À 14h45 pour la troisième fois de la journée, soit 45 minutes après ceux de 14h00, les signes vitaux de l'enfant sont repris.

[332] La note infirmière précise que la FC est alors de 177 pulsations par minute, sa FR est établie à 52 respirations par minute, sa TA à 95/49 et son taux de saturation à l'air libre est à 100%¹⁰⁰.

[333] La preuve révèle que c'est la première fois qu'est documentée au dossier la tension artérielle de A. Il est 14h45.

[334] À la même heure, une autre note infirmière portée cette fois à la section «respiration» de la feuille de cheminement clinique tout en reproduisant les derniers résultats de la FR et du taux de saturation à 100%, fait état de la présence d'un tirage sous-costale, de battements des ailes du nez de l'enfant, et de l'audition de ronchi à l'auscultation¹⁰¹.

[335] À 14h55, la deuxième ordonnance que l'intimée a complétée et signée plus de deux heures auparavant, soit à 12h40, est exécutée par une infirmière de pédiatrie qui installe à A une perfusion de solution dextrose (soluté) à 5% d'abord en raison de 1/2NS à 45ml/h, qui sera à 16h00¹⁰² porté à 80ml/h suivant la troisième ordonnance complétée et signée par l'intimée à 15h00¹⁰³, soit après que l'intimée ait examiné A.

¹⁰⁰ Pièce P-2A, page 59.

¹⁰¹ Pièce P-2A, page 65.

¹⁰² Pièce P-2A, page 61.

¹⁰³ Pièce P-2A, page 32.

[336] À 14h58, les résultats de microbiologie du Service de biologie médicale sont disponibles et imprimés. Ils s'avèrent négatifs, quant à la présence de l'influenza de type A que B et du VRS¹⁰⁴. Cette information est notée au dossier par l'externe de l'intimée¹⁰⁵.

[337] Il est établi, suivant la note de l'intimée inscrite au dossier qu'elle voit A pour la seconde fois à l'étage autour de 15h00 (deuxième épisode de soins de l'intimée).

[338] À 15h00 au titre de l'examen physique, l'intimée note au dossier de A *l'apparition de lésions, de plusieurs pétéchies, un abdomen ballonné mais souple, et une augmentation du volume du foie (hépatomégalie)*.

[339] Suivant le témoignage de l'intimée, l'infirmière procède sur place à un *BladderScan*®. Il est noté *qu'il n'y a pas de pipi dans la vessie* de A.

[340] À 15h10, l'intimée note les résultats des laboratoires au dossier de A selon lesquels les plaquettes sont à 73000.¹⁰⁶

[341] Il est établi, suivant la note de l'externe au dossier, qu'au moment où l'intimée revoit A les résultats de biochimie du laboratoire sont disponibles aussi puisque l'interne documente le dossier en reproduisant, notamment, les résultats anormaux obtenus par A quant à ses taux de sodium (NA) à 128, des chlorures à 89, de créatinine à 64 et d'urée à 11,9.

¹⁰⁴ Pièce P-2A, page 8.

¹⁰⁵ Pièce P-2A, page 19.

¹⁰⁶ Pièce P-2A, pages 19 et 46.

[342] Résultats que l'intimée reprend elle-même dans sa note de 15h15 en "qualifiant" de bas le résultat du sodium, et "d'élevés" ceux de l'urée et de la créatinine¹⁰⁷.

[343] L'intimée conclut alors à une déshydratation hyponatrémique, et requiert que la perfusion déjà prescrite de solution dextrose à 5%1/2 salin soit pour un soluté dextrose Nacl.9% et augmentée à 80ml/h suivant sa note de 15h15 qui *ordonne de changer le soluté et la vitesse du débit*¹⁰⁸.

[344] Il est également noté par l'externe, à la demande de l'intimée, que soit effectué dans 6 heures (donc à 21h00) une mise à jour des résultats d'une formule sanguine complète, incluant le contrôle de l'urée, de la créatinine et glycémie¹⁰⁹.

[345] À 15h00 toujours, l'intimée complète sa troisième ordonnance médicale. Elle prescrit notamment un *Bladder scan, de vérifier les pétéchies et de garder la mesure d'isolement du patient, l'installation d'un moniteur, un contrôle des FSC pour le lendemain demain* (soit le 19 février 2017), *de contrôler urée, créatinine, glycémie, de faire une formule sanguine complète dans 6 heures (soit à 21 :00), d'effectuer un écho abdominal STAT*, afin de vérifier le foie, le liquide au ventre et l'état du cœur, et de changer le soluté 5%1/2 salin soit pour un soluté dextrose Nacl.9%¹¹⁰.

[346] Suivant ce qui précède, la preuve documentaire démontre qu'à 15h00 l'intimée n'envisage pas encore formellement de diagnostic de sepsis, puisqu'elle prescrit des

¹⁰⁷ Pièce P-2A, pages 19, 20 et 44.

¹⁰⁸ Pièce P-2A, page 20.

¹⁰⁹ Pièce P-2A, page 19.

¹¹⁰ Pièce P-2A, page 32.

contrôles et des laboratoires à être exécutés soit dans la soirée du 18 février, ou le lendemain, le 19 février 2017.

[347] Suivant la FADM¹¹¹, ce n'est qu'à 15h00, qu'une dose de l'antibiotique Ceftriaxone® 50mg1kg prescrit par l'intimée à 12:30¹¹² est, administrée à A, soit 2h30 après qu'elle l'ait prescrite lors de son premier épisode de soins.

[348] Suivant ce même FADM, ce n'est qu'à 16h00, que l'infirmière débute *le soluté D5% NS à 80 ml/h* prescrit par l'intimée à 15h00¹¹³.

[349] Le dossier ne contenant aucune mise à jour des signes vitaux, il est indiqué de conclure qu'ils n'ont pas été pris par l'intimée au moment du deuxième épisode de soins.

[350] À 15h10, l'inhalothérapeute intervient pour la troisième fois auprès de A pour exécuter de nouveau l'ordonnance de Ventolin® de l'intimée.

[351] Il note à sa fiche de contrôle qu'à cette heure-là, la FR de A est de 50 respirations par minute, sa FC à 175 pulsations par minute et son taux de saturation à l'air libre à 97%. Il réécrit que l'enfant *émet des plaintes respiratoires, a des battements des ailes du nez* et ajoute, *qu'il a les lèvres pâles et le teint marbré*¹¹⁴.

¹¹¹ Pièce P-2A, page 61.

¹¹² Pièce P-2A, page 29.

¹¹³ Pièce P-2A, page 61.

¹¹⁴ Pièce P-2A, page 39.

[352] Pour l'experte Lévy, il est évident que ces résultats traduisent une atteinte pulmonaire significative.

[353] Le dossier démontre qu'à 15h13 les résultats de laboratoire des prélèvements de 14h35 sont disponibles et indiquent la présence dans le sang de A des enzymes AST à 595 et ALT à 253, niveaux anormalement élevés.¹¹⁵

[354] À 15h30, l'externe note que la mère de A est rencontrée, laquelle aurait réitéré que *A avait la veille à la maison eu des vomissements répétés, et qu'elle a réhydraté l'enfant avec de l'eau seulement*. Cette note est contresignée par l'intimée¹¹⁶.

[355] À 15h30, l'intimée note au dossier de A *que différents résultats de laboratoire sont anormalement élevés, une augmentation du pouls que le rythme respiratoire est à 50 respirations par minute et qu'il a des plaintes respiratoires et que le taux de saturation à l'air libre est normal*.

[356] À 15h30, l'intimée inscrit au dossier qu'elle en arrive à un diagnostic de sepsis¹¹⁷.

[357] L'intimée prescrit alors (15h30) en outre, de compléter STAT la dose de Ceftriaxone® à 100mg/kg.

¹¹⁵ Pièce P-2A, page 45.

¹¹⁶ Pièce P-2A, page 20.

¹¹⁷ Pièce P-2A, page 20.

[358] Au sujet des reproches qui lui sont adressés au chef 1b) de la plainte tel que précisé, l'intimée donne au Conseil les explications suivantes au sujet des événements survenus entre 12h30 et 15h30 en cette journée du 18 février 2017.

[359] Référant à la note infirmière de 14h30 portée à la section «hygiène/intégrité de la peau» de la feuille de cheminement clinique, l'intimée explique que l'infirmière l'appelle pour lui dire que A a des lésions au visage.

[360] Elle se rend immédiatement à son chevet et constate la présence de lésions cutanées, de pétéchies à la joue gauche de son patient, à son avant-bras gauche et aux jambes¹¹⁸.

[361] Cela lui signale, dit-elle, la présence d'une infection plus grave, *dans un contexte de pneumonie*. Elle se questionne, *s'agit-il d'un microbe plus important, d'une bactérie dans le sang ou d'un méningocoque*, dit-elle.

[362] Elle demande les résultats des tests qu'elle avait prescrits le matin. Elle se fait répondre qu'on vient de les faire. C'est à ce moment-là qu'elle réalise que rien de ce qu'elle avait prescrit n'avait été fait alors que A était à l'urgence.

[363] Référant à l'antibiotique Ceftriaxone, elle dit qu'elle a été surprise de constater que la FADM indique qu'il n'a été administré qu'à 15h00, estimant que même si cette ordonnance n'était pas STAT, elle aurait dû être exécutée avant, à l'urgence.

¹¹⁸ Pièce P-2A, page 64.

[364] Interrogée sur l'absence d'urine dans la couche de A autour de 15h00, et au résultat du BladderScan qui démontre l'absence d'urine dans la vessie, l'intimée répond que *le soluté vient tout juste d'être installé, puisqu'il ne l'a pas été à l'urgence, qu'il faut attendre, n'ayant aucune autre information sur la question de savoir s'il avait été réhydraté par la bouche.*

[365] Sur cette question des ordonnances, la preuve démontre l'existence de nombreux délais à toutes les étapes de la prise en charge de ce patient, notamment entre les ordonnances de l'intimée et leur réalisation.

[366] La preuve administrée devant le Conseil démontre aussi une faible concertation entre l'intimée et le personnel infirmier, notamment sur la priorisation des ordonnances à exécuter, et la mise en œuvre d'un plan d'action clair.

[367] Lorsqu'on attire son attention sur le relevé des paramètres fondamentaux qui fait état d'une FC à 177 à 14h45, elle ne se souvient plus le moment où elle a pris connaissance de ce résultat, *mais cela peut être considéré comme une manifestation de l'apparition du sepsis.*

[368] Sachant que la présence de pétéchies *n'est pas bon signe*, verbalement, elle demande qu'on administre à A une deuxième dose d'antibiotique, dit-elle.

[369] À l'examen physique, A avait, dit-elle, le même état de conscience. Outre la présence des pétéchies, il a l'abdomen ballonné. Elle palpe le foie, qui a augmenté de

volume. Elle ajoute *avoir fait un lien avec une insuffisance cardiaque, qu'il y avait autre chose. Il était dans un état différent que celui dans lequel il était à l'urgence*, poursuit-elle.

[370] Autour de 15h00, les résultats des prélèvements sanguins sont disponibles¹¹⁹.

[371] Les bicarbonates à 11 signent une acidose métabolique, soit une déshydratation dans sa forme la plus simple, une infection ou une atteinte rénale, dans sa forme la plus grave, selon la preuve d'expertise.

[372] Vers 15h15, les résultats des enzymes du foie sont disponibles et montrent une atteinte au foie¹²⁰.

[373] L'intimée indique qu'elle a alors prescrit une échographie STAT *pour vérifier l'état du foie, le cœur et la présence de liquide au ventre*.

[374] L'intimée reconnaît sa note de 15h30 où elle conclut à un diagnostic de sepsis.

[375] À 15h40 l'intimée ajoute qu'à la suite de son diagnostic de sepsis, elle a prescrit à son patient un premier Bolus STAT *afin de le réhydrater, améliorer son état général*.

[376] Alors qu'habituellement on prescrit 20ml/k, dans le cas de A, pour être prudente, alors qu'elle est en attente d'autres résultats de laboratoire, elle a prescrit la moitié, soit 10ml/k, pour ne pas occasionner de surcharge, explique-t-elle.

¹¹⁹ Pièce P-2A, pages 19, 20, 44 et 46.

¹²⁰ Pièce P-2A, page 45.

