

**CONSEIL DE DISCIPLINE**  
**COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC**

CANADA  
PROVINCE DE QUÉBEC

N° : 24-2018-01050

DATE : 10 septembre 2020

---

LE CONSEIL :	M <sup>e</sup> GEORGES LEDOUX	Président
	D <sup>re</sup> ÉVELYNE DES AULNIERS	Membre
	D <sup>re</sup> FABIENNE GROU	Membre

---

**D<sup>re</sup> ISABELLE AMYOT, en sa qualité de syndique adjointe du Collège des médecins du Québec**

Plaignante

c.

**D<sup>r</sup> ARIE BENCHETRIT (83475)**

Intimé

---

**DÉCISION SUR CULPABILITÉ**

---

**CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 142 DU *CODE DES PROFESSIONS*, LE CONSEIL A PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION ET DE NON-DIFFUSION DU NOM DE LA PATIENTE MENTIONNÉ À LA PLAINTÉ, LORS DE L'AUDIENCE, DANS LES PIÈCES PRODUITES AINSI QUE DE TOUT RENSEIGNEMENT PERMETTANT DE L'IDENTIFIER, ET CE, AFIN D'ASSURER LE RESPECT DE SA VIE PRIVÉE.**

**CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 142 DU *CODE DES PROFESSIONS* ET POUR LES MÊMES MOTIFS, LE CONSEIL A PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION, DE NON-DIFFUSION DES PIÈCES P-2, P-6 (2), P-7 (a), P-7 (b), P-8 (b), I-2 (EN LIASSE), I-3, I-4 et I-5.**

## APERÇU

[1] Le 4 décembre 2018, la plaignante porte une plainte contre l'intimé comportant cinq chefs.

[2] Lors de l'audience du 9 septembre 2019, l'intimé enregistre un plaidoyer de non-culpabilité sous les cinq chefs de la plainte portée contre lui.

## LA PLAINTE

[3] La plainte portée contre l'intimé est libellée en ces termes :

Que je suis raisonnablement informée, ai raison de croire et crois véritablement que le Dr Arie Benchetrit (83475), un professionnel membre du Collège des médecins du Québec, exerçant sa profession à Montréal, a fait preuve d'une conduite dérogatoire à l'égard de Mme [...] née le 7 janvier 1950, une patiente qui le consultait pour une quadruple blépharoplastie :

1. À Montréal, le ou vers le 8 juillet 2016, a omis d'exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles, en utilisant une aiguille Colorado pour faire une fenêtrure au travers du muscle orbiculaire de l'œil droit et exposer la graisse orbitaire du côté nasal, sans protection adéquate de l'œil sous-jacent, contrairement aux articles 6, 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);

2. À Montréal, le ou vers le 8 juillet 2016, a omis d'informer sa patiente le plus tôt possible de ses constats per-opératoires, soit la présence présumée d'un film résiduel et adhérent sur la cornée de l'œil droit, contrairement aux articles 5, 47 et 56 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);

3. À Montréal, le ou vers le 8 juillet 2016, a omis d'assurer le suivi médical requis par l'état de sa patiente, en évaluant de manière inadéquate la cornée de l'œil droit de la patiente et en négligent d'organiser un suivi rapproché avec un médecin ayant les compétences requises et les instruments adéquats, contrairement aux articles 5, 32, 42, 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* (RLRQ c M-9, r 17) et commettant de par ce fait un acte dérogatoire à l'honneur 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 Montréal, le ou vers le 11 juillet 2016, a omis d'informer sa patiente le plus tôt possible de ses constats per-opératoires, soit la présence présumée d'un film résiduel et adhérent sur la cornée de l'œil droit, contrairement aux articles 5, 47 et 56 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);

5. À Montréal, le ou vers le 11 juillet 2016, a omis d'assurer le suivi médical requis par l'état de sa patiente, en évaluant de manière inadéquate la cornée de l'œil droit de la patiente et en négligent de la diriger vers un médecin ayant les compétences requises et les instruments adéquats, contrairement aux articles 5, 32, 42, 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* (RLRQ c M-9, r 17) et commettant de par ce fait un acte dérogatoire à l'honneur 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);

[Transcription textuelle sauf anonymisation]

## QUESTIONS EN LITIGE

[4] Le Conseil doit répondre aux deux questions en litige suivantes :

- a) Le Conseil doit-il accueillir l'objection de l'intimé à être interrogé sur le contenu d'un rapport d'expertise qui a été communiqué à la partie plaignante, mais qui n'a pas été produit au dossier ?
- b) La plaignante s'est-elle déchargée de son fardeau de preuve concernant les éléments essentiels des chefs 1 à 5 de la plainte portée contre l'intimé ?

## CONTEXTE

[5] La plaignante témoigne, produit une preuve documentaire<sup>1</sup> et fait entendre trois témoins, dont un témoin expert.

---

<sup>1</sup> Pièces P-1, P-2A, P-2B (1) et à P-2B (5), P-3, P-4, P-5, P-6 (1) et P-6 (2), P-7 (a) et (b), P-8 (a) et (b), P-9, P-10, P-11, P-12 (1), P-12 (2), P-12 (3), P-12 (4), P-13 et P-14. La pièce P-12 (3) comporte des articles de littérature.

[6] Pour sa part, l'intimé témoigne et fait entendre deux témoins, dont un témoin expert. L'intimé produit également une preuve documentaire<sup>2</sup>.

[7] L'intimé est médecin depuis 1983 et est détenteur d'un certificat de spécialiste en chirurgie générale depuis 1988 et en chirurgie plastique depuis 1990<sup>3</sup>.

[8] Il a complété sa formation en chirurgie plastique à l'université McGill et il exerce en chirurgie plastique depuis 1991. Depuis, il a assisté à de nombreuses conférences scientifiques pour maintenir à jour et perfectionner ses connaissances. Depuis 2016, il a une pratique presque exclusive en chirurgie plastique de nature esthétique.

[9] Durant sa carrière, l'intimé a pratiqué au moins 1 000 blépharoplasties. Il a aussi été impliqué dans le traitement d'une centaine de cas d'abrasion de la cornée alors qu'il exerçait à l'urgence au début de sa carrière.

[10] Le 30 mai 2016, la patiente, à la suggestion de sa fille, consulte l'intimé pour subir une chirurgie esthétique visant à corriger les poches qu'elle a sous les yeux, soit une blépharoplastie<sup>4</sup>.

[11] L'intimé explique à la patiente ses diverses options, notamment des interventions moins invasives, mais moins optimales sur le plan esthétique, incluant les risques liés à ces diverses options. La patiente pose de nombreuses questions afin de faire un choix éclairé.

---

<sup>2</sup> Pièces I-1 à I-17 (en liasse - 5 photos pré-opératoires) et I-18 (en liasse – déclaration assermentée de D<sup>r</sup> Éric Bensimon et sondage). Les pièces I-10, I-12, I-13 et I-14 sont des articles de littérature. Quant aux pièces I-15 et I-16, il s'agit d'extraits de sites Web.

<sup>3</sup> Pièce P-1.

<sup>4</sup> Pièce P-2A.

[12] Ensuite, l'intimé lui conseille une intervention consistant en une quadruple blépharoplastie (paupières inférieures et supérieures des deux yeux). Elle accepte cette option et elle signe tous les documents requis qui décrivent notamment les risques liés à une telle intervention<sup>5</sup>.

[13] Divers documents préopératoires sont complétés et la patiente est jugée apte à subir cette intervention<sup>6</sup>.

[14] Celle-ci est planifiée pour le 8 juillet 2016 et il est prévu qu'elle se fera sous anesthésie générale.

[15] Le 8 juillet 2016, la patiente se présente dès 6 h à la clinique privée où exerce l'intimé, car l'intervention doit avoir lieu à 7 h. La patiente rencontre l'intimé environ 10 minutes avant l'intervention et l'intimé dessine sur les paupières de la patiente ses repères pour la chirurgie.

[16] La patiente est placée sous anesthésie générale pour l'intervention avant que l'intimé n'entre dans la salle d'opération alors que le personnel de cette salle s'y trouve déjà<sup>7</sup>.

[17] L'intervention débute à 7 h 07 et se termine à 9 h 08. À ce moment, la patiente est transférée en salle de réveil (appelé la phase I). La patiente est alors sous la responsabilité du personnel infirmier.

---

<sup>5</sup> Pièce I-1 (en liasse), pages 5 et suivantes.

<sup>6</sup> Pièce I-1, pages 1 à 3 et 11 à 23.

<sup>7</sup> Description du personnel se trouvant dans la salle d'opération, pièce I-2 (en liasse), page 26.

[18] Trente minutes après sa sortie de la salle d'opération, soit à 9 h 45, la douleur de la patiente est évaluée à 6/10<sup>8</sup>.

[19] L'intimé mentionne qu'il voit la patiente en salle de réveil environ quinze minutes après la fin de l'intervention et sa sortie de la salle d'opération, et ce, après avoir dicté son protocole opératoire et préparé ses ordonnances médicales interne et externe<sup>9</sup>.

[20] Selon l'intimé, il vérifie la condition générale de sa patiente. Il examine sommairement son œil droit en soulevant sa paupière, admettant qu'il est difficile de bien voir en raison de la présence de l'onguent *Tobradex* appliqué aux yeux à la suite de l'intervention. L'intimé mentionne que la patiente n'exprime aucune plainte particulière. Il ne consigne aucune note de cette visite postopératoire au dossier de la patiente.

[21] La patiente n'a aucun souvenir de cette visite de l'intimé. Elle est alors sous sédation.

[22] La patiente demeure dans la salle de réveil jusqu'à 10 h 15. Pendant cette période, la patiente reçoit des médicaments, notamment deux doses de Fentanyl (50 mcg) à 9 h 45 et à 10 h 00<sup>10</sup>.

[23] À 10 h 15, elle est transférée dans une autre salle, soit en phase II<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> Pièce I-2 (en liasse), page 29.

<sup>9</sup> Pièce I-2 (en liasse), pages 35 et 36.

<sup>10</sup> Pièce I-2 (en liasse), page 29.

<sup>11</sup> Pièce I-2 (en liasse), page 29.

[24] Selon les notes consignées au dossier par le personnel infirmier, la douleur de la patiente est alors évaluée à 4/10 à 10 h 15 et à 10 h 45<sup>12</sup>.

[25] Ensuite, la patiente obtient son congé, lequel est autorisé par l'infirmière<sup>13</sup>. Elle quitte la clinique à 11 h 35 accompagnée par sa fille. L'infirmière mentionne à la patiente, en présence de sa fille, que tout s'est bien déroulé. Aucune douleur n'est notée par l'infirmière et la fille de la patiente la reconduit en voiture à la maison<sup>14</sup>.

[26] La patiente relate qu'elle supporte difficilement la lumière et même la présence de la ventilation dans l'auto causée par l'utilisation de l'air climatisé, ce qui est confirmé par sa fille<sup>15</sup>.

[27] Elle arrive à la maison et se couche immédiatement, et ce, sans aucune lumière et les rideaux tirés, car elle est incapable de supporter la lumière.

[28] En soirée, le 8 juillet 2016, soit vers 19 h 05, la patiente reçoit un appel de la clinique. Selon les informations consignées par l'infirmière au formulaire prévu à cet effet, la patiente ne signale aucun problème particulier<sup>16</sup>. Il y est aussi mentionné qu'elle est alerte et circule à la maison.

[29] Au cours de la fin de semaine, soit les samedi et dimanche 9 et 10 juillet 2016, la patiente éprouve des problèmes avec la vision de son œil droit. Sa vision est embrouillée et cet œil droit est très sensible à la lumière.

---

<sup>12</sup> Pièce I-2 (en liasse), pages 29, 30, 32 et 33.

<sup>13</sup> Pièce I-2 (en liasse), pages 32 et 33.

<sup>14</sup> Pièce I-2 (en liasse), page 32.

<sup>15</sup> Audience du 17 février 2020.

<sup>16</sup> Pièce I-2 (en liasse), page 37.

[30] En fermant tour à tour ses yeux, elle compare la vision de son œil gauche et de son œil droit.

[31] Elle voit « parfaitement » de l'œil gauche alors que la vision de son œil droit est « trouble ». Elle ne voit pas à plus d'un mètre. Elle croit que cela est normal. La situation est identique le lendemain, soit le dimanche. Elle décrit cette condition à son conjoint ainsi qu'à ses deux filles.

[32] Le 11 juillet 2016, la patiente revoit l'intimé pour une visite de suivi postopératoire où il doit notamment procéder à l'enlèvement des points de suture, et ce, comme cela avait été prévu par l'intimé. Selon l'intimé, c'est au début de cette consultation du 11 juillet 2016 qu'il révèle à la patiente avoir constaté la présence d'un film sur la cornée de son œil droit lors de la chirurgie et il ajoute que « ce film n'est plus là », ce que nie la patiente.

[33] L'intimé examine l'œil de la patiente sommairement pendant environ 15 secondes. Cet examen est réalisé « à l'œil nu ». Il pose aussi des questions à sa patiente sur sa condition. La patiente n'évoque aucun problème particulier.

[34] Il rassure sa patiente et lui dit que « tout s'est bien passé et que tout est beau ». Selon l'intimé, la vision « trouble » de la patiente est attribuable à l'onguent appliqué dans son œil. Selon la procédure habituelle, l'intimé fixe alors une autre consultation dans trois semaines, soit le 5 août 2016.

[35] Dans l'intervalle, la patiente visite des amis dans un chalet des Cantons-de-l'Est durant la fin de semaine des 16 et 17 juillet 2016 en compagnie de son conjoint et de sa fille.



[36] Cette dernière confirme que sa mère est souffrante et incommodée. La patiente demeure à l'intérieur à l'obscurité durant ce séjour. La lumière l'incommoder et sa vision trouble entraîne des étourdissements et des pertes d'équilibre.

[37] Le 18 juillet 2016, la patiente relate que la vision de son œil droit ne s'est pas améliorée comme celle de son œil gauche. La vision de l'œil gauche est excellente alors que celle de l'œil droit est trouble et elle peut encore difficilement supporter la lumière.

[38] Le matin du lundi 18 juillet 2016, la patiente contacte la clinique de l'intimé et demande à avoir un nouveau rendez-vous plus rapidement considérant les malaises qu'elle ressent. Celui-ci est fixé le 18 juillet 2016 en après-midi.