[377] *Je voulais l'aider sans lui nuire, en raison de mes inquiétudes pour le cœur, précise-t-elle.*

[378] Interrogée sur son ordonnance de 15h00 où elle prescrit un autre contrôle des ALT et AST, une formule sanguine complète le lendemain, et des électrolytes dans 6 heures, elle répondra que *suspectant être en présence d'un sepsis, je voulais revérifier pour voir s'il y avait une atteinte hépatique et voir l'effet des solutés.*

[379] Revenant sur son diagnostic de sepsis à 15h30 plutôt qu'à 12h30 comme le suggère l'experte Lévy, l'intimée revient sur l'heure d'arrivée de A au département de pédiatrie et sur la nécessité d'obtenir les résultats des laboratoires dont les prélèvements n'avaient pas été faits par le personnel de l'urgence.

[380] *Le sepsis est une infection, dit-elle. Pour le diagnostiquer, il faut prouver une atteinte aux organes; et pour cela, ça prend des résultats de laboratoires; ce n'est pas le seul fait d'une infection, il faut le prouver, insiste-t-elle.*

[381] Lorsqu'on lui montre la note d'observation infirmière de 14h00 qui fait état que la FC de A est à 140, sa T à 38.3, et sa FR à 44, l'intimée dira qu'au moment où cette note est prise A est toujours à l'urgence, et que personne ne l'a informée de ces résultats en temps réel.

[382] *Je n'étais pas inquiète de le laisser à l'urgence avec une légère détresse respiratoire, précise-t-elle.*

[383] L'intimée confirme qu'elle prescrit STAT une échographie de l'abdomen à 15h00 pour *vérifier le cœur*, de sorte que vers 16h00, A est amené à la salle d'échographie pour revenir à l'étage de pédiatrie vers 17h05.

[384] *A n'était pas en choc. Je croyais que l'échographie se ferait plus vite. À son retour, son état était normal. Oui il y avait atteinte au foie, au rein, mais il n'était pas en choc septique.*

[385] Il n'est pas en choc, il est en sepsis, dit-elle. *L'atteinte cérébrale n'est pas là; fallait qu'il soit léthargique; il faut une atteinte de la conscience, ici j'avais un enfant qui parle normalement*, ajoute-t-elle.

[386] La T° et la TA étaient bonnes, il était tonique, la perfusion était normale, *dans ma tête, j'ai objectivé avec les laboratoires le sepsis, mais A n'est pas en choc septique à 15h30*, pour elle.

[387] L'intimée explique que la mère de A a été rencontrée vers 15h30, que des explications lui ont été données au sujet du changement de soluté, des pétéchie et de l'atteinte de certains organes, mais qu'aucune note à cet effet n'est consignée au dossier.

[388] L'expert Lemonde écrit dans son rapport d'expertise que :

« Jusqu'à 15h30, il n'y avait pas tous les éléments pour poser un diagnostic de sepsis.

Je partage le diagnostic de sepsis vers 15:30 par la Dre St-Denis-Demers qui a été confirmé avec les pétéchie de l'enfant ainsi que les résultats de labo de 15h jusqu'à 15h30, alors que l'enfant présente alors un tableau multi-fonctionnellement affecté avec l'atteinte hépatique documentée».

[389] L'expert est d'opinion que l'apparition des pétéchiés est *une indication mais qu'il manquait alors les résultats des laboratoires*. Lorsque A est arrivé à l'étage, *il n'y a rien de fait de ce côté-là, même le soluté n'avait pas été débuté*, déplore-t-il.

[390] Lorsque l'intimée est au chevet de son patient et qu'elle constate la présence des pétéchiés, elle doit attendre les résultats des laboratoires qui arrivent entre 15h00 et 15h30 pour constater une atteinte multi organique. *Ça prend une confirmation d'une atteinte rénale, hépatique et sanguine*, dit-il.

[391] Les prélèvements sont faits à 14h35, et les résultats disponibles à partir de 15h02¹²¹. La signature d'une atteinte rénale est alors établie par les résultats de l'urée et la créatinine. Les bicarbonates à 11 établissent la signature d'une acidose métabolique. La signature de l'atteinte au foie est établie par les résultats des AST et ALT documentés à 15h13¹²².

[392] Comme l'expert Lemonde, l'experte Lévy réfère à la littérature¹²³ pour établir que la progression du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) au choc septique doit être vue comme étant un continuum.

[393] Par contre, elle ne partage pas l'opinion de celui-ci au sujet du chef 1b) de la plainte.

¹²¹ Pièce P-2A, page 44.

¹²² Pièce P-2A, page 45.

¹²³ Pièces P-13(4) et Pièce P-13(5).

[394] Pour les fins de son expertise, notamment sur l'appréciation des signes vitaux, de calcul des écarts types et des percentiles, l'experte rappelle que A est âgé de 2 ans moins 3 jours, au moment des faits, et que ce faisant, doit être catégorisé pour les fins des tableaux cliniques déposés en preuve, comme étant dans la catégorie d'âge de 2 à 4 ans.

[395] En reprenant les définitions de Nielson au sujet du SIRS, du sepsis, du sepsis grave et du choc septique, et aux tableaux cliniques auxquels réfère la littérature, et en les croisant avec certaines informations contenues au dossier médical de A, soit la T° de 38.5 observée la veille et la FC à 126 notées au dossier depuis 8h03 le matin, l'experte Lévy en arrive à la conclusion que selon ces chartes, l'intimée se devait, puisque le diagnostic de pneumonie était déjà établi, de poser un diagnostic de sepsis dès 12h30.

[396] Selon la D^{re} Lévy, lorsque l'intimée pose son diagnostic de sepsis à 15h30, selon les autres critères et caractéristiques prévus à la littérature, A est alors déjà en choc septique depuis au moins une heure, soutient-elle.

[397] Or, le Conseil souligne que la D^{re} Lévy avait apporté à son rapport certaines modifications où elle avait mal interprété le moment de certaines observations des infirmières inscrites au dossier.

[398] Lorsqu'on attire son attention sur le fait qu'il y a eu une évolution des définitions du sepsis, du sepsis sévère et du choc septique dans la littérature, l'experte, indique que lorsqu'on prend connaissance de la littérature, il faut toujours se poser la question si on parle d'enfants ou d'adultes, *mais pour ce qui est des enfants, l'une ou l'autre des*

définitions lui conviennent, dans la mesure où c'est de toute façon le portrait clinique dans son ensemble qui prime et doit être considéré.

[399] Au sujet du chef 1b) de la plainte précisée, le D^r Lemonde a une position qui tient davantage compte de différents éléments du contexte.

[400] Pour le D^r Lemonde, il n'y a pas de retard à en arriver à un diagnostic de sepsis à 15h30, alors que les prélèvements qui auraient dû déjà être au laboratoire, au moment où A arrive en pédiatrie, n'ont pas encore été faits et que d'autres résultats sont imprimés à 15h41, référant au résultat des plaquettes¹²⁴.

[401] Le choc septique est un continuum, allant du SIRS au choc septique où il est cliniquement difficile de se situer, dit-il. Il est d'opinion que dans la littérature, la fusion des critères cliniques s'est faite entre le sepsis et le sepsis sévère, et non pas entre le sepsis sévère et le choc septique.

[402] Contrairement à l'opinion de la D^{re} Lévy qui situe à 12h30 la nécessité d'en arriver à un diagnostic de sepsis et à 14h30 l'état de choc septique de A, selon sa compréhension de la littérature et des tableaux cliniques, le D^r Lemonde est d'avis que l'intimée était justifiée d'attendre les résultats des laboratoires avant de poser son diagnostic de sepsis, ce qu'elle a fait dans un temps acceptable selon lui, si on tient compte de la séquence où les résultats sortent.

¹²⁴ Pièce P-2A, page 46.

[403] Pour lui, le choc septique de A survient à 18h30, soit au moment où la TA de celui-ci chute de façon drastique, au point d'affecter son état de conscience, additionné aux autres paramètres. Le Conseil y revient lors de l'analyse du chef 2 de la plainte.

[404] Tout le monde s'entend, dit-il, pour dire que le choc septique est caractérisé par une chute de TA et une atteinte de l'état de conscience, et qu'il est exact de soutenir que chez l'enfant l'hypotension arrive tardivement.

[405] Selon le D^r Lemonde, la progression est souvent rapide, *c'est une condition létale qui peut évaluer rapidement*. Il faut donc, dit-il, *le détecter très rapidement, de façon préventive, chercher à le stopper parce que fulgurant et agir avec prudence et diligence*, estime-t-il.

[406] Référant à la littérature, le D^r Lemonde explique en quoi et pourquoi il ne partage pas l'opinion de l'experte Lévy voulant que le diagnostic de sepsis aurait dû être posé par l'intimée dès 12h30, soit à l'occasion du premier épisode de soins.

[407] Le Conseil entend ici indiquer ce qu'il retient de l'enregistrement de l'entretien du 11 octobre 2018 entre le plaignant et l'intimée au sujet des points 9a), 10), 11), 12), 14) et 15) de l'avis *de De Sierra*.

[408] Au sujet de sa note de 15h00 (point 9a), sans qu'on lui demande, l'intimée affirme d'emblée et sans qu'on lui adresse la question que sa note est incomplète. L'avocat de l'intimée a par ailleurs raison de souligner que cet aveu porte sur une question qui ne fait pas l'objet d'un reproche.

[409] Au sujet des points 10 à 15 de l'avis, le Conseil ne partage pas l'opinion de la partie plaignante à l'effet qu'ils s'agissent d'aveux extrajudiciaires de la part de l'intimée.

[410] Dans cette partie de l'entretien d'une dizaine de minutes, l'intimée explique la façon dont elle a interprété les résultats des laboratoires au fur et à mesure qu'elle en prenait connaissance, lesquelles explications concordent sur les éléments essentiels, avec la version des faits qu'elle a livrée au Conseil lors de son témoignage que le Conseil fait mention dans les paragraphes précédents.

[411] Les experts ont déposé en preuve de la littérature scientifique qui fait autorité au sujet de ce qu'il faut entendre, d'un point de vue théorique, de l'évolution des indicateurs associés à la présence d'un sepsis, de la progression de cette condition vers un sepsis sévère et ultimement vers un choc septique.

[412] Le Conseil retient ce qui suit.

[413] Selon l'International *Pediatric Conference of sepsis definition for pediatric patients 2010*, le sepsis est une infection qui s'ajoute, comme deuxième élément, un syndrome de réponse systémique inflammatoire(SIRS)¹²⁵.

[414] Pour être en présence d'un SIRS, la littérature exige la présence chez le patient de deux des quatre critères cliniques suivants, dont obligatoirement le premier ou le deuxième, à savoir :

¹²⁵ Pièce P-13, onglet 5, p. 4.

1°) Une température plus grande que 38.5° C ou plus petite que 36° C.

2°) Un compte des leucocytes élevé et/ou augmenté de 10% ou plus de cellules immatures.

3°) La présence de tachycardie (plus que deux écart types) ou bradycardie.

4°) Un rythme respiratoire élevé de plus que deux écarts-type.

[415] Le Conseil retient qu'en 2016, en vue d'éliminer des faux positifs, le sepsis a été redéfini pour être alors considéré comme une infection compliquée par une dysfonction d'un ou plusieurs organes.

[416] Cette définition, selon l'opinion de l'experte Levy, aurait tardé à être appliquée aux enfants¹²⁶.

[417] Pour ce qui est de la septicémie grave, selon l'International Pediatric Conference of sepsis definition for pediatric patients, l'évolution de l'état de sepsis vers une condition de septicémie grave, se manifeste par la présence de deux des conditions cliniques suivantes¹²⁷ :

1°) La présence d'une acidose métabolique non expliquée.

2°) Une augmentation du taux de lactate dans le sang.

3°) Une oligurie.

4°) Une augmentation du temps de refill capillaire.

5°) Un écart de plus de 3° C entre la température périphérique et centrale

¹²⁶ Pièce P-13, onglet 20, p. 120 et onglet 16, p. 199.

¹²⁷ Pièce P-14b), (Nelson) p.1.

[418] Indépendamment de ces conditions cliniques, le sepsis est aussi considéré comme étant grave lorsque deux organes sont touchés (foie, cœur, poumons, cerveau, pancréas, reins, peau).

[419] Enfin, selon la littérature déposée en preuve, le choc septique se caractérise par l'ajout aux conditions cliniques entourant le sepsis sévère, d'une infection, en plus des signes et symptômes liés à une problématique de perfusion périphérique, sans qu'il soit nécessaire de constater un état d'hypotension¹²⁸.

[420] Suivant la déclinaison des évènements dont il a précédemment été question, le Conseil conclut que la preuve prépondérante établit qu'en début d'après-midi, après son évaluation initiale, l'intimée dispose de beaucoup d'informations, de paramètres, conditions cliniques et mesures qui auraient dû éveiller chez elle une plus grande diligence, notamment quant à la rapidité à exécuter ses ordonnances (absence de priorité et de mention STAT), réduisant d'autant, le temps d'attente des résultats des laboratoires.