[39] Selon la patiente, ce n'est qu'au début de cette consultation du 18 juillet 2016 que l'intimé lui divulgue ce qui a été constaté aux termes de l'intervention, soit la présence d'un film sur la cornée de son œil droit. Elle confie cela à sa fille.

[40] Selon la fille de la patiente, cette dernière n'a été informée de la présence d'un film sur sa cornée que lors de la consultation du 18 juillet 2016.

[41] La patiente est surprise d'apprendre une telle nouvelle et se demande pourquoi elle n'a pas été avisée plus tôt.

[42] Devant cette situation, l'intimé réfère la patiente à un ophtalmologiste le 18 juillet 2016. La patiente est examinée le 19 juillet 2016 par D<sup>r</sup> Chartrand et par D<sup>r</sup> Rosen<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Pièce I-1 (en liasse), page 28.

[43] Aux termes de la consultation du 19 juillet 2016, D<sup>r</sup> Chartrand note l'existence d'une abrasion de la cornée<sup>18</sup>. Il constate plus particulièrement une lésion profonde à 50 %<sup>19</sup>.

[44] La patiente relate que D<sup>r</sup> Chartrand lui mentionne que les abrasions à sa cornée sont comme « des coups de hache »<sup>20</sup>.

[45] Le lendemain, son collègue de la même clinique, D<sup>r</sup> Rosen, constate l'absence de tout corps étranger sous la paupière, mais la présence de taches pouvant être décelées à la fluorescéine.

[46] D<sup>r</sup> Chartrand revoit aussi la patiente et diagnostique une kératopathie et il écrit ceci : « Confirmation de lésion sur la cornée (origine ? Aiguille ?)<sup>21</sup>. »

[47] D<sup>r</sup> Chartrand constate la présence de deux lacérations à la cornée de l'œil droit qu'il estime comme étant le résultat d'une blessure à la cornée<sup>22</sup>. Il conclut en une perte de substance cornéenne à l'œil droit.

[48] Le 3 août 2016, la patiente consulte D<sup>re</sup> Mabon, une ophtalmologiste spécialisée en cornée. À la suite de son examen de la patiente, celle-ci écrit ce qui suit<sup>23</sup> :

---

<sup>18</sup> Pièce I-3 (en liasse), pages 3, 5, 8 et 9.

<sup>19</sup> Pièce I-3 (en liasse), page 8.

<sup>20</sup> Témoignage de la patiente lors de l'audience du 17 février 2020.

<sup>21</sup> Pièce I-3 (en liasse), page 8.

<sup>22</sup> Pièce I-3 (en liasse), page 8.

<sup>23</sup> Pièce I-1 (en liasse), page 29 et pièce I-4, page 3.

Aujourd'hui, je vois 2 sites de fonte cornéenne dans le 1/3 supérieur de la cornée associée à une ligne de guérison qui capte la fluorescéine OU. La fonte est environ de 15%. Il y a aussi un peu d'œdème cornéen associé à la fonte plus marquée. Ayant aucune maladie systémique sous-jacente, l'examen suggère un trauma chirurgical probable avec une lenteur de guérison et une fonte du tissu secondaire<sup>24</sup>.

[Transcription textuelle]

[49] La patiente ne revoit plus l'intimé à la suite de la consultation du 18 juillet 2020.

[50] Elle transmet une demande d'enquête au bureau du syndic du Collège des médecins du Québec<sup>25</sup>.

[51] Dans une lettre adressée à la plaignante le 22 juillet 2017, l'intimé mentionne qu'il ne peut expliquer comment le dommage à la cornée de la patiente s'est produit<sup>26</sup> et il écrit plus particulièrement ceci :

- However, at the end of the case, while doing a final rinse of the corneas with BSS, as per my routine, the OR nurses and myself noted what appeared to be an unusual "film" on the right cornea.
- I attempted to remove this film by irrigating copiously with BSS but appeared to be only partially successful.
- The nurses and I were surprised by this and could not understand the origin or nature of this film;
- About 15 minutes later, before starting my next case, I went to see the patient and to reexamine both corneas [...] Her vision was, of course, blurry in both eyes because of the presence of the Tobradex ointment and the latter also made it difficult so see the corneas well.
- I had wanted to inform Ms [...] about the film, but I decided to wait given that she was still groggy from the general anesthesia and I knew that I would see her three days later for a follow-up visit.

---

<sup>24</sup> Pièce I-4, pages 1 et 2.

<sup>25</sup> Pièce P-4, pages 1 à 4.

<sup>26</sup> Ibid.

- Because of the unusual nature of this “film” on the right cornea, my intention was to have the patient assessed by ophthalmology, as per my operative note, after her first post-op visit with me three days hence.

[Transcription textuelle]

[52] Lors de sa rencontre avec la plaignante le 10 juillet 2018<sup>27</sup>, l'intimé relate aussi ce qui suit :

### **Concernant la chirurgie du 8 juillet 2016 (extraits de l'enregistrement)**

- Pendant la chirurgie, au moment où il irriguait l'œil droit, il a noté la présence d'un film blanchâtre, qui ressemblait à un corps étranger (27:15). Il ne pouvait identifier avec certitude absolue ce que c'était (55:30).
- Il était perplexe et ne savait pas trop ce que c'était (28:20 et 1:03:05).
- Malgré une irrigation avec plus de pression, il n'a pas été capable d'enlever le film au complet (28:15).
- Il n'a pas utilisé de protecteurs cornéens durant cette chirurgie (29:35).
- Le compte rendu opératoire a été dicté immédiatement après la chirurgie (38:38).
- Il a inscrit à son compte rendu opératoire qu'il allait référer sa patiente à un ophtalmologue parce qu'il ne savait ce que c'était exactement (50:35).
- Il ne souvient pas si sa patiente était encore intubée au moment où il a fait sa visite post-opératoire (44:42);
- L'onguent qu'il a mis dans l'œil de la patiente à la fin du cas camouflait la cornée (45:20);
- Lors de la visite postopératoire, il a examiné la cornée de l'œil droit de sa patiente à l'œil nu (45:48);
- Il n'a pas accès à une lampe à fente (46:22).
- Quand il a écrit la note médicale du 8 juillet 2016, (NB ? film over (right) cornea), c'est parce qu'il était inquiet pour la cornée (47:15);
- C'est l'infirmière qui a signé le congé de la patiente (47:33).
- Il n'a pas informé la patiente de ses constats per-opératoires lors de la visite postopératoire (48:35);
- Il n'était pas sûr que c'était un film d'onguent (57 :40);
- Avec le recul, il n'a toujours aucune idée de comment l'incident est arrivé (59 :23).

---

<sup>27</sup> Pièce P-5. Enregistrement de la rencontre de l'intimé avec la plaignante du 10 juillet 2018.

- Il utilise trois instruments avec capacité de blesser une cornée. Le bistouri qu'il utilise que sur la peau, sans pénétrer le septum orbital ; le cautère réglé à 4 millijoules de puissance avec aiguille Colorado microscopique qui touche chaque capillaire un par un; les ciseaux qu'il utilise sur le gras, il dissèque la poche de graisse et coupe la graisse (1 :01 :50).

**Concernant la consultation du 11 juillet 2016 (extraits de l'enregistrement)**

- Sa note est muette concernant l'information qu'il aurait donnée à sa patiente de ses constats opératoires (1:05 :24, 1:07:08, 1:07 :59, 1:08:35 et 1:13 :32).
- Il a examiné la cornée de l'œil droit de sa patiente à l'œil nu (1:14:05).
- Il n'a pas de fluorescéine au bureau (1:15:27).

[Transcription textuelle]

**La preuve d'expertise de la plaignante**

[53] La plaignante demande au Conseil de déclarer D<sup>r</sup> François Codère, témoin expert, en ophtalmologie et spécialisé en oculoplastie.

[54] La plaignante produit à cette fin son curriculum vitae décrivant notamment sa formation académique, son expérience professionnelle, ses activités d'enseignement, de conférencier et aussi ses publications scientifiques<sup>28</sup>.

[55] Considérant sa formation académique et ses expériences professionnelles et vu que l'intimé ne s'y oppose pas, le Conseil a déclaré D<sup>r</sup> François Codère, à titre de témoin expert en ophtalmologie et spécialisé en oculoplastie<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Pièce P-13.

<sup>29</sup> Il s'agit de la lettre mandat (Pièce P-12), du curriculum vitae (Pièce P-13) et du rapport d'expertise daté du 10 août 2016.

[56] Prenant appui sur ses rapports d'expertise<sup>30</sup> ainsi que sur la littérature reproduite en annexe<sup>31</sup>, l'expert de la plaignante, D<sup>r</sup> Codère est d'opinion que l'intimé a contrevenu aux méthodes scientifiques ou aux normes médicales sous divers aspects que le Conseil reprend et résume dans le cadre de son Analyse, et ce, pour chacun des cinq chefs de la plainte portée contre l'intimé.

### **La preuve d'expertise de l'intimé**

[57] L'intimé demande au Conseil de déclarer D<sup>r</sup> Teanoosh Zadeh à titre de témoin expert en chirurgie plastique et il produit à cette fin son curriculum vitae décrivant notamment sa formation académique, son expérience professionnelle et ses activités d'enseignement<sup>32</sup>.

[58] Considérant sa formation académique et ses expériences professionnelles et vu que la plaignante ne s'y oppose pas, le Conseil a déclaré D<sup>r</sup> Teanoosh Zadeh, à titre de témoin expert en chirurgie plastique<sup>33</sup>.

---

<sup>30</sup> Pièces P-12 (1) et P-12 (2),

<sup>31</sup> P-12 (3): Katherine M. Whipple, Bobby S. Korn, Don O. Kikiwa, "Recognizing and Managing Complications in Blepharoplasty", *Facial Plast Surg Clin A. Am* 21 (2013); Murad Alam; Hayes B. Gladstone; Rebeccas C. Tung, "Requisite in Cosmetic Dermatology", *Cosmetic Dermatology*, Toronto. 2009; Richard Scawn; Sri Gore; Naresh Joshi, "Blepharoplasty Basics for the Dermatologist", *Official Publications of the Association of Cutaneous surgeons of India (ACSI)*, April-June 2016; James Oestreicher, Sonul Mehta, "Complications of Belpharoplasty: Prevention and Management, Review Article", *Hindawi Publishing Corporation, Plastic Surgery International, Volume 2012; Perioperative Standards and Recommended Practices.* "Recommended practices for Electrosurgery », 2009, AORN, 2009.

<sup>32</sup> Pièce I-9.

<sup>33</sup> Il s'agit du curriculum vitae (Pièce I-9), du rapport d'expertise du 7 novembre 2018 (Pièce I-7) et du rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> juin 2019 (Pièce I-8).

[59] Ses rapports d'expertise<sup>34</sup> des 7 novembre 2018 et du 1<sup>er</sup> juin 2019 sont produits ainsi que la littérature et des articles déposés au soutien de ces rapports<sup>35</sup>.

[60] Prenant appui sur ces rapports ainsi que sur la littérature reproduite en annexe de ceux-ci<sup>36</sup>, D<sup>r</sup> Zadeh est d'avis que l'intimé a adopté une conduite conforme aux normes<sup>37</sup>.

[61] Le Conseil résume l'opinion de D<sup>r</sup> Zadeh pour chacun des cinq chefs de la plainte dans son *Analyse*.

## **ARGUMENTATION DE LA PLAIGNANTE**

[62] La plaignante demande au Conseil de déclarer l'intimé coupable des cinq chefs de la plainte portée contre lui.

[63] Sous les cinq chefs de la plainte, la plaignante est d'avis que l'intimé a contrevenu à toutes les dispositions de rattachement invoquées dans le cadre de ces chefs et qu'il doit être déclaré coupable de ces cinq chefs.

[64] Pour la plaignante, il s'agit de fautes déontologiques puisqu'elle a démontré l'existence de la norme scientifique applicable, que la conduite de l'intimé a contrevenu

---

<sup>34</sup> Rapport d'expertise du 7 novembre 2018 (Pièce I-7) et rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> juin 2019 (Pièce I-8),

<sup>35</sup> Pièce I-10 : Myron Yanoff, Jay S. Duker, *Ophthalmology*, Fifth Edition, 2019, pages 1358 à 1364; Pièce I-12 : Christiana A. Ogle, James A. Godwin and Elisabeth K. Shim, « Use of eye shield and eye lubricants amon oculoplastic and Mohs surgeons : a survey », *Journal of Drugs in Dermatology*, Volume 8, Issue 9, 2009, pages 855 à 860; Pièce I-13 : Menyoli M. Malafa, Jayne E. Coleman, R. Wayne Bowman and Rod J. Rohrich « Perioperative Corneal Abrasion : up dated Guidelines for Prevention and Management », *Plastic and Reconstructive Surgery Journal.*, 2016, page 790e à 708e; Pièce I-14 : Warren A. Ellsworth, C. Bob Basu et Ronald E. Iverson, « Perioperative considerations for patient safety during cosmetic surgery – preventing complications », *Canadien Journal of Plastic Surgery*, volume 17, Issue 1, 2009, pages 9 à 16; Pièce I-15 : Extrait du site Web Realself.com : « Upper blepharoplasty : 3 Questions About Eye Protectors/Shields during the Operation » et pièce I-16 : Extrait du site Web Realself .com : « Is an eye shield important for upper and lower blepharoplasty ? ».

<sup>36</sup> Pièce I-10.

<sup>37</sup> Pièce I-7, Rapport d'expertise du 7 novembre 2018.

à cette norme et qu'il existe un écart marqué entre cette conduite de l'intimé et la norme scientifique applicable.

[65] Sous le chef 1, la plaignante reconnaît toutefois que la norme ne prévoit pas spécifiquement dans tous les cas d'utiliser un protecteur cornéen lorsque l'on procède à une blépharoplastie.

[66] Citant l'avis de D<sup>r</sup> Codère et tirant sa conclusion de la littérature invoquée par ce dernier, la plaignante soutient que lorsque le médecin utilise une aiguille Colorado<sup>38</sup>, il devrait exercer son jugement professionnel et utiliser un protecteur cornéen lorsqu'il fait une fenêtré dans le septum<sup>39</sup>.

[67] En n'utilisant pas une mesure de protection (protecteur cornéen), la plaignante conclut que l'intimé a contrevenu aux normes et qu'il n'a pas fait preuve de prudence. Ainsi, il doit être trouvé coupable du chef 1 de la plainte.

[68] Sous les 2 et 4, la plaignante plaide qu'elle a démontré que l'intimé n'a pas divulgué à sa patiente une situation jugée exceptionnelle aux yeux même de ce dernier, soit la présence d'un film sur la cornée de son œil droit, et ce, à deux reprises, soit les 8 et 11 juillet 2016.

[69] Quant aux chefs 3 et 5, la plaignante plaide que l'intimé doit aussi être déclaré coupable pour avoir procédé à un examen inadéquat de la condition de sa patiente les 8 et 11 juillet 2016.

---

<sup>38</sup> Pièce I-12, page 860.

<sup>39</sup> Pièce P-12 (3).



[70] De plus et à ces mêmes dates, la plaignante juge qu'elle a démontré l'omission de l'intimé d'assurer un suivi diligent de la condition de la patiente et de la référer à un ophtalmologiste.

[71] La plaignante produit des autorités au soutien de sa position<sup>40</sup>.

### **ARGUMENTATION DE L'INTIMÉ**

[72] L'intimé est d'avis que la plaignante ne s'est pas déchargée de son fardeau de preuve et qu'il doit être acquitté des cinq chefs de la plainte portée contre lui. La plaignante n'a pas présenté une preuve claire, convaincante et de haute qualité qu'il a commis les infractions reprochées dans le cadre de la plainte.

[73] En regard du chef 1, l'intimé mentionne que l'expert de la plaignante n'a pas été en mesure d'établir, littérature à l'appui, l'existence d'une norme concernant la conduite qu'il devait adopter lors de l'intervention du 8 juillet 2016.

[74] Aux yeux de l'intimé, le rapport d'expertise de D<sup>r</sup> François Codère n'a pas de valeur probante dans le but de déterminer qu'il a dérogé aux normes applicables lors de l'intervention du 8 juillet 2016 considérant qu'il n'existe aucun consensus concernant l'utilisation d'une mesure de protection lors d'une blépharoplastie. D'ailleurs, aucune

---

<sup>40</sup>*Médecins (Ordre professionnel des) c. Poirier*, 2007 CanLII 73347 (QC CDCM); *Médecins (ordre professionnel des) c. Paquet*, 2008 CanLII 41311 (QC CDCM); *Médecins (ordre professionnel des) c. Veilleux*, 2015 CanLII 61254 (QC CDCM); Voir aussi liens Web suivants :  
[https://www.cmpaacpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/adverse\\_events/Disclosure/what\\_is\\_disclosure-f.html](https://www.cmpaacpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/adverse_events/Disclosure/what_is_disclosure-f.html);  
[https://www.cmpaacpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/patient\\_safety/Understanding\\_harm/reasons\\_for\\_harm-.html](https://www.cmpaacpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/patient_safety/Understanding_harm/reasons_for_harm-.html);  
[https://www.cmpaacpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/patient\\_safety/Understanding\\_harm/terminology\\_used\\_in\\_quebec-f.html](https://www.cmpaacpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/patient_safety/Understanding_harm/terminology_used_in_quebec-f.html).

littérature n'appuie la position de D<sup>r</sup> Codère quant à l'obligation d'utiliser un protecteur cornéen.

[75] L'intimé estime qu'il a fait preuve de prudence au moment de l'intervention du 8 juillet 2016 et qu'il n'a commis aucun geste lors de cette intervention ayant pu causer les lésions à la cornée de l'œil droit de la patiente.

[76] Sous d'autres aspects, l'intimé demande au Conseil de prendre avec réserve l'opinion de D<sup>r</sup> Codère puisqu'il a préparé son rapport d'expertise sans avoir eu accès à des informations fondamentales, notamment les notes des infirmières de la clinique où l'intervention s'est déroulée. De même, il n'a pas été en mesure de lire les notes manuscrites de l'intimé.

[77] Le Conseil ne peut pas se contenter des possibilités évoquées par la plaignante pour conclure que les dommages à la cornée de l'œil de la patiente ont été causés par les gestes de l'intimé.

[78] Pour ce qui est des chefs 2 et 4, l'intimé plaide qu'il n'avait pas à divulguer la présence d'un film sur sa cornée puisque l'une des dispositions invoquées dans le cadre de ces chefs, notamment l'article 56 du *Code de déontologie des médecins*, vise l'existence d'un accident et non d'un incident comme cela était prévu avant la modification apportée en 2014 à ce *Code*.

[79] Cette divulgation pouvait être souhaitable, mais pas obligatoire pour le médecin. Nonobstant cela, il invoque comme second moyen pour être acquitté du chef 4 de la

plainte, qu'il a divulgué à sa patiente la présence du film sur sa cornée au début de la consultation du 11 juillet 2016.

[80] L'intimé ajoute qu'il n'avait pas l'intention de cacher à sa patiente l'existence du film sur la cornée de son œil droit, car il l'a écrit dans son protocole opératoire.

[81] Pour l'intimé, la présence de ce film sur la cornée de la patiente ne constituait pas un risque ou ne pouvait pas entraîner des conséquences pour la santé de sa patiente. Il demande au Conseil de ne pas tenir compte du document de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) qui n'est pas pertinente et de plutôt s'en remettre aux lois du Québec, comme la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui propose une définition des termes *accident* et *incident*.

[82] Sous les chefs 3 et 5, l'intimé mentionne que la présentation atypique des symptômes de la patiente ne justifiait de la référer à un autre médecin pour procéder à une évaluation plus poussée de sa condition. L'intimé soutient qu'une présentation typique d'une abrasion cornéenne implique la présence d'une douleur importante comme la littérature médicale le suggère<sup>41</sup>.

[83] Les 8 et 11 juillet 2016, il n'existait aucun symptôme pouvant justifier un diagnostic d'abrasion cornéenne. La patiente ne se plaint pas de douleurs spécifiques à son œil droit, et ce, tant le 8 juillet que le 11 juillet 2016. La douleur était évaluée à 6/10 à la suite de l'opération et au moment de son départ de la clinique à 4/10<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> Pièce I-13, Menyoli, M. Malafa, Jayne E. Coleman, R. Wayne Bowman and Rod J. Rohrich, *supra*, note 35.

<sup>42</sup> Pièce I-2 (en liasse), page 29.

[84] Concernant les chefs 3 et 5, l'intimé plaide que son suivi effectué les 11 et 18 juillet 2016 n'a pas contrevenu aux normes considérant les symptômes observés ainsi que l'absence de douleur spécifique manifestée par la patiente.

[85] L'intimé juge également que l'expert de la plaignante n'a pas été en mesure d'établir l'existence d'une norme pouvant s'appliquer quant à l'obligation de référer sa patiente à un autre médecin ou quant au suivi de cette dernière le 8 juillet 2018 ainsi que lors de la consultation du 18 juillet 2016. Conséquemment, il doit être acquitté des chefs 3 et 5.

[86] L'intimé produit des autorités au soutien de sa position<sup>43</sup>.

## **ANALYSE**

**a) Le Conseil doit-il accueillir l'objection de l'intimé à être interrogé sur le contenu d'un rapport d'expertise qui a été communiqué à la partie plaignante, mais qui n'a pas été produit au dossier ?**

[87] Le Conseil répond à la première question en litige.

---

<sup>43</sup> *Parizeau c. Barreau du Québec (syndics)*, 2001 QCTP ; *Bisson c. Lapointe*, 2016 QCCA 1078; *Osman c. Richer*, 1994 CanLII 10779 (QC TP); *Organisme d'autoréglementation du courtage immobilier du Québec c. Fraser*, 2015 CanLII 56668 (QC OACIQ); *Commissaire à la déontologie policière c. Leclerc*, 2011 CanLII 31811 (QC CDP); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Assef*, 2017 CanLII 5745 (QC CDCM); *Gruszczynski c. Avocats (Ordre professionnel des)*, 2013 QCTP 94; *Médecins (Ordre professionnel des) c. Dabbagh*, 2011 CanLII 58860 (QC CDCM) ; *Poulin;c. Gagnon*, 2014 QCCS 1312; *Hébert;c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec — Hôpital de l'Enfant Jésus*, 2011 QCCA 1521; *Collège des médecins du Québec c. Desjardins*, 2016 CanLII 16912 (QC CDCM); *Comptables agréés (Ordre professionnel des) c. Gibeau*, 2012 QCTP 147; *Tribunal - Médecins -2*, [1975] D.D.C.P. 77; *Médecins (Ordre professionnel des) c. Blais*, 2009 CanLII 22583 (QC CDCM) ; *R.c. Marquard*, [1993] 4 R.C.S. 223; *Dupéré-Vanier c. Camirand-Duff*, 2001 QCTP 8; *Cambie Surgeries Corporation v. British Columbia (Medical Services Commission)*, 2016 BCSC 1739; *Pagé c. Henley (Succession de)*, 2016 QCCA 964; *Berlinguet c. Lamson-Engo*, 2009 QCCS 910.

[88] Lors du contre-interrogatoire de l'intimé et de l'expert de l'intimé, l'intimé s'oppose à ce que la plaignante lui pose des questions concernant le rapport d'expertise du 9 août 2019<sup>44</sup> de D<sup>r</sup> Daniel Ovide Black, ophtalmologiste et oculoplasticien, qui a été communiqué à la plaignante, mais qui n'a jamais été produit.

[89] L'intimé juge que son objection doit être accueillie parce que le rapport n'a pas été produit et que de toute manière, la conclusion de D<sup>r</sup> Black n'évoque qu'une possibilité : que la blessure à la cornée ait pu se produire lors de l'ouverture du septum. Suivant ce même avis, un incident d'une telle nature aurait tout de même été exceptionnel.

[90] L'intimé et D<sup>r</sup> Zadeh ont fourni des réponses à certaines questions concernant le contenu de ce rapport et le Conseil a pris cette objection a été prise sous réserve lors de l'audience du 21 février 2020.

[91] Le Conseil dispose de cette objection comme suit.

[92] Selon les principes rappelés par les tribunaux, à moins d'un consentement des parties, un rapport d'expertise ne peut être produit qu'à l'occasion du témoignage de son auteur.

[93] C'est le témoignage de l'expert qui prévaut comme le Tribunal des professions l'énonce dans l'affaire *Terjanian*<sup>45</sup> :

[33] En effet, c'est le témoignage du témoin qui fait preuve devant le Conseil et non pas le rapport lui-même, qu'il s'agisse de son propre rapport ou de celui de quelqu'un d'autre. Si le Docteur Silbert témoigne à l'aide du rapport rédigé par le Docteur Lemian c'est parce qu'il l'a adopté et qu'il l'a fait sien, de même que ses conclusions. Le

---

<sup>44</sup> Selon la plaignante, il s'agit d'un rapport d'expertise de 5 pages.

<sup>45</sup> *Terjanian c. Dentistes (Ordre professionnel des)*, 2015 QCTP 69. Maintenu par la Cour supérieure sauf pour corriger une erreur de calcul et imposer une radiation temporaire de 17 mois, 2017 QCCS 525. Maintenu par la Cour d'appel du Québec, 2019 QCCA 230.

rapport Lemian est en quelque sorte devenu partie du rapport Silbert. Mais un fait demeure : c'est le témoignage du témoin Silbert qui fait preuve devant le Conseil.

[94] Le Conseil constate que le rapport d'expertise de D<sup>r</sup> Black du 9 août 2019 n'a pas été produit et qu'il n'a pas témoigné non plus.

[95] Appliquant ces principes, le Conseil décide d'accueillir l'objection de l'intimé et de ne pas admettre en preuve les réponses fournies par l'intimé ou par son expert, D<sup>r</sup> Zadeh, aux questions de la plaignante concernant le rapport d'expertise de D<sup>r</sup> Black.

### **Fardeau de la preuve**

[96] Le Conseil répond maintenant à la seconde question en litige.

#### **b) La plaignante s'est-elle déchargée de son fardeau de preuve concernant les éléments essentiels des chefs 1 à 5 de la plainte portée contre l'intimé ?**

[97] Le Conseil doit décider si la plaignante s'est déchargée du fardeau de preuve qui lui incombe, à savoir de présenter une preuve claire et convaincante de la culpabilité de l'intimé relativement aux chefs 1 à 5 de la plainte disciplinaire portée contre lui.

[98] La Cour d'appel<sup>46</sup> nous rappelle l'étendue de ce fardeau de preuve :

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

---

<sup>46</sup> *Bisson c. Lapointe*, *supra*, note 43. Voir aussi : *Cuggia c. Chambre de la sécurité financière*, 2016 QCCA 115.

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

[Renvois omis]

[99] Le Conseil doit également tenir compte de l'arrêt de la Cour d'appel dans *Tremblay c. Dionne*<sup>47</sup>, qui souligne que les éléments essentiels d'un chef d'une plainte disciplinaire ne sont pas définis par son libellé, mais par les dispositions du *Code de déontologie* ou des règlements auxquels le professionnel aurait contrevenu. Le Conseil devra, par conséquent, décider de la culpabilité ou de l'acquittement de l'intimé en fonction de chacune des dispositions invoquées.

[84] D'une part, les éléments essentiels d'un chef de plainte disciplinaire ne sont pas constitués par son libellé, mais par les dispositions du code de déontologie ou du règlement qu'on lui reproche d'avoir violées (*Fortin c. Tribunal des professions*, 2003 CanLII 33167 (QC CS), [2003] R.J.Q. 1277, paragr. [136] (C.S.); *Béliveau c. Comité de discipline du Barreau du Québec*, précité; *Bécharde c. Roy*, précité; Sylvie POIRIER, précitée, à la p. 25).

[100] Selon la décision du conseil de discipline du Collège des médecins dans l'affaire *Chbeir*<sup>48</sup>, le Conseil n'a pas à choisir laquelle des versions il préfère, mais plutôt laquelle est la plus prépondérante en l'espèce.

---

<sup>47</sup> *Tremblay c. Dionne*, 2006 QCCA 1441.

<sup>48</sup> *Médecins (Ordre professionnel des) c. Chbeir*, 2017 QCTP 3.

[101] Par ailleurs, si le Conseil en arrive à la conclusion qu'il est en présence de versions contradictoires crédibles, il devra acquitter l'intimé puisque la plaignante ne se sera pas déchargée de son fardeau.

[102] De même et comme le Tribunal des professions l'enseigne, la partie plaignante n'a pas à prouver toutes les allégations d'un chef d'infraction pour que la partie intimée soit trouvée coupable de ce chef d'infraction<sup>49</sup>.