[421] Quoi qu'il en soit, la preuve documentaire, soit les notes suivantes au dossier de A établissent qu'à:

- 14h00 : l'infirmière note une FR 140, une T° 38.3C, un RR 44, d'un taux de saturation à 97%. L'inhalothérapeute note un RR 50 par minutes, des plaintes expirations, des battements des ailes du nez.

¹²⁸ Pièce P-13, onglet 17, p. 1076.

- 14h30 : l'infirmière avise l'intimée que l'enfant est éveillé mais moche.
- 14h45 : une note fait état de : de FC 177, d'un RR 52, d'un taux de saturation à 100% et d'une TA à 95/49.
- 15h00 : les résultats de laboratoires établissent : le Na 128, la créatinine à 64 l'urée à 64, la glycémie à 2.9 (3.3 à 5.6) et les bicarbonates à 11; Informations qui s'ajoutent à la présence des pétéchies et à l'absence documentée d'urine.

[422] Suivant la preuve d'expertise, ces données traduisent une atteinte rénale importante, une acidose métabolique et une hyponatrémie qui sont attribuées à une déshydratation, mais qui selon la preuve, n'inquiète pas outre mesure l'intimée.

[423] Par ailleurs, l'état de perfusion périphérique n'est toujours pas documenté au dossier.

[424] À 15h00, l'inhalothérapeute note au dossier : RR 50, FC 170, teint marbré, lèvres pales, plaintes expiratoires, BAN, RC 175.

[425] À 15h13, arrivent les résultats des tests hépatiques, les résultats documentés des ALT et AST sont très élevés.

[426] À 15h30, l'intimé pose son diagnostic de sepsis.

[427] Suivant la première définition de sepsis, soit la moins favorable à l'intimée, le premier critère soit celui d'une infection est présent dès l'arrivée de l'intimée au chevet de son patient à 12h30.

[428] Quant au deuxième critère, le SIRS :

- S'il est exact de conclure que la preuve documentaire établit qu'à son arrivée à l'hôpital à 8h03 la T° était 36.4, et qu'elle avait monté à 39C dans les trois jours précédents, la note de 12h30 portée au dossier de A l'établi à 36°. Le Conseil ne dispose d'aucune preuve lui permettant de contredire cet écrit.
- Chose certaine cependant, à 14h00 la température de A est documentée à 38.3C, s'approchant du 38.5C prévu au critère. Le Conseil souscrit à l'opinion de l'experte Lévy, voulant, qu'il soit médicalement raisonnable de considérer qu'à 14 :00, ce critère est satisfait, si on tient compte du portrait clinique global.
- L'intimée ne dispose pas des résultats de la FSC avant 15h30, donc les leucocytes ne sont pas documentés.
- À 14h00, la FC à 140 est documentée par l'infirmière (.2 écarts-types), ce qui répond au critère
- Le RR n'a pas été évalué par l'intimée, mais à 14h00 il est documenté à 40 selon l'infirmière, et à 50 selon l'inhalothérapeute (>2 écarts- types). Donc cela répond au critère.

[429] Suivant la perspective décrite à la littérature qui est la moins favorable à l'intimée, il était théoriquement possible pour l'intimée, suivant la grille des critères du SIRS ci-avant identifiés et le diagnostic de pneumonie de conclure à un diagnostic de sepsis, vers 14h00.

[430] Par contre, à 14h00, A n'est pas encore arrivé au département de pédiatrie alors que l'intimée s'y trouve.

[431] Si on considère la définition la plus favorable dont fait état la littérature, A selon la preuve présente dès le premier épisode de soins de l'intimée à 12h30 le premier critère soit une infection (pneumonie) et le second critère, celui de l'atteinte d'un organe, en l'occurrence les reins, est atteint et établi par la preuve à 15h00.

[432] Bien que l'intimée n'attribue pas cette atteinte rénale au sepsis mais à une déshydratation légère, il n'en demeure pas moins qu'une quinzaine de minutes plus tard, lorsqu'elle prend connaissance d'autres résultats de laboratoire concernant le foie et le cœur, elle pose, minimalement, à 15h30 un diagnostic de sepsis.

[433] Suivant cette analyse, et à la lumière des principes applicables résumés précédemment, le Conseil conclut que la preuve administrée ne répond pas aux critères de la preuve en droit disciplinaire lui permettant de conclure à la culpabilité de l'intimée sous le chef 1b) de la plainte telle que précisée.

D) Décision du Conseil sous le chef 2

Q3- Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a fait défaut de diriger son patient vers un centre médical tertiaire dès lors qu'elle pose à son sujet le diagnostic de sepsis, et ce, contrairement aux articles 42 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* ?

[434] Les articles 42 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* édictent que :

Code de déontologie des médecins

42. Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, tenir compte de ses capacités, de ses limites ainsi que des moyens dont il dispose. Il doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter un confrère, un autre professionnel ou toute personne compétente ou le diriger vers l'une de ces personnes.

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.

Code des professions

59.2. Nul professionnel ne peut poser un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, ni exercer une profession, un métier, une industrie, un commerce, une charge ou une fonction qui est incompatible avec l'honneur, la dignité ou l'exercice de sa profession.

[435] Pour répondre à cette troisième question en litige, le Conseil entend essentiellement se référer à ce qu'il retient de la preuve d'expertise.

[436] Avant de répondre à la question en litige sous le chef 2, le Conseil estime qu'il est opportun de relever ce qu'il retient de la preuve prépondérante.

[437] Interrogée au sujet des motifs pour lesquels elle n'avait pas dès qu'elle pose son diagnostic de sepsis à 15h30 enclenché la mise en œuvre du CCAR afin de diriger A, vers un centre tertiaire, en l'occurrence le CHU Sainte-Justine, l'intimée explique qu'on *transfère un enfant lorsqu'il est en choc septique. Pour un sepsis, on continue à traiter à Charles-Lemoyne, l'étage de pédiatrie suffit puisqu'on n'a pas besoin de soins intensifs.*

[438] L'intimée réitère qu'à 15h30 A *n'est pas en choc septique, puisque sa tension est normale, il est conscient, n'était pas léthargique, et qu'il avait eu un bolus.*

[439] L'experte Lévy réitère que suivant sa propre expérience et la littérature, à 15h30 A est déjà en choc septique, et qu'il aurait fallu que l'intimée initie dès lors le protocole de son transfert vers le CHU Sainte-Justine.

[440] À cette heure selon elle, l'atteinte hépatique étant documentée, la condition de A nécessite *une réanimation et une surveillance intense avec monitoring que seuls les soins intensifs d'un centre tertiaire peuvent lui offrir. L'intimée se devait au moins dès 15h30 d'appeler et transférer A, dit-elle.*

[441] A est alors selon elle dans un état de choc septique compensé, c'est-à-dire *en choc, mais avec une tension normale.*

[442] L'experte Lévy est catégorique : un choc septique qui ne s'améliore pas après 40 ml/kg de remplissage ou associé à d'autres défaillances justifie impérativement un transfert vers une unité de soins intensifs pédiatriques.

[443] Or, ajoute-t-elle, le transfert est initié 5 heures plus tard.

[444] De son côté, l'expert Lemonde indique qu'il aurait fait la même chose que l'intimée.

[445] *À 15h30, il n'est pas nécessaire de le transférer A au CHU Sainte-Justine. On a un diagnostic de sepsis, qui est une complication d'une pneumonie. Chez un enfant qui n'a pas encore eu de traitement, bien que prescrit, le pédiatre peut présumer qu'ils vont fonctionner, donc il faut laisser le traitement faire son œuvre, dit-il.*

[446] Le D^r Lemonde écrit¹²⁹ :

« Je ne crois pas qu'à ce moment un transfert était nécessaire. Les traitements débutaient, on n'en vérifiait donc pas encore les effets et plusieurs cas de sepsis sont traités dans des hôpitaux comme les nôtres avec succès».

[447] Il ajoute qu'il diffère d'opinion avec l'experte Lévy, voulant que A soit dans un état de choc septique dès 15h30.

[448] Il y a selon le D^r Lemonde, trop d'éléments qui sont absents du portrait clinique : *la TA est toujours normale, le refill capillaire est bon, la saturation est à 100% et l'état de conscience est normal.*

[449] Par ailleurs, en contre-interrogatoire, l'expert Lemonde reconnaîtra que le portrait clinique de A à 15h30 est tel, qu'il est exact de dire qu'à cette heure-là, suivant la littérature, la condition de A documentée au dossier permet de qualifier ce sepsis de sepsis sévère, *à cause des atteintes multi organes*, précise-t-il.

¹²⁹ Pièce I-1, page 4.

[450] L'analyse de la preuve documentaire et les témoignages, particulièrement l'expertise et le témoignage de la D^{re} Lévis établissent qu'à 15h30, l'intimée n'a pas su reconnaître que A était dans un état de sepsis sévère, voire de choc septique compensé.

[451] En effet, suivant la déclinaison des éléments du tableau clinique de A établit par la preuve, dont il a été précisément question dans l'analyse du Conseil au chef 1b) de la plainte telle que précisée, A présentait déjà à 15h30 de l'acidose métabolique, de l'oligurie et des signes d'hypoperfusion cellulaire notés par inhalothérapeute (lèvres pâles, teint marbré), et répondait donc aux critères de la littérature au sujet du sepsis sévère.

[452] De plus, suivant cette même preuve, le portrait clinique de A répondait aussi aux critères de la littérature lorsqu'il est documenté au dossier que deux organes sont atteints, soit les reins et le foie.

[453] Cette preuve démontre également que la "sévérité" du sepsis, atteint son "paroxysme," lorsqu'il est documenté au dossier, cette fois une atteinte au sang, avec des plaquettes considérablement abaissées, voire qui s'effondrent, suivant l'expression utilisée par les experts.

[454] Dans un tel contexte, fallait-il attendre *que les résultats des traitements fassent leurs effets* avant que l'intimée enclenche le processus de transfert de A vers un centre tertiaire, comme le soutient l'expert Lemonde.

[455] Le Conseil ne le croit pas pour les raisons suivantes.

[456] D'abord, comme le Conseil l'a déjà mentionné, encore faut-il que ces traitements aient été initiés dans des délais acceptables, soient globalement adéquats, soient l'objet de l'attention requise, de réévaluations attentives, et qui répondent aux normes applicables pour adresser un état de sepsis sévère, voire de choc septique, alors que l'intimée, comme chef d'orchestre, est, selon la preuve, réactive plutôt que proactive, souvent attentiste et enfermée dans un processus d'évaluation et d'entretien de son patient, alors que de nombreux signaux alarmants s'additionnent quant à la détérioration de la condition de ce dernier.

[457] Faut-il rappeler que le D^r Lemonde est le premier à reconnaître que la progression du sepsis chez l'enfant est souvent rapide, voire une condition létale qui peut évoluer rapidement.

[458] Il faut donc, dit-il, le détecter très rapidement, de façon préventive, chercher à le stopper parce que fulgurant, et que la TA artérielle dans un contexte de sepsis, est l'élément qui plante à la dernière minute.

[459] Sous cet aspect, le témoignage de l'expert Lemonde rejoint celui de l'experte Lévy.

[460] Pour le Conseil, cela est déterminant.

[461] Le Conseil est d'opinion, qu'outre le portrait global de la condition clinique de A qui nécessite selon la preuve prépondérante, qu'à partir de 15 h 30, l'intimée enclenche le processus de son transfert vers un établissement tertiaire pour que A puisse bénéficier

de ce que la D^{re} Lévy a appelé la «golden hour» et des installations d'un tel établissement, d'autres éléments de contexte militent aussi en faveur d'un tel transfert.

[462] Pour n'en nommer que quelques-uns, rappelons que contrairement aux pédiatres de l'établissement où le D^r Lemonde œuvrait, au département de pédiatrie de l'hôpital Charles-Lemoyne, la formation et la certification PALS ne sont pas obligatoires.

[463] Or, le samedi 18 février 2017, l'intimée est la seule pédiatre de garde, et elle n'a pas acquis cette formation et ne possède pas cette certification.

[464] De plus, comme le Conseil a déjà eu l'occasion de le souligner, la preuve établit que depuis le début de la prise en charge de ce patient, d'importants délais s'accumulent dans l'administration des traitements à cet enfant, notamment dans la priorisation et l'exécution des ordonnances de l'intimée, faisant en sorte que la prise en charge de A a été globalement en retard et pour le moins déficiente, y compris dans sa direction de la part de l'intimée.

[465] En conséquence, le Conseil est d'avis que la preuve prépondérante démontre, de façon claire, convaincante et sans ambiguïté que l'intimée n'a pas tenu compte de la limite de ses capacités et des moyens à sa disposition, dont l'absence d'accès à des soins intensifs pédiatriques et des soins qui correspondaient à l'état général de son patient, et fait défaut de diriger celui-ci vers un centre médical tertiaire dès lors qu'elle pose à son sujet le diagnostic de sepsis contrevenant ainsi à l'article 42 du *Code de déontologie des médecins*.

[466] Ce retard à reconnaître la nécessité de ce transfert témoigne aussi d'un manque de connaissances de l'intimée quant aux données de la science médicale relativement à la prise en charge, dans un contexte de survie, d'un jeune enfant atteint de sepsis sévère, contrevenant ainsi aussi à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*.

[467] Enfin, le Conseil réitère que globalement, l'omission de l'intimée et son manque de connaissances, mettent à mal la confiance du public envers la profession de médecin pédiatre, de sorte que, l'intimée a aussi contrevenu à l'article 59.2 du *Code des professions*.

E) Décision du Conseil sous le chef 3a) tel que précisé

Q4- Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a omis d'exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles en prescrivant à son patient des traitements inadéquats et/ou tardifs, à savoir :

- *Vers 12h30 : La prescription de Ceftriaxone 650mg IV DIE, 50 mg/kg. Cette dose était insuffisante et aurait dû être reçue rapidement (en dedans d'une heure).*
- *Vers 12h40 : Apport liquidien insuffisant.*
- *Vers 14h30 : Un bolus liquidien aurait dû être donné.*
- *Vers 15h40 : Apport liquidien insuffisant. Prescription d'une dose d'antibiotique pour compléter la première dose.*

- *Vers 17h15 : Administration de la dose d'antibiotique prescrite à 15 h 40. Or, cette dose aurait dû être donnée dès que prescrite, soit à 15 h 40.*
- *Vers 18h30 : Dre St-Denis-Demers a été avisée de l'hypotension et de l'état de léthargie du patient et n'a pas demandé d'administrer le bolus liquidien avant son arrivée à l'hôpital.*
- *Vers 20h10 : d'avoir prescrit dans un délai inacceptable entre le 1^{er} et le 2^e bolus.*
- *Vers 20h40 : Dre St-Denis-Demers a prescrit un soluté D5% NS à 100 ml/h, ce qui était nettement insuffisant. Le patient aurait dû avoir 5 ml/kg de D10% en bolus et une perfusion de D10% en parallèle avec le bolus liquide de NS.*

[468] Le chef 3a) de la plainte telle que précisée réfère aux articles 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* qui édictent que :

Code de déontologie des médecins

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.

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.

Code des professions

59.2. Nul professionnel ne peut poser un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, ni exercer une profession, un métier, une industrie, un commerce, une charge ou une fonction qui est incompatible avec l'honneur, la dignité ou l'exercice de sa profession.

[469] Avant de répondre à la question en litige sous le chef 3a) de la plainte telle que précisée, le Conseil estime qu'il est opportun de relever ce que la preuve prépondérante

établit au sujet des évènements survenus entre 15h30 et 20h53, soit entre la note au dossier de A où l'intimée pose son diagnostic de sepsis et le transfert en ambulance de A vers le CHUM Sainte-Justine.

i) DOSAGE ET DÉLAIS D'ADMINISTRATION DES ANTIBIOTIQUES

- Vers 12 :30 : La prescription de Ceftriaxone 650mg IV DIE, 50 mg/kg. Cette dose était insuffisante et aurait dû être reçue rapidement (en dedans d'une heure).
- Vers 15 h 40 : Prescription d'une dose d'antibiotique pour compléter la première dose.
- Vers 17 h 15 : Administration de la dose d'antibiotique prescrite à 15 h 40. Or, cette dose aurait dû être donnée dès que prescrite, soit à 15 h 40.

[470] Il est établi par la preuve d'expertise que suivant les données de la science médicale au moment des faits, qu'il est d'usage de prescrire et administrer à un enfant atteint d'une infection comme une pneumonie un antibiotique comme le Ceftriaxone ®.

[471] Rappelons que vers 12h30 la preuve établit que :

- l'urgentologue a conclu à un diagnostic de pneumonie, qu'à sa demande l'intimée se rend au chevet de A à l'urgence (évaluation initiale/premier épisode de soins).
- Au moment de cette évaluation initiale, l'intimée prend connaissance des informations disponibles au dossier de A, examine ensuite son jeune patient. Les notes de l'externe, contresignées par l'intimée au dossier médical de A attestent

de ce qui a été fait, de ce qui a été relevé et de la conduite à prendre : « Ventolin, Cefti, bilans, recherche RSV+influenza, admission ped»¹³⁰.

- Par la suite, l'intimée signe une ordonnance médicale préalablement complétée par son externe, qui contient différentes instructions médicales, dont la prescription et l'administration d'un antibiotique, le Ceftriaxone® en raison de 650mg IV DIE, soit l'équivalent selon la preuve non contestée de 50mg/K/J, puisque le poids de A porté à son dossier est de 13Kg.
- Cette prescription de Ceftriaxone® n'est pas suivie de l'acronyme STAT.
- Il est établi suivant la preuve d'expertise que le personnel infirmier et médical comprend que lorsque l'acronyme STAT apparaît en marge de la prescription d'un médicament cela signifie qu'elle doit être exécutée en priorité, et le médicament administré le plus rapidement possible.

[472] Il est établi que A est sous la supervision directe de l'intimée à partir de 14h30, moment de son arrivée au département de pédiatrie.

[473] La FADM atteste que ce n'est que vers 15h00, soit une trentaine de minutes après son arrivée au département de pédiatrie, que la première dose d'antibiotique Ceftriaxone® 50mg/1kg prescrit à 12h30 est administrée à A, soit 2h30 après que l'intimée l'ait prescrite lors de son premier épisode de soins.

¹³⁰ Pièce P-2A, page 36.

[474] Lors de son témoignage, l'intimée dira qu'elle a été surprise de cette situation, s'attendant à ce que sa première prescription de Ceftriaxone® soit exécutée par le personnel de l'urgence, même si ce n'était pas indiqué STAT; *c'était à eux de le faire, je m'attendais à ce que cela soit fait entre une et deux heures*, dira-t-elle.

[475] La preuve établit que l'intimée pose un diagnostic de sepsis à 15h30 et signe une nouvelle ordonnance par laquelle elle renouvelle la prescription de Ceftriaxone® à raison de 650mg, cette fois avec la mention qu'il soit administré STAT¹³¹.

[476] Or, la FADM démontre que ce n'est qu'à 17h15, soit environ 2 heures après avoir été prescrit STAT que cette dose est administrée à A¹³². Or, ce nouveau délai survient alors que A est sous la supervision directe de l'intimée.

[477] Au sujet de la prescription et de l'administration des antibiotiques, la D^{re} Lévy met en preuve que la littérature enseigne que dans un cas comme celui-ci, la posologie recommandée est de 75 à 100 mg/kilo, et que la première dose plus élevée aurait dû être administrée à l'urgence, le plus vite possible, dans l'heure suivant sa prescription.

[478] Or, dans le cas de A, dit-elle, bien qu'insuffisante au départ selon l'experte, la première dose est prescrite à 12h30, mais n'est pas administrée avant 15h00. Alors que son renouvellement, soit la deuxième dose est prescrite à 15h30 mais n'est administrée qu'à 17h30.

¹³¹ Pièce P-A, page 34.

¹³² Pièce P-2A, page 61.

[479] Cinq heures se sont écoulées pour que A reçoive une dose complète de 100mg/kilo. C'est beaucoup trop long, dit-elle.

[480] C'est, affirme la D^{re} Lévy, une responsabilité qui appartient au médecin de s'assurer que les ordonnances soient respectées et exécutées dans des délais qui siéent à la condition du patient.

[481] Un médecin prudent et diligent, à défaut d'écrire STAT à son ordonnance, doit dire s'il veut que ce soit fait rapidement et demander d'en être avisé. Elle ne partage donc pas l'opinion du D^r Lemonde.

[482] S'il est exact, dit-elle, que l'ordonnance de la deuxième dose de Ceftriaxone® vers 15h30 porte la mention STAT, malgré tout il ne sera administré qu'à 17h30.

[483] Pour la D^{re} Lévy, il était primordial pour l'intimée, compte tenu du contexte et du portrait clinique de A, de prioriser ses ordonnances, et pour elle, compte tenu des retards déjà accumulés, de prioriser l'administration de l'antibiotique.

[484] Au sujet de la prescription de la première dose d'antibiotique, le D^r Lemonde avance les présupposés suivants : *une consultation à l'urgence est automatiquement urgente. Un médecin est en droit de s'attendre à ce que le personnel tienne pour acquis que c'est STAT quand tu es à l'urgence, sans être obligé de l'écrire.*

[485] À titre d'exemple, il parle de son milieu de travail où *depuis environ 2 ans, les prescriptions sont exécutées en dedans d'une heure*. Par contre, il arrive, dit-il, *que les délais soient inacceptables surtout le week-end*.

[486] Pour ce qui est de la deuxième dose d'antibiotique, il est d'opinion que *lorsqu'un médecin prescrit STAT, il est en droit de s'attendre à une réponse rapide*.

[487] Il avance l'hypothèse, *qu'à 15h30, le retard est peut-être dû à la pharmacie de l'hôpital*.

[488] Au sujet du point 6c) de l'avis de *De Sierra*, le Conseil a écouté l'extrait pertinent de l'enregistrement de la rencontre du 11 octobre 2018 où l'intimée reconnaît que pour elle, il était effectivement urgent que A reçoive à l'urgence la dose de Ceftriaxone® qu'elle avait prescrite à 12h30, *mais qu'il arrive qu'il y ait des délais d'une heure ou deux et que généralement cela ne cause pas de problèmes*¹³³.

ii) L'APPORT LIQUIDIEN ET LES BOLUS

- *Vers 12 h 40 : Apport liquidien insuffisant.*
- *Vers 14 h 30 : Un bolus liquidien aurait dû être donné.*
- *Vers 15 h 40 : Apport liquidien insuffisant.*

[489] Il est établi par la preuve d'expertise que suivant les données de la science médicale au moment des faits, qu'il est d'usage de prescrire et à administrer un apport

¹³³ Pièce I-13A.

liquidien sous la forme de bolus, et ainsi mettre en œuvre ce que les experts appellent une réanimation liquidienne.

[490] La réanimation liquidienne s'effectue dans un contexte de choc septique. Elle vise à administrer rapidement un liquide (bolus) afin de maintenir la TA du patient.

[491] La posologie reconnue est d'administrée 20 ml/kg au patient rapidement, de contrôler l'augmentation du volume du foie pour prévenir une situation de surcharge et le TRC, et au besoin, de répéter l'opération pour augmenter la TA.

[492] Selon les experts, les objectifs sont doubles : que le patient urine et rétablir le TRC à la norme qui est de 3 secondes et moins.

[493] Au sujet de l'apport liquidien, il y a lieu aussi de rappeler ce que la preuve établit au sujet de la séquence des événements :

- À 12h40 l'intimée corrige une ordonnance précédente au sujet du Ventolin®, et ajoute la prescription d'un dextrose (soluté) à D5%, 1/2 normal salin(NS) à un débit de 45 cc/h (soluté D5% 1/2 NS 45 cc/h).
- Elle dira au Conseil s'être rendu compte qu'il manquait à la première ordonnance, la prescription, «par précaution», d'un soluté pour répondre aux besoins d'entretien de base de A qui ne présentait alors qu'une légère déshydratation, selon elle.

- Son témoignage est à l'effet qu'elle estimait la déshydratation de A inférieure à 5%, et que l'absence d'urine dans la couche ne l'inquiétait pas, mais qu'elle demeurait vigilante.
- À son arrivée au département de pédiatrie vers 14h30 A est *moche, faible* et a des *pétéchies sur le corps*.
- L'intimée le voit (deuxième épisode de soins).
- On se rend compte que les prélèvements et investigations prescrits aux ordonnances de 12h30, soit deux heures plutôt alors que A était à l'urgence, n'ont pas été exécutés. Elles le sont alors.
- À 14h55, l'ordonnance de 12h40 est exécutée par une infirmière de pédiatrie qui installe à A une perfusion de solution dextrose (soluté) à 5% d'abord en raison de 1/2NS à 45ml/h.
- À 15h00, l'intimée note au dossier de A l'apparition de lésions, de plusieurs pétéchies, un abdomen ballonné mais souple, et une augmentation du volume du foie (hépatomégalie).
- Une infirmière procède à un *BladderScan*®. Il *n'y a pas de pipi dans la vessie* de A.
- À 15h00, elle prescrit de porter à 80ml/h le débit du dextrose (soluté) à 5% d'abord en raison de 1/2NS, ce qui sera fait à partir de 16h00 selon la FADM¹³⁴.