### **L'évaluation des témoignages**

[103] Cette appréciation de la crédibilité des témoins est au cœur de l'exercice de son pouvoir discrétionnaire<sup>50</sup>.

[104] Dans l'exercice de cette discrétion, le Conseil 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 jurisprudence<sup>51</sup>.

[105] 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 témoin<sup>52</sup>.

---

<sup>49</sup> *Médecins (Ordre professionnel des) c. Fanous*, 2019 QCTP 69; *Parizeau c. Sylvestre et als ès qual.*, 2001 QCTP 43; *R. c. Giguère* 1983 CanLII 61 (CSC), [1983] 2 R.C.S. 448

<sup>50</sup> *Lévesque c. Hudon*, 2014 QCCS 2821 (CanLII).

<sup>51</sup> *Gauthier c. Bisson*, 2014 QCCS 2821 (CanLII).

<sup>52</sup> *R. c. Applebaum*, 2017 CanLII 160 (QC CQ).



[106] Le Conseil, appliquant les enseignements découlant des jugements rendus par la Cour supérieure<sup>53</sup> et la Cour du Québec<sup>54</sup>, analyse les témoignages afin d'en évaluer la crédibilité.

[107] En prenant appui sur ce jugement de la Cour du Québec<sup>55</sup>, le conseil de discipline a rappelé dans l'affaire *Bochi*<sup>56</sup> les principes applicables pour évaluer la crédibilité d'un témoin, lesquels se résument en ces termes :

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

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

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

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

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

---

<sup>53</sup> *Gestion immobilière Gouin c. Complexe funéraire Fortin*, 2010 QCCS 1763.

<sup>54</sup> *Boulin c. Axa Assurances inc.*, 2009 QCCQ 7643.

<sup>55</sup> *Boulin c. AXA Assurances inc.*, 2009 QCCQ 7643. Le conseil de discipline applique aussi les principes découlant du jugement rendu par la Cour supérieure dans: *Gestion immobilière Gouin c. Complexe funéraire Fortin*, 2010 QCCS 1763. Voir aussi le jugement rendu dans : *Podiatres (Ordre professionnel des) c. Bochi*, 2018 CanLII 127687 (QC OPODQ).

<sup>56</sup> *Podiatres (Ordre professionnel des) c. Bochi*, 2018 CanLII 127687 (QC OPODQ).

[145] Il est également important de déterminer s'il tente honnêtement de dire la vérité, s'il est sincère et franc ou au contraire s'il est partial, réticent ou évasif.

[146] La crédibilité d'un témoin dépend aussi de sa connaissance des faits, de son intelligence, de son désintéressement, de son intégrité, de sa sincérité.

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

### **Le but et le rôle de l'expertise**

[109] Suivant l'article 231 du *Code de procédure civile* (C.p.c.), l'expertise est définie en ces termes :

231. L'expertise a pour but d'éclairer le tribunal et de l'aider dans l'appréciation d'une preuve en faisant appel à une personne compétente dans la discipline ou la matière concernée.

L'expertise consiste, en tenant compte des faits relatifs au litige, à donner un avis sur des éléments liés à l'intégrité, l'état, la capacité ou l'adaptation d'une personne à certaines situations de fait, ou sur des éléments factuels ou matériels liés à la preuve. Elle peut aussi consister en l'établissement ou la vérification de comptes ou d'autres données ou porter sur la liquidation ou le partage de biens. Elle peut également consister en la vérification de l'état ou de la situation de certains lieux ou biens.

[110] L'article 238 du C.p.c. édicte :

238. Le rapport de tout expert doit être bref, mais suffisamment détaillé et motivé pour que le tribunal soit lui-même en mesure d'apprécier les faits qu'il expose et le raisonnement qui en justifie les conclusions; il y est fait mention de la méthode d'analyse retenue.

Si l'expert recueille des témoignages en cours d'expertise, ils sont joints au rapport et ils font partie de la preuve.

Les conclusions de l'expert ne lient pas le tribunal non plus que les parties, à moins que celles-ci ne déclarent les accepter.

[111] Un jugement phare du Tribunal des professions en matière d'expertise souligne que le témoin expert est le plus compétent et le plus apte à renseigner le Conseil sur

l'existence de la norme et de la règle scientifiques généralement reconnues applicables aux faits spécifiques du dossier<sup>57</sup>.

[112] Dans le jugement rendu dans l'affaire *Gonshor*<sup>58</sup>, le Tribunal des professions enseigne ce que le plaignant doit démontrer lorsqu'il invoque un manquement aux normes ou aux règles de l'art :

[48] Le fardeau imposé à un syndic de démontrer la culpabilité d'un professionnel en invoquant un manquement aux normes scientifiques est lourd. En effet, il doit établir trois éléments :

- la norme scientifique applicable au moment de l'acte;
- le comportement du professionnel prétendument fautif;
- il doit prouver que l'écart entre les deux derniers points est si grand qu'il constitue plus qu'une erreur légère, mais une faute déontologique passible de sanction. »

[113] Ainsi, le témoin expert est celui qui aide le Conseil à apprécier si le professionnel poursuivi a dérogé ou non à la norme et/ou la règle scientifique, étant donné la preuve offerte<sup>59</sup>.

[114] Le rôle de l'expert est primordial puisqu'il fournit aux décideurs « une conclusion toute faite que ces derniers, en raison de la technicité des faits, sont incapables de formuler<sup>60</sup>.»

[115] Toutefois, le Tribunal des professions rappelle qu'il ne revient pas au témoin expert de décider de la culpabilité ou non de l'intimé. Les membres du Conseil de discipline, « légalement instruits des faits reprochés et du comportement généralement

---

<sup>57</sup> *Dupéré-Vanier c. Camirand-Duff*, 2001 QCTP 8.

<sup>58</sup> *Gonshor c. Morin, ès qualités (dentiste)*, 2001 QCTP 32.

<sup>59</sup> *Dentistes (Ordre professionnel des) c. Duguay*, 2016 CanLII 47979 (QC ODQ).

<sup>60</sup> *R. c. Abbey*, [1982] 2 RCS 24, 1982 CanLII 25 (CSC).

admis dans la profession, [qui] décident si le comportement reproché s'écarte suffisamment de la norme pour constituer une faute déontologique<sup>61</sup>. »

[116] Maintenant, au sujet de la force probante proprement dite du témoignage, dont celui de l'expert, l'article 2845 du *Code civil du Québec* édicte que celle-ci est laissée à l'appréciation du tribunal. Le professeur Jean-Claude Royer précise ainsi le rôle de la Cour à l'occasion de l'appréciation du rapport d'un expert:

484 – Devoir du tribunal - La valeur probante du témoignage d'un expert relève de l'appréciation du juge. Celui-ci n'est pas lié par l'opinion d'un expert. Il doit évaluer et peser sa déposition de la même manière que celle des témoins ordinaires<sup>62</sup>.

[117] De plus, dans un arrêt de la Cour d'appel, on précise que la preuve d'expert ne bénéficie pas de statut privilégié en ces termes<sup>63</sup> :

[20] Cela dit, le témoignage du témoin ordinaire est une preuve au même titre que celui de l'expert. Le juge doit donc la recevoir comme telle, en évaluer la légalité, l'utilité ou la force probante comme il le ferait pour toutes les autres. Il peut donc lui accorder un poids plus ou moins grand selon le contexte de l'analyse. Cela découle du principe général que j'ai évoqué plus tôt suivant lequel le juge est le maître des faits. Dès lors, de la même manière qu'il peut rejeter une expertise, il peut donner à une preuve profane un rôle prédominant ou négligeable.

[21] Je conclus donc que le juge a le devoir d'examiner toute la preuve pour former son opinion et que, dans le cadre de son analyse, il peut retenir ou rejeter tout témoignage, qu'il soit scientifique ou ordinaire, et doit déterminer l'importance relative des preuves qu'il retient pour dégager sa conclusion. Il n'y a donc aucune preuve qui soit, par définition, prioritaire ou qui doit être privilégiée.

---

<sup>61</sup> *Malo c. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 2003 QCTP 132.

<sup>62</sup> Jean-Claude Royer, « La preuve civile », 3<sup>e</sup> édition, Cowansville, Yvon Blais, 2003, page 313.

<sup>63</sup> *Charpentier c. Compagnie d'assurances Standard Life*, 2001 CanLII 14578 (QC CA), R.E.J.B. 2001-25043 (C.A.).

[118] Selon les principes applicables à la preuve d'expert résumés précédemment, le Conseil rappelle que la crédibilité d'un expert ou du rapport de celui-ci relève de sa compétence.

[119] Ces principes découlent également de l'enseignement de la Cour d'appel dans *Lirette*<sup>64</sup> qui les résume en ces termes:

[9] Rappelons que l'évaluation de la qualité et du poids des témoignages d'experts relève de la discrétion du juge de première instance, lequel est maître de sa preuve et n'est pas, en définitive, lié par les témoignages des experts, ce qui est d'autant plus vrai lorsque cette preuve est contradictoire. La position privilégiée du juge des faits ne s'étend pas seulement aux témoignages des témoins ordinaires, mais aussi à ceux des témoins experts. [...]

[120] Suivant les enseignements du Tribunal des professions dans les affaires *Gonshor*<sup>65</sup>, *Dupéré-Vanier*<sup>66</sup> et *Jodoin*<sup>67</sup>, le Conseil examine la preuve d'expertise de la plaignante considérant qu'il est notamment reproché à l'intimé d'avoir agi contrairement aux principes scientifiques applicables ou aux normes en vigueur dans l'exercice de la profession de médecin.

[121] En absence de règles codifiées concernant la norme applicable, l'élaboration d'une norme scientifique doit nécessairement être basée sur la littérature, les recherches et autres considérations de même nature, reconnues au Québec au moment de l'infraction reprochée au professionnel. Ainsi, une opinion quant à la pratique habituelle, par exemple, n'est pas suffisante.

---

<sup>64</sup> *Service d'excavation Jacques Lirette inc. c. Economical, compagnie d'assurances*, 2014 QCCA 2139, paragr. 9.

<sup>65</sup> *Gonshor c. Morin, ès qualités (dentiste)*, supra, note 58.

<sup>66</sup> *Dupéré-Vanier c. Camirand-Duff*, supra, note 57.

<sup>67</sup> *Jodoin c. Psychologues (Ordre professionnel des)*, 2017 QCTP 35.

[122] Dans l'affaire *Gibeau*, le Tribunal des professions énonce ce qui suit<sup>68</sup>:

[65] Une norme professionnelle doit être prouvée par un expert qui doit faire la démonstration des données scientifiques actuelles et reconnues par l'ensemble de la communauté professionnelle. Pour qu'une norme s'applique à l'ensemble des professionnels, elle doit faire consensus au sein de la profession. Cette exigence permet d'éviter la subjectivité et elle assure la cohérence des normes à respecter et la stabilité du droit.

[66] Le témoignage et les rapports de l'expert de l'appelante n'ayant pas été retenus par le Conseil, l'analyse du reste de la preuve par le Conseil ne permet pas de conclure au non-respect des normes professionnelles de la part des intimés.

[67] L'expert des intimés a témoigné sur les reproches soulevés par l'appelante. Selon lui, il n'y a pas eu de manquement à ces normes professionnelles ou s'il y en a eu, ils sont tellement mineurs que même l'expert de l'appelante n'avait pas formulé, dans un premier temps, de reproches à leur égard.

[68] Après avoir analysé la preuve de l'expert des intimés, le Conseil conclut qu'il n'y a pas de preuve établissant un manquement à une norme professionnelle de la part des intimés.

[69] Dans sa décision, le Conseil écrit :

[101] Dans le présent dossier, chaque partie a déposé au Conseil sa propre expertise; chacune de ces expertises arrive à des conclusions différentes; évidemment, l'expertise déposée par la plaignante conclut à la culpabilité des intimés et celle des intimés à leur innocence; il reste maintenant au Conseil non pas seulement de choisir entre les deux raisonnements, mais à les évaluer quant à leur force probante, leur admissibilité n'étant pas mise en cause; ce processus mènera soit à la culpabilité des intimés, soit à leur acquittement.

[Soulignements ajoutés – références omises]

### **Analyse de la preuve présentée**

[123] Le Conseil procède maintenant à l'analyse de la preuve relativement aux cinq chefs contenus dans la plainte portée contre l'intimé.

[124] Le premier chef de la plainte prend appui sur les articles 6, 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et sur l'article 59.2 du *Code des professions*.

---

<sup>68</sup> *Comptables agréés (Ordre professionnel des) c. Gibeau*, 2012 QCTP 147.

[125] Les articles 5, 47 et 56 du *Code de déontologie des médecins* et l'article 59.2 du *Code des professions* sont les dispositions de rattachement invoquées dans le cadre des chefs 2 et 4.

[126] Par ailleurs, les articles 5, 32, 42, 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et l'article 59.2 du *Code des professions* sont invoqués dans le cadre des chefs 3 et 5 de la plainte portée contre l'intimé.

[127] Les dispositions invoquées ci-dessus sont libellées ainsi :

*Code de déontologie des médecins*<sup>69</sup>

5. Le médecin doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité et loyauté.

6. Le médecin doit exercer sa profession selon des principes scientifiques.

32. Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un autre médecin, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place.

Le médecin qui signe une ordonnance collective ou visant l'ajustement d'un médicament ou de la thérapie médicamenteuse doit s'assurer qu'elle comporte des mesures visant la prise en charge ou le suivi médical, lorsque requis.

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.

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

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

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

---

<sup>69</sup> *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17.

56. Le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier, d'un accident ou d'une complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique.

*Code des professions*<sup>70</sup>

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.

[128] Le Conseil procède à l'analyse de la preuve pour chacun des chefs et doit décider de la culpabilité ou de l'acquittement de l'intimé en fonction de chacune des dispositions législatives invoquées pour chacun de ces chefs.

**Chef 1 – Omission par l'intimé d'exercer la profession selon les normes médicales actuelles en utilisant une aiguille Colorado (art. 6, 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et art. 59.2 du *Code des professions*)**

[129] Dans le cadre de ce chef, il est reproché à l'intimé le 8 juillet 2016 d'avoir omis d'exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles, en utilisant une aiguille Colorado pour faire une fenêtre au travers du muscle orbiculaire de l'œil droit et exposer la graisse orbitaire du côté nasal, sans protection adéquate de l'œil sous-jacent.