¹³⁴ Pièce P-2A, page 61.

- À 15h00 toujours la note de l'externe au dossier, fait état des résultats anormaux obtenus par A quant à ses taux de sodium (NA) à 128, des chlorures à 89, de créatinine à 64 et d'urée à 11,9.
- L'intimée conclut alors à une déshydratation hyponatrémique, et prescrit de porter à 80ml/h le débit du dextrose (soluté).
- Suivant le FADM, ce n'est qu'à 16h00, que l'infirmière débute *le soluté D5% NS à 80 ml/h* prescrit par l'intimée à 15h00.
- À 15h10, l'intimée note les résultats des laboratoires à l'effet que les plaquettes sont à 73000.
- À 15h30, l'intimée pose un diagnostic de sepsis.
- À 15h40, soit à la suite à son diagnostic de sepsis, l'intimée référant dans une note au dossier à l'état de tachycardie de A¹³⁵, signe une ordonnance médicale à l'effet qu'*un premier Bolus liquidien /130 ml NS (10 ml/kg (A pèse 13kg)) STAT*, soit administré à A¹³⁶.
- Elle témoigne qu'elle voulait *le réhydrater, améliorer son état général*. Alors qu'habituellement on prescrit 20ml/kg, dans le cas de A, pour être prudente, puisqu'elle attend d'autres résultats de laboratoire, elle prescrit la moitié, soit 10ml/kg, pour ne pas occasionner de surcharge, explique-t-elle.

¹³⁵ Pièce P-2A, page 21.

¹³⁶ Pièce P-2A, page 33.

- *Je voulais l'aider sans lui nuire, en raison de mes inquiétudes pour le cœur, précise-t-elle.*
- Selon la FADM, cette ordonnance médicale de l'intimée est exécutée sur le champ.

[494] La D^{re} Lévy rappelle qu'au moment où l'intimée effectue son évaluation initiale de A à 12h30, elle dispose de plusieurs informations qui auraient dû l'amener à conclure à une déshydratation beaucoup plus importante de son patient, notamment à la lumière de la note de l'urgentologue de 11h00¹³⁷ où il est écrit que A était irritable, qu'il avait vomi à quelques reprises dans les heures précédant son arrivée à l'urgence, qu'il avait eu des selles molles, et n'avait pas uriné depuis le matin.

[495] Or, selon l'experte, le soluté tel que prescrit par l'intimée ne permet que de répondre aux besoins d'entretien de base, et non pas de compenser le niveau de déshydratation démontré par le portrait clinique global de l'enfant, y compris lorsqu'elle le voit pour la première fois, à 12h30, et à plus forte raison lors du deuxième épisode de soins, vers 15h30.

[496] Suivant son expérience et la littérature¹³⁸, la D^{re} Lévy estime, eu égard à ce tableau clinique, aux questionnaires au dossier qui font état que A s'hydratait mais qu'il vomissait, au poids réel de l'enfant dans un tel contexte, et au fait qu'il n'avait pas uriné depuis

¹³⁷ Pièce P-2A, page 6.

¹³⁸ Pièce P-13, onglets 21 et 22 et P-12, page 20.

plusieurs heures, que ses besoins en apport liquidien étaient plus de l'ordre de 100 cc/h, que de 45 cc/h, à être administré le plus rapidement possible.

[497] Or, selon la FADM, ce n'est qu'à 14h50, qu'on administrera à A le soluté, étant d'opinion, dit-elle, que le délai en question rend encore moins adéquate la dose prescrite.

[498] Pour ce qui est de la prescription et de l'administration du premier bolus à 15h40, l'experte Lévy rappelle qu'il s'agit dans les faits, comme l'intimée l'a elle-même indiqué, d'un demi-bolus, puisque l'apport liquidien recommandé par la littérature est plutôt de 260 ml NS, soit 20 ml/kg, suivant le poids de 13 kg de A.

[499] Au surplus, compte tenu notamment de son opinion au sujet de la tardiveté de l'intimée à poser son diagnostic de sepsis, lequel aurait dû en être un de choc septique selon elle, comme le Conseil en a précédemment discuté, la D^{re} Lévy considère que l'apport liquidien de ce demi-bolus est nettement insuffisant, et qu'il aurait dû être administré plutôt, minimalement dès le moment où A arrive au département de pédiatrie, si on tient compte du portrait clinique global et des retards importants qui s'accumulent dans l'exécution des ordonnances.

[500] De son côté, l'expert Lemonde écrit :

« Vers 12h40, les besoins d'entretien liquidien sont un peu bas, mais si l'enfant buvait, comme c'est noté au dossier, cela pouvait être acceptable. Le soluté est au besoin d'entretien, car le médecin lors de son évaluation clinique n'avait pas noté de déshydratation clinique et en plus au questionnaire l'enfant s'hydratait.»

[501] Lors de son témoignage, le D^r Lemonde précise qu'il n'y a au dossier *aucun signe clinique qui lui permet de remettre en question l'évaluation de l'intimée, c'est correct, conclut-il.*

[502] L'expert Lemonde qualifie également de correct le fait pour l'intimée de prescrire à 12h40 des demis-bolus seulement pour les besoins de base du patient, compte tenu de l'évaluation qu'elle fait de son taux de déshydratation.

[503] C'est, dit-il, un comportement prudent compte tenu des craintes de surcharges, de la suspicion de l'intimée d'un 3^e espace, de l'augmentation du volume du foie et de l'abdomen ballonné.

[504] Pour ce qui est du bolus liquidien prescrit STAT par l'intimée à 15h40, il est d'opinion que «puisque le diagnostic de sepsis n'est pas encore confirmé, en fonction des résultats disponibles», il ne voit rien de répréhensible dans le comportement de l'intimée, omettant de considérer que suivant la preuve l'intimée pose son diagnostic de sepsis à 15h30.

[505] La prudence est de mise, dit-il, *si on surcharge le cœur, ce n'est pas mieux : le liquide donné est donné, conclut-il.*

[506] Le 20 ml/kg est recommandé lorsque le diagnostic de sepsis est posé, pas avant, ce qui arrive ici plus tard ajoute-t-il-il.

[507] Au sujet du point 7 de l'avis de *De Sierra*, le Conseil a écouté l'extrait pertinent de l'enregistrement de la rencontre du 11 octobre 2018 concernant l'ordonnance de soluté. Il est d'accord avec l'avocat de l'intimée à l'effet que les propos de l'intimée sont de l'ordre d'une affirmation et non pas d'un aveu.

[508] Concernant les points 16 et 19 de l'avis de *De Sierra*, l'écoute de cette courte portion de l'entretien qui porte sur l'apport liquidien, permet au Conseil de constater que l'intimée fait effectivement les aveux suivants : le deuxième bolus qu'elle a prescrit à 17h15 n'était pas suffisant compte tenu du changement hémodynamique de son patient et qu'elle n'a pas attendu de voir l'effet de celui-ci avant de partir souper à la maison, étant rassurée par la compétence et la présence du personnel infirmier auprès de l'enfant.

[509] Quant aux points 20 et 21 de l'avis de *De Sierra*, le Conseil juge qu'il s'agit beaucoup plus d'affirmations rétrospectives de la part de l'intimée, que d'aveux extrajudiciaires.

iii) NÉCESSITÉ DE L'ADMINISTRATION D'UN APPORT LIQUIDIEN EN BOLUS AVANT SON RETOUR À L'HÔPITAL

- Vers 18 h 30 : D^{re} St-Denis-Demers a été avisée de l'hypotension et de l'état de léthargie du patient et n'a pas demandé d'administrer le bolus liquidien avant son arrivée à l'hôpital.

[510] Il y a lieu de rappeler ici ce que la preuve établit au sujet des événements survenus entre 15h40 et 18h40.

[511] À 15h40, soit à la suite de son diagnostic de sepsis, l'intimée signe une ordonnance médicale à l'effet qu'*un premier* bolus liquidien de 130 ml NS STAT, soit administré à A. L'intimée prétendra que précédemment à l'émission de cette ordonnance, elle a verbalement exprimé à l'infirmière l'importance qu'elle accordait à ce que le bolus soit complété rapidement : « Elle a compris, j'ai été étonné que cela n'avait pas été fait immédiatement ».

[512] À 15h41, les résultats de la formule sanguine complète (FSC) du prélèvement effectué à 14 :35 sont disponibles¹³⁹. Selon l'experte Lévy, ces résultats témoignent d'un état toxique infectieux.

[513] À 15 :55, une infirmière documente les signes vitaux A. La FC de l'enfant est alors de 173 pulsations par minutes, sa FR établie à 38 respirations par minutes, sa TA à 94/49 et son taux de saturation à l'air libre est à 100%¹⁴⁰.

[514] À son retour de la salle d'échographie une infirmière note à la section fonction mentale que A est éveillé mais *fatigué ++*¹⁴¹. L'administration du soluté D5%NS à 80 ml/h est débutée par l'infirmière¹⁴².

[515] À 16h40, l'intimée note au dossier que l'échographie abdominale ne dénote que la présence de gaz et non pas de liquide à l'abdomen. Cela l'a rassurée, dit-elle, tout en reconnaissant qu'à partir de ce moment-là elle aurait pu porter à 20ml/kg la perfusion en

¹³⁹ Pièce P-2A, page 46.

¹⁴⁰ Pièce P-2A, page 59.

¹⁴¹ Pièce P-2A, page 65.

¹⁴² Pièce P-2A, page 61.

bolus : «Oui, de façon rétrospective, j'aurai pu alors être plus agressive en apport liquidien en bolus», dit-elle au Conseil.

[516] L'intimée indique qu'entre 17h00 et 17h45 *personne ne lui a partagé d'inquiétude par rapport au bébé.*

[517] À 17h10 l'intimée revoit A. Elle note à son dossier qu'il n'a toujours pas uriné, que son tonus est correct, que le premier bolus doit être complété (ce qui sera fait à 17h30), que sa TA est stable à 94/49 et qu'il n'y a pas d'apparition de d'autres pétéchies¹⁴³.

[518] À 17 h15 la FADM fait état du fait de l'administration de la dose complète de Ceftriaxone® à 100mg/kg/dose par l'infirmière, soit 1 :45 après avoir été prescrite par l'intimée¹⁴⁴.

[519] Toujours à 17h30, le 2^e demi-bolus 130 ml NS (10ml/kg) prescrit par l'intimée est, suivant la FADM, administré à A¹⁴⁵.

[520] Cinq (5) minutes plus tard, soit à 17h35, l'inhalothérapeute intervient pour la quatrième fois auprès de A pour exécuter de nouveau l'ordonnance de Ventolin® de l'intimée.

[521] Il note à sa fiche de contrôle qu'à cette heure-là, la FR de A est de 60 respirations par minute, sa FC à 180 pulsations par minute et son taux de saturation à l'air libre à 99%.

¹⁴³ Pièce P-2A, page 21.

¹⁴⁴ Pièce P-2A, pages 34 et 61.

¹⁴⁵ Pièce P-2A. Page 61.

[522] Il réécrit que l'enfant *émet des plaintes respiratoires, a des battements des ailes du nez, a les lèvres pâles et le teint marbré*¹⁴⁶.

[523] L'intimée quitte l'hôpital aux alentours de 17h35 pour aller prendre un repas à la maison. Elle habite à [REDACTED], soit à [REDACTED] de voiture de l'hôpital.

[524] L'intimée précise qu'elle se *sent en confiance de quitter puisque l'infirmier en fonction est expérimenté, un gars des soins intensifs de Sainte-Justine. Je m'attends à ce que A s'améliore; son état de conscience était alors correct, la saturation était bonne et la TA aussi.*

[525] À 18h00, soit une trentaine de minutes après l'administration du deuxième bolus, une note infirmière indique notamment que A à : de l'urine couleur coke, une diminution de son état général, qu'il est hypotonique, qu'il a le teint ictérique et gris avec légère cyanose péribuccale, une acrocyanose et un refill capillaire supérieur à 3 secondes. Il y est écrit, de devancer à la demande de l'intimée STAT les laboratoires.

[526] Un prélèvement sanguin est effectué à 18h03 et les résultats disponibles à 19h07 indiquent notamment que les plaquettes ont encore chuté, à 47 000 cette fois¹⁴⁷. L'intimée dira qu'elle ne se souvient plus quand elle a pris connaissance de ce résultat, *il n'y a pas de notes à ce sujet, et si elle les avait eues, elle aurait transmis l'information à son interlocutrice du CHU Sainte-Justine*¹⁴⁸.