[130] Il appert que les articles 6, 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins* invoqués dans le cadre de ce chef font référence aux normes médicales actuelles, aux méthodes scientifiques les plus appropriées ou aux données actuelles de la science médicale.

---

<sup>70</sup> RLRQ, c. C-26.



[131] Conséquemment et suivant les enseignements du Tribunal des professions réitérés dans les affaires *Fanous*<sup>71</sup> et *De Sierra*<sup>72</sup> ainsi que la doctrine<sup>73</sup>, une expertise est nécessaire pour déterminer la responsabilité déontologique de l'intimé en regard des dispositions exigeant la présentation d'une preuve d'expertise, soit les articles 6, 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins*.

[132] Le Conseil applique donc ces principes pour déterminer la responsabilité déontologique de l'intimé.

[133] Pour le premier chef de la plainte, le Conseil retient de l'ensemble de la preuve les principaux éléments suivants.

[134] L'intimé constate à la fin de l'intervention la présence d'un film sur la cornée de l'œil droit de la patiente. Il décrit cela comme un évènement exceptionnel puisqu'il a pratiqué 1000 blépharoplasties au cours de sa carrière et qu'il n'a jamais observé auparavant la présence d'un tel film.

[135] Le même constat est fait par l'infirmière qui est une infirmière première assistante en chirurgie (IPAC), laquelle travaille depuis de nombreuses années avec l'intimé. L'IPAC assiste l'intimé lors de l'intervention et décrit que ce film est en grande

---

<sup>71</sup> *Médecins (Ordre professionnel des) c. Fanous*, 2019 QCTP 6, paragr. 15.

<sup>72</sup> *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Fernandez de Sierra*, 2019 QCTP 10, paragr.47 à 52. Voir aussi : *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bissonnette*, 2019 QCTP 51, paragr.51 à 56 et *Médecins (Ordre professionnel des) c. Aumont*, 2017 CanLII 45015 (QC CDCM), appel rejeté dans *Aumont c. Médecins (Ordre professionnel des)*, n° 700-07-000063-180, jugement du Tribunal des professions, 8 septembre 2020.

<sup>73</sup> Guy Cournoyer, *La faute déontologique : sa formulation, ses fondements et sa preuve*, vol. 416, *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire* (2016), Cowansville, Yvon Blais.

partie délogé par l'utilisation d'une solution stérile appelée BSS. L'intimé complète l'irrigation et il subsiste seulement une petite partie de ce film.

[136] Les notes consignées par l'infirmière concernant la condition de la patiente ne révèlent pas l'existence d'une douleur focalisée à l'œil droit<sup>74</sup> lorsqu'elle se trouve en salle de réveil (phase I) ainsi que dans la salle de départ (phase II).

[137] Il n'en demeure pas moins que la patiente ressent un inconfort important aux deux yeux dès sa sortie de la clinique le 8 juillet 2016 et à son arrivée à sa résidence, lequel est lié à sa difficulté à supporter notamment la lumière (photophobie) et le vent qu'elle décrit lors de l'audience.

[138] Il appert suivant le témoignage de la patiente, que le Conseil retient, que dès la fin de semaine des 9 et 10 juillet 2016, la patiente constate une nette différence dans sa récupération de sa fonction visuelle pour chacun de ses yeux et identifie un problème spécifique de vision avec œil droit<sup>75</sup>.

[139] La situation est la même lors de la consultation du 11 juillet 2016. La patiente signale une vision trouble seulement à son œil droit et qu'elle éprouve une photophobie. Par contre, selon le dossier de l'intimé, la vision trouble est décrite par la patiente relativement à ses deux yeux.

---

<sup>74</sup> Pièce I-2 (en liasse), pages 29 à 33.

<sup>75</sup> Rapport d'expertise initial de D<sup>r</sup> Zadeh, pièce I-7, page 2.

[140] L'existence d'une douleur spécifique concernant son œil droit est contestée par l'intimé qui affirme qu'une telle douleur ne lui a pas été signalée par la patiente le 11 juillet 2016.

[141] Le Conseil juge que la version de la patiente est crédible lorsqu'elle décrit les événements qui se sont produits lors de l'intervention du 8 juillet 2016 ainsi que lors des consultations des 11 et 18 juillet 2016.

[142] Elle a témoigné avec sincérité et franchise et les principaux éléments de son témoignage sont corroborés en partie par le témoignage de sa fille, notamment ceux portant sur sa condition immédiatement après la chirurgie et dans les jours suivants celle-ci que le Conseil juge également crédible.

[143] L'attention du Conseil se porte ensuite sur la conduite de l'intimé lors de l'intervention du 8 juillet 2016. Ce dernier déclare qu'il procède méthodiquement lors des interventions chirurgicales qu'il réalise, incluant les blépharoplasties. Malgré cela, l'intimé admet qu'il ne sait pas comment ce film est apparu. Il relate qu'en aucun temps, ses instruments ne touchent à la cornée de sa patiente. Il ne voit jamais la cornée puisque durant toute la durée de la chirurgie, les paupières de la patiente demeurent fermées.

[144] Selon l'intimé, la cornée n'a jamais été exposée et il ne sait pas comment ce film s'est présenté. Il n'a posé aucun geste ou fait aucune manœuvre pouvant expliquer la présence de ce film (huileux et blanchâtre) et les vérifications faites auprès du personnel se trouvant dans la salle d'opération conduisent à la même conclusion.

**Décision concernant les dispositions de rattachement nécessitant une preuve d'expertise (*Code de déontologie des médecins*, art. 6, 44 et 47)**

[145] Le Conseil examine l'existence de la norme pouvant s'appliquer lors de la blépharoplastie pratiquée par l'intimé le 8 juillet 2016 et en particulier si celle-ci prévoit que le médecin doit utiliser un protecteur cornéen.

[146] En regard de l'existence de la norme ou de la conduite à adopter lors de la blépharoplastie, le Conseil doit considérer les avis de D<sup>r</sup> Zadeh et de D<sup>r</sup> Codère qui proposent des opinions divergentes sous plusieurs aspects sur l'existence d'une norme ainsi que sur la contravention par l'intimé à cette norme.

[147] Le Conseil doit aussi évaluer la valeur probante d'informations publiées sur des sites Web ou découlant de réponses fournies par un nombre très restreint de médecins.

[148] Il faut prendre avec réserve les informations publiées sur les sites Web illustrant les opinions ou la position des médecins concernant leurs techniques opératoires.

[149] De l'avis du Conseil, ces informations ne peuvent pas avoir la même valeur que celles découlant de la littérature scientifique reconnue par les experts comme faisant autorité quant à l'établissement de normes de pratique ou de règles de l'art. Conséquemment, elles ne peuvent pas être prises en considération par le Conseil dans l'établissement de la norme applicable.

[150] Dans son rapport, l'expert de la plaignante, D<sup>r</sup> Codère se prononce sur l'existence de la norme applicable lors de l'intervention du 8 juillet 2016.

[151] D<sup>r</sup> Codère signale que l'intimé n'a pas eu recours à un protecteur cornéen lors de l'intervention de sa patiente le 8 juillet 2016, lequel est pourtant utilisé par de nombreux médecins lors de blépharoplasties.

[152] Lors de l'audience et même si cela n'est pas mentionné dans son rapport, D<sup>r</sup> Codère signale qu'il existe trois façons de protéger l'œil lors d'une blépharoplastie : le protecteur cornéen, la plaque de Jaeger et le coton-tige combiné à une utilisation prudente de l'aiguille Colorado<sup>76</sup>.

[153] Selon la littérature déposée et commentée par D<sup>r</sup> Codère et comme il en témoigne lors de l'audience, l'utilisation d'un protecteur cornéen est recommandée pour éviter toute abrasion de la cornée durant la chirurgie<sup>77</sup>. Cependant, cette littérature n'oblige pas l'utilisation d'un tel protecteur cornéen.

[154] Suivant le compte rendu opératoire et les notes consignées au dossier de la patiente, l'intimé a utilisé une aiguille Colorado pour faire une fenêtre au travers de l'orbiculaire pour exposer la graisse orbitaire. Puisque l'ouverture du septum a été faite avec un cautère sur lequel est installée une aiguille Colorado, D<sup>r</sup> Codère écrit <sup>78</sup>:

À mon avis, il est probable que la patiente a subi une pénétration partielle ou une brûlure thermique de sa cornée droite avec perte de substance du stroma antérieur. La guérison de ce déficit est la raison probable de l'augmentation de son hypermétropie et de son astigmatisme. Il est aussi possible qu'il y ait eu dommage cornéen par l'aiguille d'infiltration au début de la chirurgie, mais ceci aurait guéri sans laisser de changement de la cornée (astigmatisme et hypermétropie augmentée) et n'aurait pas entraîné une perte de la substance de la cornée (fonte cornéenne).

[Transcription textuelle, soulignements ajoutés]

---

<sup>76</sup> Témoignage de D<sup>r</sup> Codère lors de l'audience des 18 et 19 février 2020.

<sup>77</sup> Pièce P-12 (3); Katherine M. Whipple, Bobby S. Korn, Don O. Kikiwa, *supra*, note 31, pages 626, 627 et 635.

<sup>78</sup> Pièce P-12 (1), Rapport d'expertise initial, page 2.

[155] Pour l'expert de la plaignante, il y a eu pénétration de la cornée avec perte de substance. C'est une lacération ou une érosion cornéenne. D<sup>r</sup> Codère écarte la présence d'un corps étranger, car celui-ci aurait laissé des traces caractéristiques découlant des mouvements de la paupière.

[156] Selon D<sup>r</sup> Codère, une abrasion à la cornée survient habituellement lors de l'exposition de la cornée durant l'intervention ou par une blessure accidentelle à l'épithélium durant la chirurgie. Il réitère qu'une blessure à la cornée peut être évitée par l'utilisation d'un protecteur cornéen<sup>79</sup>.

[157] D<sup>r</sup> Codère pense que les malaises ressentis par la patiente, soit une sensibilité à la lumière (photophobie) ainsi que la difficulté à tolérer l'air climatisé à la suite de l'intervention du 8 juillet 2016, sont compatibles avec la présence d'une abrasion ou d'une lacération à la cornée<sup>80</sup>.

[158] L'évaluation de la douleur de 6/10 ou de 4/10 n'est pas non plus incompatible avec une telle abrasion considérant que la patiente a reçu du Fentanyl et que de l'onguent a été appliqué sur ses yeux.

[159] D<sup>r</sup> Codère estime plutôt que le moment le plus plausible où l'intimé a causé le dommage est lorsqu'il a procédé à la dissection du gras nasal<sup>81</sup>.

---

<sup>79</sup> Pièce P-12 (3): Katherine M. Whipple, Bobby S. Korn, Don O. Kikiwa, *supra*, note 31, page 635. Richard Scawn; Sri Gore; Naresh Joshi, *supra*, note 31, page 26.

<sup>80</sup> Pièce P-6 (2) ou pièce I-2 (en liasse), page 29.

<sup>81</sup> Pièce P-8 (b), page 2.

[160] S'appuyant sur les observations de D<sup>re</sup> Mabon<sup>82</sup> qui a examiné la patiente, D<sup>r</sup> Codère suggère que la présence de deux lacérations dans le cadran supérieur (2 h), découlerait de l'utilisation de l'aiguille Colorado en mode cutting et de son contact avec la cornée à deux reprises.

[161] Ainsi, l'atteinte par l'aiguille Colorado en mode cutting de la cornée est expliquée ainsi par D<sup>r</sup> Codère où il écrit dans son rapport <sup>83</sup> :

[...] je ne peux voir aucun autre évènement lors d'une intervention de blépharoplastie qui peut résulter en une lacération de la cornée avec perte de substance. Pour moi l'argumentaire de l'impossibilité ne tient pas et que l'intervention d'un tiers est par conséquent la seule possibilité restante ne tient pas la route.

[162] Selon l'expert de la plaignante, trois outils utilisés par l'intimé ont la capacité de causer un dommage à la cornée de la patiente, soit un bistouri, le cautère réglé à 4 millijoules avec une aiguille Colorado microscopique ainsi que les ciseaux utilisés servant à disséquer et à couper la graisse<sup>84</sup>.

[163] L'opinion de D<sup>r</sup> Codère invite à la prudence lorsque le médecin pose des actes près de l'œil en utilisant un protecteur cornéen pour protéger cet œil.

[164] L'expert de l'intimé, D<sup>r</sup> Zadeh diverge d'avis. En effet et s'appuyant sur la littérature, il est d'avis que les auteurs ne s'entendent pas pour établir comme une norme le recours au protecteur cornéen lors d'une blépharoplastie même si certains d'entre eux admettent du même coup qu'il est couramment utilisé<sup>85</sup>.

---

<sup>82</sup> Pièce P-8 (b), (4 pages). Voir aussi la pièce P-7 (b) ou la pièce I-3 : rapport de D<sup>r</sup> Chartrand.

<sup>83</sup> Pièce P-12 (2), page 1, 3<sup>e</sup> paragr.

<sup>84</sup> Pièce P-5. Enregistrement de la rencontre de la plaignante avec l'intimé du 10 juillet 2018.

<sup>85</sup> Pièce I-12 : Christiana A. Ogle, *supra*, note 35, pages 855, 856 et 860; Pièce I-13 : Menyoli M. Malafa, Jayne E. Coleman, R. Wayne Bowman and Rod J. Rohrich, *supra*, note 35, page 793<sup>e</sup>.

[165] Dans l'un de ces articles, on peut lire<sup>86</sup> :

There is little in the literature regarding the most appropriate way to protect the eyes during face or eye surgery, but plastic corneal protectors coated with a lubricant and inserted under the eyelids seem to be an effective and safe method. Many surgeons, however, are concerned that corneal protectors distort eyelid anatomy and therefore do not use them during blepharoplasty or facelift. At a minimum, eye lubricant should be used if the eye shield cannot be taped or protected otherwise. This simple intervention may help avoid corneal abrasion with suture or worse, globe trauma.

[Soulignements ajoutés]

[166] L'installation d'un protecteur cornéen ne devient obligatoire que si un laser est utilisé lors de l'intervention ou lors d'une blépharoplastie transconjonctivale<sup>87</sup>.

[167] Dans son rapport d'expertise complémentaire<sup>88</sup>, D<sup>r</sup> Zadeh affirme que l'utilisation par l'intimé de l'aiguille Colorado en mode cautérisation, lorsqu'il a procédé à une fenêtration dans le septum, ne pouvait causer un dommage à la cornée que si cette aiguille pénétrait la paupière, ce qui semble très peu probable.

[168] Selon D<sup>r</sup> Zadeh, le recours à un protecteur cornéen n'est pas visé par une norme, car il y a absence de consensus sur l'utilisation d'un protecteur cornéen lors d'une blépharoplastie<sup>89</sup>. Selon lui, l'utilisation de cette protection relève de la discrétion du chirurgien.

---

<sup>86</sup> Pièce I-14 : Warren A. Ellsworth, C. Bob Basu et Ronald E. Iverson, *supra*, note 35, page 12.

<sup>87</sup> Pièce I-12 : Christiana A. Ogle, James A. Godwin and Elisabeth K. Shim, *supra*, note 35, page 856.

<sup>88</sup> Pièce I-8. Rapport d'expertise de D<sup>r</sup> Zadeh du 1<sup>er</sup> juin 2019. Du consentement des parties, un extrait de celui-ci est retiré du rapport soit la partie concernant la question : Was the patient suffering from pain in the right eye in the days following the surgery? ainsi que la réponse qui est reproduite par la suite (page 2).

<sup>89</sup> Pièce I-14, page 12.



[169] Pour D<sup>r</sup> Zadeh, pratiquer une blépharoplastie sans protecteur cornéen est une technique standard et il ajoute que c'est ce qui est enseigné aux étudiants en médecine à l'Université McGill.

[170] D<sup>r</sup> Zadeh ajoute que la littérature signale certains incidents puisque l'installation ou l'exérèse du protecteur cornéen a causé dans certains cas des dommages à la cornée. Plusieurs médecins les utilisent même si certains dommages mineurs sont quelques fois causés dans les circonstances décrites ci-dessus<sup>90</sup>.

[171] D<sup>r</sup> Zadeh ne partage pas le point de vue de D<sup>r</sup> Codère que la pratique d'une blépharoplastie sans l'utilisation d'un protecteur cornée est potentiellement imprudente<sup>91</sup>. Il est important de préciser que lors de son contre-interrogatoire, D<sup>r</sup> Codère reconnaît que l'utilisation d'un protecteur cornéen lors de la blépharoplastie relève du jugement professionnel du médecin, mais qu'il n'est pas obligatoire de l'utiliser.

[172] Les autorités citées par D<sup>r</sup> Zadeh et par D<sup>r</sup> Codère doivent être examinées pour déterminer si celles-ci présentent un consensus quant à l'existence d'une norme relative à l'utilisation d'un protecteur cornéen et si elles s'avèrent toutes probantes. Le Conseil constate qu'il existe très peu de littérature si l'on fie aux articles recensés par les deux experts. En effet, ceux-ci ont soumis chacun quatre articles.

---

<sup>90</sup> Pièce I-12, Christiana A. Ogle, James A. Godwin and Elisabeth K. Shim, *supra*, note 35, pages 855 à 860. Voir aussi Pièce I-13, Menyoli M. Malafa, Jayne E. Coleman, R. Wayne Bowman and Rod J. Rohrich, *supra*, note 35, pages 790 à 790e. Voir aussi les pages 792 à 794.

<sup>91</sup> Pièce P-12 (1), page 2, 3<sup>e</sup> paragr.

[173] Le Conseil retient certains articles de littérature déposés et commentés par les experts des parties<sup>92</sup>.

[174] Selon un article de littérature cité par l'expert de l'intimé, une majorité de médecins sont favorables à l'utilisation d'un protecteur cornéen par rapport à ceux qui n'y sont pas favorables<sup>93</sup>.

[175] Ainsi, la norme n'est pas identifiée selon la littérature produite par les experts des deux parties même si les auteurs admettant que plusieurs médecins ont recours à un protecteur cornéen puisque celui-ci vise d'abord et avant tout à protéger l'œil du patient<sup>94</sup>.

[176] C'est l'avis exprimé par un auteur dans *Recognizing and Managing Complications in blepharoplasty* où on peut lire<sup>95</sup>:

Corneal abrasions usually occur from exposure of the cornea during a surgery or inadvertent injury to the epithelium during surgery. Corneal injury can be avoided by careful placement of corneal protectors with ointment into both operated and nonoperated eyes at the beginning of the case.

[177] L'expert de la plaignante, D<sup>r</sup> Codère, reconnaît que la littérature produite au soutien de son rapport d'expertise ne présente aucun consensus quant à l'utilisation d'un protecteur cornéen. Il admet du même coup qu'il existe un autre courant d'opinion à ce sujet.

---

<sup>92</sup> Pièce P-12 (3), Katherine M. Whipple, Bobby S. Korn, Don O. Kikiwa, *supra*, note 31, p. 627 et 635 et Richard Scawn; Sri Gore; Naresh Joshi, *supra*, note 31, page 1/13.

<sup>93</sup> Pièce I-12 : Christiana A. Ogle, James A. Godwin and Elisabeth K. Shim, *supra*, note 35, page 855.

<sup>94</sup> Pièce I-13 : Menyoli M. Malafa, Jayne E. Coleman, R. Wayne Bowman and Rod J. Rohrich *supra*, note 45, note 35, page 790e.

<sup>95</sup> Pièce P-12 (3): Katherine M. Whipple, Bobby S. Korn, Don O. Kikiwa *supra*, note 31, pages 626, 627 et 635.

[178] Malgré cela, la plaignante soutient que le recours aux normes les plus élevées requiert d'utiliser un protecteur cornéen lors d'une blépharoplastie. C'est une question de jugement professionnel. Il faut protéger l'œil lorsque l'on utilise une aiguille Colorado.

[179] Le Conseil ne peut retenir les conclusions de D<sup>r</sup> Codère puisque son avis ne fait pas consensus selon la littérature quant à l'existence de cette norme, comme le reconnaît d'ailleurs l'avocat de la plaignante dans ses représentations.

[180] Un médecin doit se conformer aux normes lorsque de telles normes existent.

[181] Le Conseil retient l'avis de D<sup>r</sup> Zadeh, expert de l'intimé qui s'appuie sur la littérature qui n'établit pas l'existence d'une norme quant à l'utilisation d'un protecteur cornéen lors de la blépharoplastie pratiquée par l'intimé.

[182] Ainsi, après analyse de la preuve, le Conseil décide que la plaignante n'a pas établi l'existence d'une norme quant à l'utilisation d'un protecteur cornéen lors d'une blépharoplastie par un chirurgien esthétique.

[183] Sous le chef 1 et après analyse de la preuve, le Conseil décide que la plaignante ne s'est pas déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle n'a pas présenté une preuve prépondérante de l'existence de la norme pour entraîner une déclaration de culpabilité de l'intimé pour avoir contrevenu à l'article 6 du *Code de déontologie des médecins* pour ne pas avoir exercé sa profession selon des principes scientifiques.

[184] De même et suivant la même preuve, le Conseil décide que la plaignante ne s'est déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle n'a pas présenté une preuve prépondérante de l'existence de la norme pour entraîner une déclaration de culpabilité

de l'intimé pour avoir contrevenu à l'article 44 du *Code de déontologie des médecins* en n'exerçant pas sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles.

[185] Selon la même preuve, le Conseil décide que la plaignante ne s'est pas déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle n'a pas présenté une preuve prépondérante de l'existence de la norme pour entraîner une déclaration de culpabilité de l'intimé sous l'article 47 du *Code de déontologie des médecins* pour ne pas s'être abstenu de faire des omissions, des manœuvres ou des actes intempestifs ou contraires aux données actuelles de la science médicale.

[186] Le Conseil décide d'acquitter l'intimé d'avoir contrevenu aux articles 6, 44 et 47 du *Code de déontologie des médecins*.

### **Décision concernant l'article 59.2 du *Code des professions***

[187] Par ailleurs, le premier chef de la plainte prend aussi appui sur l'article 59.2 du *Code des professions*. Selon la preuve présentée, le Conseil décide que cette disposition de rattachement ne requiert pas la présentation d'une preuve d'expertise<sup>96</sup> pour décider de la culpabilité ou de l'acquittement de l'intimé.

[188] Le Conseil rappelle qu'il a déjà été démontré que l'intimé n'a pas utilisé de protecteur cornéen lors de la blépharoplastie pratiquée le 8 juillet 2018.

---

<sup>96</sup> Ibid.

[189] Suivant la preuve administrée, le Conseil juge que la plaignante n'a pas présenté une preuve permettant de conclure que l'intervention réalisée le 8 juillet 2016 sans l'utilisation d'un protecteur cornéen constitue un acte portant atteinte à l'honneur et à la dignité de la profession.

[190] Ainsi, le Conseil décide que la plaignante ne s'est pas déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle n'a pas présenté une preuve prépondérante pour entraîner une déclaration de culpabilité de l'intimé sous l'article 59.2 du *Code des professions* pour avoir posé un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession.

[191] Le Conseil décide d'acquitter l'intimé d'avoir contrevenu à l'article 59.2 du *Code des professions*.

**Chefs 2 et 4 – Omission par l'intimé d'informer ou de divulguer à sa patiente ses constats per opératoires des 8 et 11 juillet 2016 – (Art. 5, 47 et 56 du *Code de déontologie des médecins* et art. 59.2 du *Code des professions*)**

[192] Dans le cadre de chacun de ces chefs, il est reproché à l'intimé, les 8 et 11 juillet 2016, d'avoir omis d'informer sa patiente le plus tôt possible de ses constats per-opératoires, soit la présence présumée d'un film résiduel et adhérent sur la cornée de l'œil droit.

[193] Dans le cadre des chefs 2 et 4, il appert que l'article 47 du *Code de déontologie des médecins* invoqué au soutien de ces chefs fait référence aux normes médicales actuelles, aux méthodes scientifiques les plus appropriées ou aux données actuelles de la science médicale.

[194] Conséquemment et suivant les enseignements du Tribunal des professions réitérés dans les affaires *Fanous*<sup>97</sup> et *De Sierra*<sup>98</sup> ainsi que la doctrine<sup>99</sup>, une expertise est nécessaire pour déterminer la responsabilité déontologique de l'intimé en regard de la disposition exigeant la présentation d'une telle preuve d'expertise, soit l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*.

[195] Le Conseil applique donc ces principes pour déterminer la responsabilité déontologique de l'intimé.

[196] La preuve révèle que l'IPAC qui assiste l'intimé lors de l'intervention affirme que le film présent sur la cornée de l'œil de la patiente a été éliminé en grande partie<sup>100</sup>. L'intimé relate que le corps étranger mou observé est un « vieil onguent séché ». Cela été amélioré par le processus d'irrigation<sup>101</sup>.

[197] Selon la preuve présentée devant le Conseil, il appert que dès le 8 juillet 2016, l'intimé constate la présence d'un film résiduel sur la cornée de la patiente. Il consigne à son compte rendu opératoire que la patiente sera vue par un ophtalmologiste pour faire des vérifications concernant le film<sup>102</sup>.

---

<sup>97</sup> *Médecins (Ordre professionnel des) c. Fanous*, 2019 QCTP 6, paragr. 15.

<sup>98</sup> *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Fernandez de Sierra*, 2019 QCTP 10, paragr.47 à 52. Voir aussi : *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bissonnette*, 2019 QCTP 51, paragr.51 à 56.

<sup>99</sup> Guy Cournoyer, *La faute déontologique : sa formulation, ses fondements et sa preuve*, vol. 416, *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire* (2016), Cowansville, Yvon Blais.

<sup>100</sup> Pièce I-6 et témoignage lors de l'audience du 20 février 2020.

<sup>101</sup> Pièce I-10. Myron Yanoff. Jay S. Duker, *Ophthalmology (Fifth edition), Cosmetic Blepharoplasty and Browplasty*, 2019, page 1361. L'intimé n'utilise pas de lunettes grossissantes.

<sup>102</sup> Pièce I-2 (en liasse), pages 35 et 36.

[198] Par ailleurs, l'intimé qualifie l'observation de ce film, comme un évènement rare et exceptionnel.

[199] Dans sa lettre à la plaignante, l'intimé ajoute qu'il s'agit d'un film inhabituel (unusual film)<sup>103</sup>. Selon cette même lettre, les vérifications faites par l'intimé auprès du personnel se trouvant dans la salle d'opération ne lui permettent pas de conclure en l'existence d'un accident ou d'un incident<sup>104</sup>.

[200] À la suite de son intervention, l'intimé mentionne qu'après avoir dicté son compte rendu opératoire, il se rend au chevet de la patiente qui est en salle de réveil. Aucune note de cette visite postopératoire n'est consignée au dossier par l'intimé.

[201] Considérant l'état de la patiente en salle de réveil qui est encore sous l'effet de l'anesthésie générale, l'intimé ne divulgue pas à la patiente l'existence du film découvert sur sa cornée à la suite de l'intervention. Il mentionne que cela n'est pas possible ou opportun considérant qu'elle est toujours sous l'effet de l'anesthésie générale.

[202] Ensuite et comme il ne peut pas la revoir à son départ de la clinique, aucune divulgation n'est faite à la patiente. L'intimé ne donne aucune directive au personnel infirmier de revoir la patiente et de l'aviser avant son départ de la clinique.

[203] Lors de l'appel de contrôle fait par la clinique en soirée à la patiente, cette dernière ne signale rien de particulier à l'infirmière qui la contacte<sup>105</sup>. À cette occasion,

---

<sup>103</sup> Pièce P-4, page 2.

<sup>104</sup> Ibid.

<sup>105</sup> Pièce I-2 (en liasse), page 37.

aucune information n'est transmise à la patiente concernant la présence d'un film sur la cornée de son œil droit.

[204] La patiente nie que l'intimé lui ait divulgué dès le début de la consultation du 11 juillet 2016 l'existence d'un film dans la partie supérieure droit de son œil droit comme l'affirme l'intimé<sup>106</sup>.

[205] La preuve révèle qu'aucune note n'est consignée au dossier par l'intimé pour attester de cette divulgation qui aurait été faite le 11 juillet 2016, comme l'admet lui-même l'intimé lors de sa rencontre avec la plaignante<sup>107</sup>.

[206] Dans son opinion, l'expert de la plaignante, D<sup>r</sup> Codère se prononce sur l'existence de la norme applicable et la conduite de l'intimé lors des consultations des 11 et 18 juillet 2016.