¹⁴⁶ Pièce P-2A, page 39.

¹⁴⁷ Pièce P-2A, page 52.

¹⁴⁸ Pièce P-3A, page 62.

[527] Entre le départ de l'intimée et 18h30, soit pendant une cinquantaine de minutes les notes infirmières font mention d'une détérioration de l'état général de A¹⁴⁹.

[528] Il est plus particulièrement question : d'une diminution de son état de conscience, qu'il est léthargique, que sa TA est de 70/36¹⁵⁰, sa FC 180 pulsations par minute, d'urines coke, d'un teint cyanosé et grisâtre, d'hypotonie et d'acrocyanose.

[529] Suivant une note infirmière, l'intimée a été avisée par téléphone de la détérioration de l'état général de A vers 18h30¹⁵¹, *je venais d'arriver à la maison, dit-elle*. L'infirmier lui fait part que *l'état général de l'enfant s'est détérioré : son pied droit est blanc et froid, la TA a chuté à 70/36 au pied, que son état de conscience avait changé, qu'il était léthargique et que son urine était coke.*

[530] Elle a pensé, dit-elle, à un choc septique, un choc cardiaque ou à une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). Pour elle *ça devient alors un cas de transfert vers le CHU Sainte-Justine, dit-elle.*

[531] Elle demande à l'infirmier de prendre la TA de l'enfant d'un membre du haut, *de commencer à préparer le transfert par l'installation d'une 2^e voie intraveineuse, qu'on devance des laboratoires qu'elle avait précédemment prescrits (FSP), le temps qu'elle revienne à l'hôpital et qu'on contrôle sa température et sa tension artérielle.*

¹⁴⁹ Pièce P-2A, pages 65 à 67.

¹⁵⁰ Pièce P-2A, page 59.

¹⁵¹ Pièce P-2A, page 70, section «Appels médecin».

[532] L'urgentologue est avisé par l'infirmière de venir au chevet de A pour installer une 2^e voie sous guidage échographique.

[533] L'intimée explique qu'elle n'a pas demandé qu'il lui soit administré un bolus liquidien avant son arrivée à l'hôpital, puisqu'elle voulait être sur place *pour vérifier quand on le donne; je ne pouvais pas demander cela à un infirmier sans la présence d'un médecin, et il n'y avait pas d'autre pédiatre de garde ce soir-là.*

[534] Elle situe son retour à l'hôpital à 19h00.

[535] À 19h07, les résultats d'une formule sanguine partielle (FSP) du prélèvement devancé à 18h03 à la demande de l'intimée sont disponibles. Ils font état que les résultats des plaquettes de A sont passés entre 14h35 et 18h03 de 78 000 à 47 000¹⁵².

[536] Selon l'experte Lévy, ces résultats témoignent d'une atteinte hématologique en progression.

[537] À son arrivée l'intimée va voir A et autour de 19h15 elle fait un appel au CHU Sainte-Justine, suivant le protocole CCAR.

[538] Elle parle avec la D^{re} Labrosse. Elle lui explique l'évolution de l'état de l'enfant. On lui recommande l'administration d'un bolus à 20ml/kg (complet), une perfusion de dopamine à 10mcg/kg/min¹⁵³ et l'installation d'une deuxième voie veineuse¹⁵⁴.

¹⁵² Pièce P-2A, page 46.

¹⁵³ Pièce P-2A, page 35.

¹⁵⁴ Pièce P-3A, page 62.

[539] À 19h15, elle écrit une note au dossier qui résume la condition clinique de l'enfant. Elle en arrive à un diagnostic de choc septique, considérant la *détérioration de son état de conscience, de la TA qui a chuté et de la perfusion périphérique détériorée*.

[540] Les résultats gazométriques des prélèvements sanguins, devancés à la demande de l'intimée et réalisés à 18h11, sont disponibles à 19h19.

[541] Ils indiquent un taux de pH sanguin à 7,29, une pression partielle de gaz carbonique à 20.6, une pression partielle en oxygène à 50,5, les hydrogénocarbonates (HCO^3) à 9,6, et un excès de base sanguin à -15,4; résultats que l'experte Lévy associe à une acidose métabolique non compensée sur choc septique¹⁵⁵.

[542] À 19h20, l'intimée complète sa note en reproduisant notamment les relevés de la TA 70/40 et de la FC à 180.

[543] Un premier bolus complet (à 20 ml/kg /2^e bolus¹⁵⁶) est administré à 19h30¹⁵⁷.

[544] L'experte Lévy est formelle : dès 18h30, lorsque l'intimée est informée d'une diminution de l'état de conscience de A, qu'il est léthargique, que sa TA est à 70/36, et de la présence d'urines coke dans la couche, il est évident pour elle que A est dans un état de choc septique décompensé qui nécessitait l'administration immédiate d'un apport liquidien important sous la forme de bolus.

¹⁵⁵ Pièce P-2A, page 53.

¹⁵⁶ Pour tenir compte que suivant la preuve, qu'à 15h40, un demi-bolus (10ml/kg) est administré à A, et qu'il sera complété par l'administration d'un autre demi-bolus (10ml/kg) à 17h30 selon la FADM.

¹⁵⁷ Pièce P-2A, pages 35 et 62.

[545] Un délai d'une heure s'est malheureusement écoulé, le temps pour l'intimée de revenir à l'hôpital et de parler avec le CHU Sainte-Justice.

[546] L'intimée aurait dû ordonner selon elle l'administration d'un bolus minimum le temps qu'elle arrive à l'hôpital ou, sachant qu'elle est seule de garde ce soir-là, et en son absence, elle aurait dû recourir à l'aide de l'urgentologue de Charles-LeMoyne en fonction pour qu'il débute l'administration du bolus.

[547] Pour l'expert, le D^r Lemonde, l'intimée était justifiée de ne pas demander à l'infirmier d'initier dès 18h30, l'administration d'un bolus, compte tenu des craintes de surcharges qu'elle appréhende.

[548] Si l'administration d'un bolus est indiquée, il est essentiel, selon lui, qu'un médecin soit au chevet du patient, notamment dans un centre primaire, et de la faible distance que l'intimée avait à parcourir pour revenir à l'hôpital.

iv) DÉLAI DE PRESCRIPTION ENTRE LE 1^{er} ET LE 2^e BOLUS COMPLETS (i.e. à 20 ml/kg)

- Vers 20 h 10 : d'avoir prescrit dans un délai inacceptable entre le 1^{er} et le 2^e bolus.

[549] Il y a lieu de rappeler ici ce que la preuve établit au sujet des événements survenus entre 18h30 et 20h40.

[550] Un premier bolus complet (à 20 ml/kg /2^e bolus) est administré à A à 19h30.

[551] Il est établi que l'administration de bolus accompagné d'une perfusion de dopamine a pour objectif d'augmenter, voire rétablir la FC du patient.

[552] Au sujet des résultats recherchés à la suite de l'administration du bolus complet de 19h30, l'intimée dira *qu'effectivement suivant la prise des signes vitaux, les résultats ne sont pas satisfaisants*¹⁵⁸, et qu'il fallait continuer l'administration de bolus accompagnée de perfusion de dopamine pour rétablir la TA.

[553] À 19 h 35, l'inhalothérapeute intervient pour la cinquième fois auprès de A pour exécuter de nouveau l'ordonnance de Ventolin.

[554] Il note à sa fiche de contrôle qu'à cette heure-là que FR de A est de 50 respirations par minute, que sa FC à 180 pulsations par minute et son taux de saturation à l'air libre à 100%. Il réécrit que *l'intimée et une infirmière sont au chevet de l'enfant, qui émet des plaintes respiratoires, a des battements des ailes du nez, a les lèvres pâles et le teint marbré.*

[555] L'inhalothérapeute ajoute, qu'à la demande de l'intimée, *il augmente l'apport en oxygène de 50% pour un transfert externe. Il note avoir préparé le matériel d'intubation à apporter lors du transfert*¹⁵⁹.

[556] À 19h50, l'intimée note au dossier que le refill capillaire est à *4-5 secondes*. Elle le note, dit-elle, parce que le résultat est anormal. Elle fait aussi état dans sa note de sa

¹⁵⁸ Pièce P-2A, pages 22 et 59.

¹⁵⁹ Pièce P-2A, page 39.

conversation téléphonique avec l'urgentologue du CHU Sainte-Justine, et transcrit les résultats des laboratoires qu'elle avait demandés et qui sont disponibles à l'ordinateur¹⁶⁰.

[557] À 20h10, le deuxième bolus complet (à 20 ml/kg/3^e bolus¹⁶¹) est débuté.

[558] L'intimée dira qu'elle a été surprise de constater qu'il n'avait été administré qu'à 20h10, puisque son ordonnance précisait de le donner aux 20 minutes, soit vers 19h50¹⁶².

[559] Celui-ci est commencé à 20h10 mais arrêté à 20h40, puisqu'infiltré¹⁶³.

[560] L'experte Lévy est formelle : l'écart de 40 minutes entre le 1^{er} et 2^e bolus complet est trop long, et n'est pas acceptable suivant la littérature¹⁶⁴ pour un enfant en choc décompensé.

v) APPORT LIQUIDIEN ET PERFUSION DE DEXTROSE INSUFFISANTS AVANT LE TRANSFERT

• Vers 20 h 40 : D^{re} St-Denis-Demers a prescrit un soluté D5%1/2 NS à 100 ml/h, ce qui était nettement insuffisant. Le patient aurait dû avoir 5 ml/kg de D10% en bolus et une perfusion de D10% en parallèle avec le bolus liquide de NS.

[561] Il y a lieu de rappeler ici ce que la preuve établit au sujet des évènements survenus entre 20h10 et 20h40.

¹⁶⁰ Pièce P-2A, pages 22 et 54.

¹⁶¹ Voir la note 145.

¹⁶² Pièce P-2A, page 35.

¹⁶³ Pièce P-2A, page 62.

¹⁶⁴ Pièce P-13 (6).

[562] À 20h10, le deuxième bolus complet (à 20 ml/kg/3^e bolus) est débuté mais arrêté avant la fin puisqu'infiltré. On favorise la voie pour la dopamine et le soluté.

[563] À 20h15, une infirmière note que la FR de A est de 50 respirations par minute, sa FC à 188 pulsations par minute, sa TA à 85/45¹⁶⁵.

[564] À 20h20, l'intimée note au dossier, qu'après le début de l'administration du 2^e Bolus et de la dopamine, la TA remonte à 90/58¹⁶⁶, alors qu'à son arrivée à 19h15, elle était à 70/40¹⁶⁷.

[565] À 20h25, une infirmière note l'arrivée des ambulanciers. Au sujet de l'état de A, il est écrit : léthargique mais irritable, coloration grisâtre, membres inférieurs et supérieurs froids, pouls filants, FC 180/min, RR 50/min, plaintes respiratoires, BAN et TRC 4 secondes¹⁶⁸.

[566] Suivant l'intimée, à 20h40, alors qu'elle est avec l'infirmier au chevet de A en préparation du transfert, l'infirmier lui parle d'un résultat du taux de glucose de A à 3,1 (près de la normale à 3,3), *alors que quelqu'un, elle ne sait pas qui, a corrigé la note au dossier pour changer le résultat à 2,1*¹⁶⁹, dit-elle.

¹⁶⁵ Pièce P-2A, page 59.

¹⁶⁶ Pièce P-2A, page 22.

¹⁶⁷ Pièce P-2A, page 59.

¹⁶⁸ Pièce P-2A, page 67.

¹⁶⁹ Pièce P-2A, page 67.

[567] L'intimée explique que c'est sur la base du mauvais chiffre qu'elle a, dit-elle, fait les changements au soluté de base à D5% NS à 100 ml/h, et à la perfusion de Dextrose à 10%.

[568] L'experte Lévy est formelle : les résultats d'une glycémie à 2.1 nécessitent un apport à 5 ml/kg de D10% en bolus et une perfusion de 10% en parallèle avec le bolus liquide de NS¹⁷⁰.

[569] Enfin, reprenant le rapport de l'expert Lemonde au titre de «L'apport liquidien et les bolus»¹⁷¹, l'experte explique pourquoi, elle ne partage pas l'opinion de son collègue, qui repose notamment sur une étude de l'Afrique subsaharienne inapplicable ici, comme le reconnaîtra ultérieurement le D^r Lemonde.

[570] Pour ce qui est *du résultat de la glycémie à 3.1*, le D^r Lemonde estime que la prescription du soluté Dextrose à 5%, *c'est léger au départ, mais que cela lui va*.