[207] De son côté, D<sup>r</sup> Zadeh reconnaît que le médecin devait divulguer à sa patiente la présence du film sur la cornée de son œil droit le plus tôt possible si celle-ci était en mesure de comprendre la divulgation.

[208] En effet, suivant ses obligations déontologiques, le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier, d'un accident ou d'une complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique. D<sup>r</sup> Zadeh est aussi d'accord qu'il faut documenter le dossier, notamment le diagnostic et toute information pertinente.

---

<sup>106</sup> Pièce P-2 (a).

<sup>107</sup> Pièce P-5. Enregistrement de la rencontre de l'intimé avec la plaignante du 10 juillet 2018.



[209] Selon la littérature, D<sup>r</sup> Zadeh est aussi d'avis qu'une lésion ou une abrasion de la cornée se traduit normalement par l'apparition d'une douleur intense<sup>108</sup>, et ce, dès que cessent les effets de l'anesthésie générale.

[210] D<sup>r</sup> Zadeh est aussi d'opinion que la conduite de l'intimé lorsqu'il découvre l'existence d'un film sur la cornée de la patiente est aussi conforme puisque sur la base de la déclaration de l'intimé, D<sup>r</sup> Zadeh mentionne que ce dernier a révélé à sa patiente dès le 11 juillet 2016 l'existence d'un film sur la cornée.

[211] Puisqu'elle ressentait encore les effets secondaires de l'anesthésie générale le 8 juillet 2016, il s'avérait inutile pour l'intimé d'expliquer et de révéler à sa patiente au moment de la voir dans la salle de réveil à la suite de l'intervention, et ce, surtout en l'absence de toute douleur spécifique d'une abrasion de la cornée.

[212] D<sup>r</sup> Zadeh maintient qu'il était normal pour l'intimé d'attendre la première visite postopératoire, soit le 11 juillet 2016, pour révéler cela à sa patiente.

[213] L'expert de la plaignante D<sup>r</sup> Codère diverge d'avis à ce sujet.

[214] Il juge que l'intimé devait sans délai informer sa patiente de l'existence du film sur la cornée. La patiente aurait dû être avisée avant de quitter la clinique à la suite de son intervention le 8 juillet 2016.

[215] Pour D<sup>r</sup> Codère, le fait que la patiente était partiellement sous l'effet de l'anesthésie générale ou des narcotiques administrés en salle de réveil, ne constitue pas

---

<sup>108</sup> Pièce I-10, page 1362; Pièce I-13 : Menyoli M. Malafa, Jayne E. Coleman, R. Wayne Bowman and Rod J. Rohrich, *supra*, note 35, page 794e.

un obstacle au devoir d'information du médecin, d'autant que la patiente était accompagnée de sa fille au moment de son départ de la clinique.

[216] Pour D<sup>r</sup> Codère, la divulgation à la première occasion de la situation à la patiente est essentielle pour maintenir de manière générale le lien de confiance devant exister entre le patient et le médecin. Il faut agir rapidement, et ce, dans l'intérêt du patient.

[217] Ensuite, le médecin peut poser tous les gestes pour assurer une prise en charge adéquate de sa patiente par les personnes compétentes.

[218] Cette divulgation doit aussi être consignée au dossier, ce qui n'a pas été fait par l'intimé<sup>109</sup>.

[219] Le Conseil rappelle les principes suivant lesquels ce qui n'est pas noté est présumé ne pas avoir été accompli<sup>110</sup>.

[220] Selon la patiente, ce n'est qu'au début de la consultation du 18 juillet 2016 que l'intimé lui divulgue ses constats per opératoires, soit la présence d'un « genre de film »<sup>111</sup> sur l'œil droit qui est très adhérent et qu'il a réussi à éliminer en partie.

[221] Le Conseil est d'avis que, si la patiente avait été avisée dès le 11 juillet 2016, elle n'aurait pas attendu la matinée du 18 juillet 2016 pour demander avec empressement un rendez-vous au cours de la même journée avec l'intimé.

---

<sup>109</sup> Pièce P-5. Enregistrement de la rencontre de l'intimé avec la plaignante.

<sup>110</sup> *Bérubé c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, 2003 CanLII 55071 (QC CA) paragr. 24; *Arès c. Venner* 1970 CanLII 5 (CSC), 1970 RCS 608; *Duguay c. Dentistes (Ordre professionnel des)*, 2019 QCTP 31; *Latulippe c. Collège des médecins du Québec*, 1998 QCTP 1687; *Médecins (Ordre professionnel des) c. Lachance*, 2013 CanLII 68651 (QC CDCM), paragr. 56 à 59.

<sup>111</sup> Pièce I-2 (en liasse), page 36.

[222] Si l'intimé a divulgué à sa patiente la présence d'un film sur la cornée de son œil droit lors de la consultation du 11 juillet 2016, il l'a fait dans des termes qui ne constituent pas une divulgation transparente et directe comme il devait le faire.

[223] Il semble que l'intimé ne se montre pas suffisamment soucieux de la condition de la patiente malgré son constat opératoire. D'ailleurs, selon le dossier, aucun rapport d'incident/accident n'a été complété<sup>112</sup>.

[224] Le Conseil juge que l'intimé avait la possibilité de garder la patiente à la clinique avant de lui donner son congé, situation qui aurait permis de divulguer la présence du film et de prendre toute mesure de suivi jugée appropriée considérant son état. L'intimé aurait pu aussi joindre personnellement la patiente par téléphone pour procéder à la divulgation.

[225] Aucune note n'a été consignée au dossier par l'intimé concernant cette divulgation qu'il aurait faite à sa patiente, 11 juillet 2016. De même, il n'a pas mentionné avoir fait cette divulgation à sa patiente lors de sa rencontre du 8 juillet 2018 avec la plaignante.

[226] Le Conseil décide de retenir les versions de la patiente et de sa fille concernant ce qui s'est déroulé lors des consultations des 11 et 18 juillet 2016 avec l'intimé. Elles ont témoigné avec sincérité et franchise. Leurs versions sont jugées plus crédibles que la version de l'intimé. Le Conseil doit écarter la version de l'intimé à ce sujet, celle-ci n'étant pas corroborée par des notes consignées au dossier de la patiente.

---

<sup>112</sup> Pièce I-2 (en liasse), page 20.

**Décision concernant la disposition de rattachement nécessitant une preuve d'expertise (*Code de déontologie des médecins*, art. 47)**

[227] Pour les dispositions de rattachement où une preuve d'expertise est requise, le Conseil retient l'opinion de D<sup>r</sup> Codère, expert de la plaignante, suivant laquelle la norme applicable dans un tel cas est de divulguer sans délai cette information importante à sa patiente.

[228] La preuve d'expertise présentée par la plaignante et retenue par le Conseil démontre l'existence de la norme, d'un écart de la conduite de l'intimé et que cet écart entre la norme et le comportement fautif est suffisamment grand pour entraîner une déclaration de culpabilité.

[229] Ce choix est fait suivant les enseignements de la Cour d'appel dans l'affaire *Service d'excavation Jacques Lirette inc. c. Economical, compagnie d'assurances*, déjà résumés précédemment<sup>113</sup>.

[230] Conséquemment et suivant cette même preuve, le Conseil décide que la plaignante s'est déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle a présenté une preuve prépondérante de l'existence de la norme, d'un écart de la conduite de l'intimé et que cet écart entre la norme et le comportement fautif est suffisamment grand pour entraîner une déclaration de culpabilité de l'intimé pour avoir contrevenu à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins* lorsqu'il ne s'est pas abstenu de faire des omissions, des

---

<sup>113</sup> *Service d'excavation Jacques Lirette inc. c. Economical, compagnie d'assurances*, supra, note 64, paragr. 9. Voir aussi : *Stante c. Simard*, 2013 QCCA 2074.

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

[231] Conséquemment, le Conseil déclare l'intimé coupable d'avoir contrevenu à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*.

**Décision concernant les dispositions de rattachement ne nécessitant pas une preuve d'expertise (*Code de déontologie des médecins*, art. 5 et 56 *Code des professions*, art. 59.2)**

[232] En vertu des articles 5 et 56 du *Code de déontologie des médecins* invoqués dans le cadre des chefs 2 et 4, le Conseil estime qu'une preuve d'expertise n'est pas nécessaire pour déterminer si l'intimé a contrevenu à ces dispositions en ne divulguant pas à sa patiente « sa trouvaille » postopératoire. Dans son protocole opératoire, la situation demeure inexplicquée et à ce moment, il n'évoque pas que le film soit « un vieil onguent séché »<sup>114</sup>.

[233] Par ailleurs, les chefs 2 et 4 de la plainte prennent aussi appui sur l'article 59.2 du *Code des professions*. Selon la preuve présentée, le Conseil décide que cette disposition de rattachement ne requiert pas la présentation d'une preuve d'expertise pour décider de la culpabilité ou de l'acquittement de l'intimé<sup>115</sup>.

[234] Le Conseil estime que la présence d'un film sur la cornée de l'œil droit de sa patiente lui permet de conclure qu'il est en présence d'un accident ou d'une complication

---

<sup>114</sup> Pièce P-6 (2), page 31.

<sup>115</sup> Ibid.

susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique<sup>116</sup>.

[235] Conformément à la décision rendue dans l'affaire *Poirier*<sup>117</sup>, l'intimé n'a pas rempli son devoir de divulgation et, de ce fait, il a manqué de transparence à l'endroit de sa patiente.

[236] Le Conseil décide que la présence d'un film jugé exceptionnel ou rare selon l'intimé qui a pratiqué plus de 1 000 blépharoplasties durant sa carrière de plus de 30 ans, peut être qualifiée d'accident ou de complication, d'autant que cette situation a entraîné des conséquences sur la condition ou la santé de la patiente.

[237] Nonobstant les conséquences réelles ou potentielles, la situation devait être divulguée à la patiente, et ce, le plus tôt possible comme cela est prévu par l'article 56 du *Code de déontologie des médecins*.

[238] Sous chacun des chefs 2 et 4, le Conseil retient la preuve administrée lors de l'audience par la plaignante.

[239] Après analyse de cette preuve, le Conseil décide que la plaignante s'est déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle a présenté une preuve prépondérante du manquement commis par l'intimé pour entraîner une déclaration de culpabilité de celui-ci pour avoir contrevenu à l'article 5 du *Code de déontologie des médecins*.

---

<sup>116</sup> Site Web de l'Association canadienne de protection médicale,

<sup>117</sup> *Médecins (Ordre professionnel des) c. Poirier*, supra, note 40, paragr. 84, 105, 106, 112, 113, 122, 124 et 125.

[240] Suivant la preuve présentée devant le Conseil, ce dernier déclare l'intimé coupable d'avoir contrevenu à l'article 56 du *Code de déontologie des médecins* pour avoir omis d'informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier, d'un accident ou d'une complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique.

[241] Selon la même preuve, le Conseil décide que la plaignante s'est déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle a présenté une preuve prépondérante que l'omission par le plaignant d'informer, le plus tôt possible, sa patiente de l'incident ou de l'accident survenu lors de l'intervention chirurgicale du 8 juillet 2016 constitue une infraction à l'article 59.2 du *Code des professions* pour avoir commis un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession.

[242] Sous chacun des chefs 2 et 4, l'intimé est donc déclaré coupable d'avoir contrevenu aux articles 5, 47 et 56 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

[243] Sous chacun de ces mêmes chefs 2 et 4, la plaignante demande au Conseil de retenir comme disposition de rattachement l'article 56 du *Code de déontologie des médecins*.

[244] En vertu de la règle interdisant les condamnations multiples<sup>118</sup> et sous chacun des chefs 2 et 4, le Conseil ordonne la suspension conditionnelle des procédures quant

---

<sup>118</sup> *Kienapple c. R.*, [1975] 1 R.C.S. 729; *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Vallières*, 2018 QCTP 121; *Charest c. R.*, 2019 QCCA 1401.

aux renvois aux articles 5 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

**Chefs 3 et 5 – Omission d'assurer le suivi médical requis par l'état de sa patiente (Art. 5, 32, 32, 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et art. 59.2 du *Code des professions*)**

[245] Selon les chefs 3 et 5 de la plainte, il est reproché à l'intimé d'avoir omis d'assurer le suivi médical requis par l'état de sa patiente, en évaluant de manière inadéquate la cornée de l'œil droit de cette patiente et en négligeant d'organiser un suivi rapproché avec un médecin ayant les compétences requises et les instruments adéquats.

[246] Les dispositions invoquées dans le cadre de ces chefs sont les articles 5, 32, 42, 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et sur l'article 59.2 du *Code des professions*.

[247] Conséquemment et suivant les enseignements du Tribunal des professions réitérés dans les affaires *Fanous*<sup>119</sup> et *De Sierra*<sup>120</sup> ainsi que la doctrine<sup>121</sup>, une expertise est nécessaire pour déterminer la responsabilité déontologique de l'intimé en regard des dispositions exigeant la présentation d'une telle preuve d'expertise, soit les articles 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins*.

---

<sup>119</sup> *Médecins (Ordre professionnel des) c. Fanous*, 2019 QCTP 6, paragr. 15.

<sup>120</sup> *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Fernandez de Sierra*, 2019 QCTP 10, paragr.47 à 52. Voir aussi : *Médecins (Ordre professionnel des) c. Bissonnette*, 2019 QCTP 51, paragr.51 à 56.

<sup>121</sup> Guy Cournoyer, *La faute déontologique : sa formulation, ses fondements et sa preuve*, vol. 416, *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire* (2016), *supra*, note 73.



[248] Le Conseil applique donc ces principes pour déterminer la responsabilité déontologique de l'intimé.

**Décision concernant les dispositions de rattachement nécessitant une preuve d'expertise (*Code de déontologie des médecins*, art. 44, 46 et 47)**

[249] Le Conseil décide d'abord de la responsabilité déontologique de l'intimé en vertu des articles 44, 46, 47 du *Code de déontologie des médecins* où une preuve d'expertise est requise pour statuer sur la responsabilité de l'intimé.

[250] Selon la preuve présentée devant le Conseil, il appert que dès le 8 juillet 2016, l'intimé constate la présence d'un film sur la cornée de la patiente<sup>122</sup>. Il consigne à son compte rendu opératoire que la patiente sera vue par un ophtalmologiste pour faire des vérifications concernant le film observé sur sa cornée<sup>123</sup>.

[251] Comme cela a déjà été résumé dans la présente décision, la position de la patiente et de l'intimé diverge quant au moment où l'intimé lui révèle la présence du film sur la cornée de son œil droit. Selon la patiente, cette divulgation n'a eu lieu que le 18 juillet 2016 alors que l'intimé relate qu'il procède à cette divulgation à la patiente au début de la consultation du 11 juillet 2016.

[252] Pour les fins de l'analyse de la preuve des chefs 3 et 5, le Conseil ne reprend pas intégralement ses conclusions relatives aux chefs 2 et 4 concernant la divulgation

---

<sup>122</sup> Pièce I-2 (en liasse), page 36.

<sup>123</sup> Ibid.

de l'incident par l'intimé à sa patiente où il retient et juge crédible la version de la patiente et écarte celle de l'intimé.

[253] Ainsi, les mêmes conclusions que les chefs 2 et 4 quant au moment où la divulgation a été faite à la patiente s'appliquent pour les chefs 3 et 5.

[254] Dans le cadre des chefs 3 et 5 et sous un premier aspect, il est reproché à l'intimé, les 8 et 11 juillet 2016, d'avoir omis d'assurer le suivi médical requis par l'état de sa patiente, en évaluant de manière inadéquate la cornée de l'œil droit de cette patiente.

[255] Sous un deuxième aspect, il est reproché à l'intimé d'avoir négligé d'organiser un suivi rapproché avec un médecin ayant les compétences requises et les instruments adéquats. À cette fin, il devait référer sa patiente à un ophtalmologiste comme il l'a pourtant inscrit dans son protocole opératoire rédigé le 8 juillet 2016<sup>124</sup>.

[256] Selon la preuve, au terme de cette consultation du 11 juillet 2016, l'intimé ne juge pas nécessaire de référer la patiente à un ophtalmologiste considérant l'absence de douleurs spécifiques à l'œil droit et que le film constaté sur la cornée de son œil droit le 8 juillet 2016 semble avoir disparu.

[257] En regard des chefs 3 et 5, l'expert de la plaignante D<sup>r</sup> Codère relate qu'un problème cornéen est sérieux et que le médecin doit procéder impérativement à un examen avec des instruments adéquats<sup>125</sup>.

---

<sup>124</sup> Pièce P-6.

<sup>125</sup> Pièces P-12 (1) et P-12 (2).

[258] D<sup>r</sup> Codère explique que la douleur présentée par la patiente n'est pas atypique contrairement à ce que l'intimé affirme. D<sup>r</sup> Codère précise qu'une lésion profonde de la cornée située en périphérie peut être moins douloureuse qu'une lésion plus superficielle située au centre de celle-ci. De plus, la présence de l'onguent et l'administration de deux doses de Fentanyl peuvent altérer l'évaluation de douleur.

[259] Le 11 juillet 2016, l'examen réalisé par l'intimé est pour le moins sommaire, car il a été fait à l'œil nu pendant quelques secondes, et ce, avec une lampe de poche. Pourtant, l'intimé connaissait les instruments appropriés pour procéder à cet examen puisqu'il avait déjà travaillé à l'urgence et avait traité environ 100 cas d'abrasion cornéenne. La preuve administrée démontre qu'il ne possède pas ces instruments, notamment une lampe à fente et n'a pas de fluorescéine.

[260] L'examen à l'œil nu ou avec des verres grossissants chirurgicaux est insuffisant comme c'est d'ailleurs spécifiquement reproché à l'intimé dans le cadre des chefs 3 et 5.

[261] Selon D<sup>r</sup> Codère, « un examen minutieux de la cornée nécessite une instrumentation adéquate et l'instillation de fluorescéine pour éliminer une anomalie cornéenne de ce type. Le suivi trois semaines plus tard suggère que le chirurgien ne comprend pas ce qui est potentiellement survenu<sup>126</sup>. »

[262] En regard de l'obligation de référer la patiente, l'expert de l'intimé, D<sup>r</sup> Zadeh, partage le même avis que l'expert de la plaignante, D<sup>r</sup> Codère. Le médecin doit référer avec diligence une patiente atteinte d'une lacération ou d'une abrasion à la cornée<sup>127</sup>.

---

<sup>126</sup> Pièce P12 (1). Rapport d'expertise, page 2, 5<sup>e</sup> paragr.

<sup>127</sup> Pièce P-12 (3) : Katherine M. Whipple, Bobby S. Korn, Don O. Kikiwa, supra, note 31, page 635.

[263] L'intimé devait faire d'une plus grande prudence et ne devait pas hésiter à référer sa patiente considérant qu'il ne possédait pas les instruments appropriés pour faire un examen adéquat de sa cornée.

[264] L'expert de la plaignante, D<sup>r</sup> Codère, signale que le comportement de l'intimé observé en date du 8 et 11 du juillet 2016, où il n'a pas pris des mesures de suivi adéquates pour sa patiente et de la référer sans délai à un ophtalmologiste est « une violation de son obligation de prudence, de diligence, d'habileté et de compétence suffisamment grave pour entacher sa moralité ou sa probité professionnelle ».

[265] En d'autres mots, selon D<sup>r</sup> Codère, l'intimé n'a pas été en mesure, de façon diligente, de reconnaître la situation où il s'avérait nécessaire de diriger sa patiente à un autre professionnel ou une autre personne compétente alors que sa condition l'exigeait.

[266] Le Conseil décide que l'approche décrite par D<sup>r</sup> Codère représente la norme quant à la conduite médicale à adopter en pareilles circonstances. Le Conseil retient donc l'avis de D<sup>r</sup> Codère, l'expert de la plaignante, choix qui est fait suivant les enseignements de la Cour d'appel dans l'affaire *Service d'excavation Jacques Lirette inc. c. Economical, compagnie d'assurances*<sup>128</sup> dont les principes ont déjà été résumés précédemment.

[267] Selon l'approche décrite précédemment, le Conseil considère que l'omission pour l'intimé de référer sa patiente à un ophtalmologiste afin de faire confirmer son diagnostic concernant la présence d'une lésion à la cornée à l'œil droit de sa patiente ou d'assurer

---

<sup>128</sup> 2014 QCCA 2139, paragr. 9. Voir aussi : *Stante c. Simard, supra*, note 113.

un suivi adéquat de sa condition revêt le caractère de gravité exigé pour constituer une faute disciplinaire.

[268] Sous les dispositions invoquées dans le cadre des chefs 3 et 5 exigeant une preuve d'expertise, soit les articles 44, 46, 47 du *Code de déontologie des médecins*, le Conseil retient l'avis de D<sup>r</sup> Codère, expert de la plaignante.

[269] Selon la preuve analysée et l'avis de D<sup>r</sup> Codère, le Conseil conclut que l'examen fait par l'intimé tant le 8 juillet ainsi que le 11 juillet a été inadéquat et que l'intimé devait référer avec diligence et célérité sa patiente à un ophtalmologiste, ce qu'il a omis ou négligé de faire.

[270] Ainsi, cette preuve d'expertise permet de conclure que la plaignante a présenté une preuve prépondérante de l'existence de la norme, d'un écart de la conduite de l'intimé et que cet écart entre la norme et le comportement fautif est suffisamment grand pour entraîner une déclaration de culpabilité de l'intimé.

[271] Sous les chefs 3 et 5 et après une analyse de la preuve, le Conseil décide que la plaignante s'est déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle a présenté une preuve prépondérante de l'existence de la norme, d'un écart de la conduite de l'intimé et que cet écart entre la norme et le comportement fautif est suffisamment grand pour entraîner une déclaration de culpabilité de l'intimé pour avoir contrevenu à l'article 44 du *Code de déontologie des médecins* pour ne pas avoir exercé la profession selon les normes médicales les plus élevées possibles.

[272] Sous les mêmes chefs 3 et 5 et après une analyse de la preuve, incluant la preuve d'expertise retenue, le Conseil décide que la plaignante s'est déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle a présenté une preuve prépondérante de l'existence de la norme, d'un écart de la conduite de l'intimé et que cet écart entre la norme et le comportement fautif est suffisamment grand pour entraîner une déclaration de culpabilité de l'intimé pour avoir contrevenu à l'article 46 du *Code de déontologie des médecins* pour ne pas avoir élaboré 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.

[273] Sous les mêmes chefs 3 et 5 et après une analyse de la preuve, incluant la preuve d'expertise retenue, le Conseil décide que la plaignante s'est déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle a présenté une preuve prépondérante de l'existence de la norme, d'un écart de la conduite de l'intimé et que cet écart entre la norme et le comportement fautif est suffisamment grand pour entraîner une déclaration de culpabilité de l'intimé pour avoir contrevenu à l'article 47 du *Code de déontologie des médecins* en faisant des omissions et actes intempestifs ou contraires aux données actuelles de la science médicale.

**Décision concernant les dispositions de rattachement ne nécessitant pas une preuve d'expertise (*Code de déontologie des médecins*, art. 5, 32 et 42 et *Code des professions*, art. 59.2)**

[274] Le Conseil ne reprend pas ici intégralement la preuve analysée pour les dispositions de rattachement n'exigeant pas la présentation d'une preuve d'expertise.

[275] Le Conseil décide qu'une preuve d'expertise n'est pas requise sous les chefs 3 et 5 concernant les articles 5, 32 et 42 du *Code de déontologie des médecins*.

[276] Par ailleurs, les chefs 3 et 5 de la plainte prennent aussi appui sur l'article 59.2 du *Code des professions*. Selon la preuve présentée, le Conseil décide que cette disposition de rattachement ne requiert pas non plus la présentation d'une preuve d'expertise pour décider de la culpabilité ou de l'acquittement de l'intimé<sup>129</sup>.

[277] Conséquemment et suivant cette preuve déjà analysée, le Conseil juge que la plaignante s'est déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle a présenté une preuve prépondérante pour entraîner sous chacun des chefs 3 et 5 une déclaration de culpabilité de l'intimé d'avoir contrevenu à l'article 5 du *Code de déontologie des médecins* en ne s'acquittant pas de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité et loyauté.

[278] En regard de l'article 32 du *Code de déontologie des médecins* et après une analyse de la preuve et sous chacun des chefs 3 et 5, le Conseil décide que la plaignante s'est aussi déchargée de son fardeau de prouver l'omission de l'intimé d'assurer le suivi médical requis de sa patiente à la suite de son intervention.

[279] De même, le Conseil décide que la plaignante s'est aussi déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle a présenté une preuve prépondérante pour entraîner sous chacun des chefs 3 et 5 une déclaration de culpabilité de l'intimé pour avoir contrevenu à l'article 42 du *Code de déontologie des médecins* pour ne pas avoir tenu compte de

---

<sup>129</sup> Ibid.

ses capacités, moyens, limites et de diriger sa patiente vers un autre professionnel compétent.

[280] Selon la même preuve, le Conseil décide que la plaignante s'est déchargée de son fardeau de preuve et qu'elle a présenté une preuve prépondérante que l'omission par l'intimé d'assurer le suivi médical requis par l'état de sa patiente, en évaluant de manière inadéquate la cornée de l'œil droit de cette patiente ainsi qu'en omettant de la référer avec diligence à un ophtalmologiste constitue une infraction à l'article 59.2 du *Code des professions* pour avoir commis un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession.

[281] Conséquemment, le Conseil déclare l'intimé coupable d'avoir contrevenu aux articles 5, 32, 42, 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

[282] Sous chacun des chefs 3 et 5, la plaignante demande au Conseil de retenir comme disposition de rattachement l'article 42 du *Code de déontologie des médecins*.

[283] En vertu de la règle interdisant les condamnations multiples<sup>130</sup> et sous chacun des chefs 3 et 5, le Conseil ordonne la suspension conditionnelle des procédures quant aux renvois aux articles 5, 32, 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

---

<sup>130</sup> *Kienapple c. R.*, [1975] 1 R.C.S. 729. Voir aussi le jugement du Tribunal des professions : *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Vallières*, 2018 QCTP 121 ainsi que l'arrêt de la Cour d'appel : *Charest c. R.*, 2019 QCCA 1401.



**EN CONSÉQUENCE, LE CONSEIL, UNANIMEMENT :****SOUS LE CHEF 1**

[284] **ACQUITTE** sous ce chef l'intimé d'avoir contrevenu aux articles 42, 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

**SOUS LE CHEF 2**

[285] **DÉCLARE** sous ce chef l'intimé coupable d'avoir contrevenu aux articles 5, 47 et 56 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

[286] **ORDONNE** la suspension conditionnelle quant aux renvois aux articles 5 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

**SOUS LE CHEF 3**

[287] **DÉCLARE** sous ce chef l'intimé coupable d'avoir contrevenu aux articles 5, 32, 42, 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

[288] **ORDONNE** la suspension conditionnelle quant aux renvois aux articles 5, 32, 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

**SOUS LE CHEF 4**

[289] **DÉCLARE** sous ce chef l'intimé coupable d'avoir contrevenu aux articles 5, 47 et 56 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

[290] **ORDONNE** la suspension conditionnelle quant aux renvois aux articles 5 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

**SOUS LE CHEF 5**

[291] **DÉCLARE** sous ce chef l'intimé coupable d'avoir contrevenu aux articles 5, 32, 42, 44, 46 et 47 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

[292] **ORDONNE** la suspension conditionnelle quant aux renvois aux articles 5, 32, 44, 46, et 47 du *Code de déontologie des médecins* et à l'article 59.2 du *Code des professions*.

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

*Georges Ledoux*  
Original signé électroniquement

---

M<sup>e</sup> GEORGES LEDOUX  
Président

*Évelyne DesAulniers*  
Original signé électroniquement

---

D<sup>re</sup> ÉVELYNE DES AULNIERS  
Membre

*Fabienne Grou*  
Original signé électroniquement

---

D<sup>re</sup> FABIENNE GROU  
Membre

M<sup>e</sup> Anthony Battah  
M<sup>e</sup> Jannie Jacques  
Avocats de la plaignante

M<sup>e</sup> Simon Chamberland  
M<sup>e</sup> Catherine Martin (9 septembre 2019)  
M<sup>e</sup> Laurence Pellerin-Quessy (17, 18, 19, 20, 21 février et 19 juin 2020)  
Avocats de l'intimé

Dates d'audience : 9 septembre 2019 et 17, 18, 19, 20 et 21 février  
2020 et 19 juin 2020