[571] À 20h53, l'ambulance quitte en direction du CHU Sainte-Justine, où A est pris en charge à partir de 21h30.

[572] Le point 22 de l'avis de *De Sierra* soulève l'enjeu de la possibilité et de la capacité ou non de l'intimée d'installer une perfusion intra-osseuse. Le Conseil estime qu'il s'agit d'une discussion portant sur une hypothèse qui n'est pas couverte par la plainte ni les précisions apportées à celle-ci.

¹⁷⁰ Pièce P-13 (6).

¹⁷¹ Pièce I-1, pages 4 et 5.

[573] Comme le Conseil a déjà eu l'occasion de le souligner, globalement, la preuve établit que depuis le début de la prise en charge de ce patient, d'importants délais s'accumulent dans la prescription et l'administration des traitements dont il a besoin, de sorte que la gravité de la situation clinique de l'enfant est continuellement sous-estimée, les traitements mal structurés (doses d'antibiotiques, volumes de solutés, durée des bolus, etc.), et qu'aucun suivi efficace de la réalisation des prescriptions n'est fait par l'intimée.

[574] La preuve laisse voir que l'intimée semble souvent plus encline à traiter des analyses de laboratoire qu'un patient.

[575] L'intimée rédige certaines notes durant le séjour du patient mais bien peu d'entre elles portent sur le patient lui-même. Les examens de base ne semblent pas répétés, il n'y a pas de commentaire sur l'évolution des signes vitaux, sur l'état de conscience de son patient et sur son aspect physique.

[576] Elle affirme, sur des éléments déterminants de certains reproches qui lui sont formulés, que lorsqu'un résultat est normal, elle ne le note pas, alors qu'elle prend la peine de l'écrire au sujet de d'autres.

[577] Elle ne semble pas accorder de l'importance au degré d'hydratation du patient et ne tente pas de le valider bien que la preuve d'expert établisse qu'il y a de nombreux critères utiles pour le faire, ne serait-ce que d'observer et documenter une donnée de base : la quantité d'urine.

[578] Suivant la littérature, les résultats de laboratoire confirment les décisions cliniques basées sur l'état d'un patient, le médecin ne doit pas attendre les résultats de laboratoires pour initier des traitements ou prendre une décision sur le transfert d'un patient en soins spécialisés¹⁷².

[579] La séquence des événements révélée par la preuve démontre encore une fois que l'intimée est toujours dans une posture attentiste, qui fait en sorte que les retards s'accumulent les uns après les autres, au point de se placer constamment dans le pire des scénarios par rapport aux décisions cliniques à prendre.

[580] Lors de son témoignage, l'intimée fait souvent porter la faute sur les autres, notamment le personnel infirmier, pour éluder ses propres obligations déontologiques.

[581] De son côté, sur la question de la prescription par l'intimée des antibiotiques, de l'apport liquidien et des bolus, l'expertise du D^r Lemonde manque de rigueur lorsqu'il prétend que «les prescriptions ont été adéquates, mis à part les délais pour les recevoir».

[582] Suivant sa compréhension de la preuve d'expertise, pour le Conseil, au point de vue déontologique, il s'agit d'éléments indissociables, dans la mesure où il est établi que la progression du sepsis vers un choc septique est souvent foudroyant, ce qui nécessite une attention particulière aux prescriptions et à l'administration des bonnes doses de médicaments, d'apports liquidiens et de bolus en temps utile, sinon rien ne tient.

¹⁷² Pièces P-13 (19) et P-14A.

[583] Au risque de se répéter, le Conseil réitère qu'il partage l'opinion de l'experte Lévy à l'effet qu'il est de la responsabilité du médecin de s'assurer que ses ordonnances soient conformes aux données de la science médicale, exécutées dans les délais que requiert la condition de son patient, et qu'il réagisse quand cela n'est pas le cas, au lieu d'en attribuer la responsabilité à d'autres, à posteriori.

[584] Tant la preuve documentaire, le témoignage de l'experte Lévy et la littérature dont le Conseil a précédemment fait état établissent de façon claire et convaincante que l'intimée, malgré la quantité alarmante d'informations dont elle dispose au sujet de la dégradation de son patient, est incapable de prescrire les traitements requis par sa condition, et de s'assurer de leurs exécutions en temps utile, faisant ainsi défaut d'exercer sa profession suivant les normes médicales les plus élevées, contrevenant ainsi à l'article 44 du *Code de déontologie des médecins*.

[585] De plus, suivant l'expertise et le témoignage de l'experte Lévy dont la compétence et l'intégrité ne seraient être mises en doute, la nonchalance de l'intimée, sa mauvaise compréhension et interprétation de l'évolution de la condition clinique de son patient, sa propension à ne pas faire les bons liens en temps utile, établissent clairement qu'elle a, dans le présent dossier, prescrit la plupart du temps des traitements inadéquats et/ou tardifs, contrairement aux données de la science médicale, en contravention de l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*.

[586] Enfin, globalement ce même comportement contrevient à l'article 59.2 du *Code des professions*, dans la mesure où il met à mal la confiance du public envers la profession de médecin pédiatre.

F) Décision du Conseil sur le chef 3b)

Q5- Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a omis d'exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles en faisant défaut d'effectuer un contrôle et une réévaluation clinique de l'état de perfusion de son patient A, après l'administration de bolus liquidiens, et ce, contrairement aux articles 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* ?

[587] Le chef 3b) réfère aussi aux articles 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* qu'il est opportun de reproduire ici:

Code de déontologie des médecins

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.

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.

Code des professions

59.2. Nul professionnel ne peut poser un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, ni exercer une profession, un métier, une industrie, un commerce, une charge ou une fonction qui est incompatible avec l'honneur, la dignité ou l'exercice de sa profession.

[588] Avant de répondre à cette cinquième question en litige, le Conseil entend d'abord exposer ici ce qu'il retient de la preuve prépondérante administrée devant lui.

[589] Il est établi par la preuve d'expert que l'évaluation et la réévaluation de la perfusion périphérique d'un patient visent à s'assurer de la bonne qualité du flux artériel de celui-ci vers les extrémités en guise de contrôle de la qualité de l'oxygénation des tissus.

[590] Elle se mesure entre autres par la prise du pouls périphérique perceptible à la radiale et au pied.

[591] L'un des signes d'une mauvaise perfusion périphérique est une diminution des pouls périphériques par rapport au central, et par une augmentation du temps de remplissage capillaire (TRC) (cap refill supérieur à 3 secondes) après avoir exercé une pression au bout d'un doigt ou d'un orteil.

[592] Une mauvaise perfusion se manifeste aussi par un changement de température des extrémités qui deviennent plus froides, par l'observation de la peau qui devient, à certains endroits, marbrée ou cartonnée et à la présence d'une chute de la pression artérielle.

[593] L'experte Lévy réitère ce qu'elle a déjà indiqué au Conseil : le dossier médical de A ne contient aucune note ou commentaire de l'intimée indiquant que cette dernière a contrôlé et réévalué après l'administration de chacun des bolus les résultats observés et changements constatés à l'état de perfusion de A.

[594] L'expert Lemonde de son côté partage l'opinion de sa collègue au sujet de la nécessité de contrôler l'effet des bolus via notamment la mesure du TRC, et réitère que les pédiatres le font machinalement, et que malheureusement, comme c'est le cas de l'intimée, très souvent ils oublient de documenter leur dossier.

[595] L'intimée réitère ce qu'elle a déjà eu l'occasion de dire : lorsque le TRC est normal, elle ne le note pas ce qui ne veut pas dire qu'elle ne l'a pas fait. Elle a, dit-elle, posé les gestes qu'il fallait pour contrôler, évaluer et réévaluer la progression de l'état de perfusion de son patient.

[596] Quant aux traces écrites au dossier au sujet du contrôle du TRC, elle attire l'attention du Conseil sur sa note à cet effet de 19h50¹⁷³, la note infirmière de 20h10, sa note de 20h20 qui fait état que la TA est à 90/58 et la note infirmière de 20h25¹⁷⁴, ainsi que les paramètres fondamentaux¹⁷⁵ qui indiquent qu'à partir de 20h10 *la TA remonte, donc que A réagit bien aux traitements après 20 minutes de dopamine, et qu'elle était contente qu'à 20h25, comme l'indique la note infirmière à la section «métabolisme», la TA soit revenue.*

[597] Bien que ces traces soient minces, n'en demeure pas moins que sur les deux bolus complets, l'intimée est définitivement plus vigilante que sur ce qu'elle qualifie de demi-bolus d'entretien.

¹⁷³ Pièce P-2A, page 22.

¹⁷⁴ Pièce P-2A, pages 66 et 67.

¹⁷⁵ Pièce P-2A, page 59.

[598] Les notes rudimentaires de l'intimée et du personnel qui l'accompagne établissent que l'intimée exerce une surveillance adéquate quant aux effets des bolus et de la dopamine administrée.

[599] Ce qui est établi par contre par la preuve, c'est que la condition de A se détériore à partir du moment où le bolus donné à 15h40 est complété autour de 16h10 alors que l'intimée ne revoit A, selon sa note au dossier qu'à 17h10, soit une heure après, et qu'il n'est pas fait état de commentaires de sa part au sujet de l'évolution de son patient et au sujet du bolus donné à 17h10 c'est un infirmier qui à 18h00 "évalue l'effet du bolus" en faisant état d'acrocyanose et de TRC supérieur à 3 secondes.

[600] En d'autres termes, le dossier médical de A établit que l'intimée n'a pas personnellement contrôlé et réévalué l'état de perfusion de son patient après l'administration des bolus de 15h40 et 17h30, soit avant de quitter pour sa résidence, ce qui aurait été par contre fait, pour le bolus complet de 19h30, suivant la note de l'intimée de 19h50.

[601] Les notes de l'intimée ne contiennent pas de mesures initiales ni de suivi de la qualité de perfusion périphérique qui soient significatifs. À toutes fins utiles, il faut se référer aux notes de l'inhalothérapeute ou aux notes infirmières pour connaître l'état clinique du patient.

[602] Quant au deuxième bolus complet, le Conseil a déjà indiqué ce qu'il en était advenu.

[603] Considérant ce qui précède, et la grille d'analyse du Conseil au sujet de l'absence de notes au dossier, sous le chef 3b) de la plainte, le Conseil est d'avis que la partie plaignante s'est déchargé de son fardeau de preuve et a établi que l'intimée a fait défaut d'exercer sa profession suivant les normes médicales les plus élevées, contrevenant ainsi à l'article 44 du *Code de déontologie des médecins*, et qu'un tel comportement, suivant la preuve d'expertise, est aussi contraire aux données de la science médicale, en contravention de l'article 47 du *code de déontologie des médecins*.

[604] Enfin, globalement ce même comportement contrevient à l'article 59.2 du *Code des professions*, dans la mesure où il met à mal la confiance du public envers la profession de médecin pédiatre.

G) Décision du Conseil sur le chef 4

Q6- Le Conseil dispose-t-il d'une preuve qui répond aux critères du droit professionnel lui permettant de conclure que le 18 février 2017, l'intimée a omis d'exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles, en modifiant la perfusion de dopamine administrée à son patient A lors de son transfert au CHU Sainte-Justine, et ce, contrairement aux articles 42, 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions* ?

[605] Le chef 4 réfère aussi aux articles 42, 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et 59.2 du *Code des professions*, précités.

[606] Avant de répondre à la question en litige sous le chef 4 de la plainte, le Conseil estime qu'il est opportun de revenir un peu en arrière pour relever ce que la preuve prépondérante établit au sujet des événements survenus avant et pendant le transfert de A au CHU Sainte-Justine, soit à partir 19h15 jusqu'à 20h53, soit entre le moment où l'intimée est de retour du souper et A transporté et pris en charge par l'équipe médicale du CHUM Ste-Justine¹⁷⁶ :

- À son arrivée, l'intimée va voir A et autour de 19h15, suivant le dossier médical de A au CHU Sainte-Justine, elle loge un appel à l'urgentologue pédiatrique en fonction au CHU Sainte-Justine, en vue d'un transfert suivant la procédure CCAR.
- Outre les questions de l'installation d'une deuxième voie veineuse, de l'administration des bolus et d'oxygène, l'urgentologue recommande à l'intimée que soit administrée à A de la Dopamine® à raison de 10 mcg/kg/min.
- À 19h15, elle écrit une note au dossier qui résume la condition clinique de l'enfant. Elle en arrive à un diagnostic de choc septique, compte tenu de la *détérioration de son état de conscience, de la TA qui a chuté et de la perfusion périphérique détériorée.*
- Les résultats gazométriques des prélèvements sanguins devancés à la demande de l'intimée et réalisés à 18h11, sont disponibles à 19h19.

¹⁷⁶ Pièce P-2A, pages 37.

- Ils indiquent un taux de pH sanguin à 7,29, une pression partielle de gaz carbonique à 20.6, une pression partielle en oxygène à 50,5, les hydrogénocarbonates (HCO^3) à 9,6, et un excès de base sanguin à -15,4; résultats que l'experte Lévy associe à une acidose métabolique non compensée sur choc septique.
- À 19h20, l'intimée complète sa note en reproduisant notamment les relevés de la TA 70/40 et de la FC à 180.
- Suivant la recommandation de l'urgentologue du CHU Sainte-Justine, à 19h30 l'intimée complète et signe l'ordonnance suivante : « Concentration Dopamine durant transfert 10 mcg/kg/min si TA \emptyset mieux, 3^e Bolus au besoin avant la Dopamine»¹⁷⁷.
- Un premier bolus complet (à 20 ml/kg /2^e bolus) est administré à 19h30.
- À 20h10 une note infirmière établit la TA à 72/39, la FC à 186 pulsations par minute et le RR à 60.
- À 20h10, le deuxième bolus complet (à 20 ml/kg/3^e bolus) est débuté mais arrêté avant la fin puisqu'infiltré. On favorise alors la voie pour la dopamine qui à raison de 10mcg/kg/min et le soluté.

¹⁷⁷ Pièce P-2A, page 35.

- À 20h15, une infirmière note que la FR de A est de 50 respirations par minute, sa FC à 188 pulsations par minute, sa TA à 85/45.
- À 20h20, l'intimée note au dossier, qu'après le début de l'administration du 2^e Bolus et de la dopamine, la TA remonte à 90/58¹⁷⁸, alors qu'à son arrivée à 19h15, elle était à 70/40.
- À 20h25, une infirmière note l'arrivée des ambulanciers. Au sujet de l'état de A, il est écrit : léthargique mais irritable, coloration grisâtre, membres inférieurs et supérieurs froids, pouls filants, FC 180/min, RR 50/min, plaintes respiratoires, BAN et TRC 4 secondes¹⁷⁹.
- À 20h53 l'ambulance quitte en direction du CHU Sainte-Justine. A est accompagné de l'intimée, de l'infirmier et de l'inhalothérapeute.
- De son côté, l'infirmier présent dans l'ambulance note notamment *qu'à 21h00 alors que la dopamine est à 5 mg1kg/min., la TA est à 127/71, la FC à 180; que l'intimée en est avisé; qu'à 21H13 la TA est à 65/47 et que la dopamine est augmentée; qu'à l'arrivée à HSJ à 21h30 la TA est à 59/40 que A est éveillé et pleure.*
- À 21h30, A arrive au CHU Sainte-Justine où il est pris en charge par l'équipe médicale de l'urgence.

¹⁷⁸ Pièce P-2A, page 22.

¹⁷⁹ Pièce P-2A, page 67.

- À son retour du CHU Sainte-Justine, à 23h00, l'intimée écrit au dossier de A une note évolutive tardive mais contemporaine de ce qu'elle retient de ce qui est arrivé durant le transport. Elle écrit notamment que durant le transport la TA varie à plus ou moins de dopamine; qu'à l'arrivée à HSJ, la TA baisse malgré les variations de dopamine.
- L'intimée réfère le Conseil à la feuille des paramètres fondamentaux qui dresse un portrait de l'évolution des signes vitaux durant le transport, notamment sur les données au sujet de la variation de la TA et à la note infirmière¹⁸⁰, pour expliquer qu'à 21h09, l'administration de la dopamine à 10 mcg/kg/min avait provoqué la montée de la TA à 120/70, et que voulant la faire baisser à un niveau acceptable, elle a réduit de moitié la posologie, en administrant 5 *mcg/kg/min* de dopamine, ce qui a provoqué une baisse de la TA à 65/47 à 21h13.
- Dans les circonstances, elle dit avoir remonté la perfusion de dopamine à 10 mcg/kg/min. ce qui provoque une augmentation de la TA documentée à 120/90, qu'elle juge encore une fois trop élevée, et fixe à 9 mcg/kg/min la perfusion, ce qui ne fonctionne pas, dit-elle, puisque que la TA s'effondre de nouveau à 77/60, d'où sa décision de revenir à la dose suggérée par la Dre Labrosse.
- À 21h30, soit à l'arrivée à l'urgence du CHU Sainte-Justine, la TA de A est documentée à deux endroits au dossier à 59/40.

¹⁸⁰ Pièce P-2A, pages 59 et 37.

- Reprenant certaines informations contenues à la preuve documentaire¹⁸¹, l'intimée dira que durant le transport, l'enfant était *éveillé et alerte; il pleure et est réactif*.
- Le décès de A est constaté à 22 h 37.

[607] La preuve d'expertise établit que la dopamine permet de contrôler et supporter la TA.

[608] L'intimée explique qu'alors qu'elle est dans l'ambulance avec le patient et que la perfusion de dopamine à 10ml est administrée, la tension de A est « montée trop haute » à 120, alors que chez l'enfant on doit rechercher à atteindre autour de 105.

[609] Je voulais, dit-elle, *en réduisant à 5 ml la perfusion, ne pas trop donner de travail au cœur*. Or, le résultat a été que la TA a chuté rapidement à 65, d'où sa décision de rétablir la perfusion à 10 ml¹⁸².

[610] À l'Hôpital Charles Le Moyne, chez les enfants, elle ajoute que nous n'utilisons pas souvent la dopamine, puisque nous ne sommes pas souvent confrontés à des situations de choc septique, précise-t-elle¹⁸³.

¹⁸¹ Pièce P-2A, page 37 et Pièce P-3A, page 64.

¹⁸² Témoignage qui reprend le point 23 de l'avis de *De Sierra* au sujet de l'enregistrement P-9, à 01 :51 :20 et 01 :51 :30 selon I-13d).

¹⁸³ Témoignage qui reprend le point 25 de l'avis de *De Sierra* au sujet de l'enregistrement P-9, à 01 :54 :05.

[611] Elle explique au Conseil sa compréhension des effets pervers au cœur de la dopamine (vasoconstriction). *Je cherchais à établir une bonne TA, cela a chuté, malheureusement le cœur avait trop travaillé toute la journée*, dit-elle.

[612] L'experte Lévy met en preuve que la norme est de démarrer la perfusion de dopamine à 10 mcg/kg/min et de l'ajuster selon la TA. Chez un enfant de l'âge de A, la TA normale est de 95/100.

[613] L'intimée, dit-elle, a effectué plusieurs changements dans la perfusion de dopamine.

[614] En la réduisant de moitié, il était, dit-elle, inévitable que la TA chute comme elle l'a fait, estimant que c'est dangereux : *il est très difficile pour un enfant de supporter des chutes répétées de TA comme cela*, dit-elle.

[615] Suivant la littérature qu'elle a consultée, et les contenus de l'enseignement PALS, il est recommandé de maintenir la dose suggérée à 10, quitte à ce que la TA soit plus élevée¹⁸⁴.

[616] En la réduisant à 5, on se rapproche de ce qu'elle qualifie de dose rénale, *qui peut créer de l'hypotension. Ce n'est pas*, dit-elle, *une dose souhaitable*.

[617] Pour l'expert Lemonde, lorsque dans l'ambulance à 21h09 après avoir administré un 10ml de dopamine, la pression monte à 120/70, cela signifie que A est en hypertension, et que l'intimée est justifiée de moduler la perfusion de dopamine.

¹⁸⁴ Pièce P-13 (16).

[618] C'est, dit-il, la raison pour laquelle un médecin accompagne le patient dans l'ambulance. Lui seul est en mesure de moduler la perfusion.

[619] En dedans de 15 à 20 minutes, selon la feuille des paramètres fondamentaux¹⁸⁵ A est passé de 85 à 120, si l'intimée attend pour baisser la perfusion, il y a pour lui des risques évidents de surcharge, ce qui doit être évité.

[620] Le D^r Lemonde est d'opinion, qu'en tenant compte du temps, du contexte et des réactions sur la TA de A, les changements apportés à la perfusion par l'intimée sont adéquats et répondent aux normes, qui fixent le spectre entre 5 et 20 ml¹⁸⁶.

[621] Au point 24 de l'avis de *De Sierra*, le Conseil juge qu'il s'agit beaucoup plus d'une affirmation rétrospective de la part de l'intimée que d'aveu extrajudiciaire.

[622] Suivant la preuve administrée sous le chef 4 de la plainte, en se replaçant dans le contexte où se trouve l'intimée, soit d'accompagner un patient à l'occasion d'un déplacement en ambulance, le Conseil conclut qu'il était de la prérogative de l'intimée comme médecin de modifier la dose suggérée par le médecin de l'Hôpital Sainte-Justine, suivant son évaluation de la situation.

[623] La plainte ne reproche pas à l'intimée le niveau des doses utilisées, mais bien le fait d'avoir effectué des modifications. En d'autres termes, il aurait fallu que l'intimée mette de côté son jugement clinique et maintenir quoi qu'il advienne la dose suggérée.

¹⁸⁵ Pièce P-2A, page 59.

¹⁸⁶ Pièce 1-3.3.

[624] Sous le chef 4 de la plainte comme lui enseigne le Tribunal des professions dans *Nguyen c. Médecins*¹⁸⁷, le Conseil conclut qu'en replaçant l'intimée dans le contexte de cette courte intervention et suivant les réactions qu'elle percevait, celle-ci ne peut pas être blâmée pour avoir usé de son jugement professionnel, bien que ce choix puisse s'avérer questionnable après le fait, à partir d'un point de vue idéal de la médecine.

[625] Pour ces motifs, le Conseil juge qu'il y a lieu d'acquitter l'intimée sous le chef 4 de la plainte.

EN CONSÉQUENCE, LE CONSEIL, UNANIMEMENT :

SOUS LE CHEF 1a)

[626] **DÉCLARE** l'intimée coupable d'avoir contrevenu aux articles 47 du *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'à l'article 59.2 du *Code des professions*.

[627] **ACQUITTE** l'intimée d'avoir contrevenu à l'article 46 du *Code de déontologie des médecins*.

[628] **PRONONCE** une suspension conditionnelle des procédures quant au renvoi à l'article 59.2 du *Code des professions*.

SOUS LE CHEF 1b)

[629] **ACQUITTE** l'intimée d'avoir contrevenu aux articles 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'à l'article 59.2 du *Code des professions*.

¹⁸⁷ *Supra*, note 73.

SOUS LE CHEF 2

[630] **DÉCLARE** l'intimée coupable d'avoir contrevenu aux articles 42, 47 du *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'à l'article 59.2 du *Code des professions*.

[631] **PRONONCE** une suspension conditionnelle des procédures quant aux renvois à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'à l'article 59.2 du *Code des professions*.

SOUS LE CHEF 3a)

[632] **DÉCLARE** l'intimée coupable d'avoir contrevenu aux articles 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'à l'article 59.2 du *Code des professions*.

[633] **PRONONCE** une suspension conditionnelle des procédures quant aux renvois à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'à l'article 59.2 du *Code des professions*.

SOUS LE CHEF 3b)

[634] **DÉCLARE** l'intimée coupable d'avoir contrevenu aux articles 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'à l'article 59.2 du *Code des professions*.

[635] **PRONONCE** une suspension conditionnelle des procédures quant aux renvois à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'à l'article 59.2 du *Code des professions*.

SOUS LE CHEF 4

[636] **ACQUITTE** l'intimée sous les articles 42, 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* ainsi que l'article 59.2 du *Code des professions*.

[637] **DEMANDE** à la secrétaire du Conseil de discipline de convoquer les parties dans les meilleurs délais à une audience afin de les entendre et de statuer sur les sanctions à imposer à l'intimée.

Roxanne Gervais

Signé avec ConsignO Cloud
Vérifiez avec verifio.com ou Adobe Reader.

Roxanne Gervais
Secrétaire substitut du conseil de discipline
Copie conforme à l'original
24 septembre 2021

Daniel Y. Lord

Original signé électroniquement

M^e DANIEL Y. LORD

Président

Jacques Letarte

Original signé électroniquement

D^r JACQUES LETARTE

Membre

Diane Roger-Achim

Original signé électroniquement

D^{re} DIANE ROGER-ACHIM

Membre

M^e Anthony Battah
M^e Jannie Jacques
Avocats du plaignant

M^e Marc Dufour
M^e Kim Nguyen
Avocats de l'intimée

Dates d'audience : 20, 21, 22, 27, 28 et 29 juillet 2020
17, 18, 19, 20 et 21 mai 2021