

CONSEIL DE DISCIPLINE

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC

N° : 24-2019-01071

DATE : 9 avril 2021

LE CONSEIL :	M ^e MAURICE CLOUTIER	Président
	D ^r MARC GIROUX	Membre
	D ^{re} VANIA JIMENEZ	Membre

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

c.

D^{re} DIANA CRACIUNESCU (11614)
Intimée

DÉCISION SUR CULPABILITÉ ET SANCTION

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 142 DU *CODE DES PROFESSIONS*, LE CONSEIL DE DISCIPLINE A PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION ET DE NON-DIFFUSION DE L'IDENTITÉ DE LA PATIENTE DONT IL EST QUESTION DANS LA PLAINTÉ ET DANS LES DOCUMENTS DÉPOSÉS EN PREUVE AINSI QUE DE TOUT RENSEIGNEMENT PERMETTANT DE L'IDENTIFIER, ET CE, POUR LA PROTECTION DE SA VIE PRIVÉE ET LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL.

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 142 DU *CODE DES PROFESSIONS*, LE CONSEIL DE DISCIPLINE A PRONONCÉ UNE ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION, DE NON-PUBLICATION ET DE NON-DIFFUSION DE LA DATE DE NAISSANCE DE L'INTIMÉE, DE SON NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE PERSONNEL ET DES AUTRES NUMÉROS DE TÉLÉPHONE PERSONNEL LA CONCERNANT, DE SON ADRESSE PERSONNELLE, DE SON ADRESSE COURRIEL PERSONNELLE ET LES AUTRES RENSEIGNEMENTS DU MÊME ORDRE APPARAISSANT DANS LES DOCUMENTS DÉPOSÉS EN PREUVE, ET CE, POUR LA PROTECTION DE SA VIE PRIVÉE.

APERÇU

[1] La plaignante reproche à l'intimée de ne pas avoir éliminé la possibilité d'un événement intracrânien aigu chez une patiente sous ses soins à la salle d'urgence et d'avoir reporté au lendemain une demande de tomodensitométrie cérébrale (CT scan) alors qu'il y avait lieu de procéder sans délai.

[2] Le 8 mars 2021, la plaignante demande au Conseil l'autorisation de modifier la plainte disciplinaire, ce à quoi l'intimée ne formule aucune objection.

[3] Le même jour, le Conseil autorise la modification de la plainte comme le lui permet l'article 145 du *Code des professions*¹.

[4] L'intimée enregistre un plaidoyer de culpabilité à l'égard des deux chefs de la plainte modifiée. Considérant le plaidoyer de culpabilité de l'intimée, le Conseil la déclare coupable, comme il est plus amplement décrit au dispositif de la présente décision.

[5] Selon la plaignante, une radiation de trois mois est justifiée dans le présent cas. De plus, elle est d'avis que le Conseil doit imposer une limitation permanente d'exercice à l'urgence de tout centre hospitalier.

[6] L'intimée est d'accord avec l'imposition d'une radiation de trois mois. Toutefois, elle conteste la demande de la plaignante de lui imposer une limitation permanente d'exercice à l'urgence d'un centre hospitalier.

¹ RLRQ, c. C-26.

QUESTIONS EN LITIGE

- A) Quelles sont les sanctions justes et raisonnables à imposer à l'intimée eu égard aux circonstances du présent dossier?
- B) Le Conseil doit-il faire droit à la demande de l'intimée de limiter les déboursés à une seule journée d'audience?

PLAINTÉ MODIFIÉE

[7] Le 27 octobre 2016, alors que madame A est à la salle d'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore (l'Hôpital), l'intimée commet les actes dérogatoires suivants :

1. En omettant d'élaborer son diagnostic avec la plus grande attention lors de son évaluation de cette patiente, à son arrivée à la salle d'urgence, ne s'assurant pas d'éliminer la possibilité d'un événement intracrânien aigu chez celle-ci, contrairement à l'article 46 du Code de déontologie des médecins;
2. En prenant la décision, lors d'une réévaluation ultérieure de la patiente, de reporter au lendemain matin une demande de tomodensitométrie cérébrale, alors qu'il y avait lieu d'y procéder sans délai, contrairement à l'article 47 du Code de déontologie des médecins;
3. [retrait]

[Transcription textuelle]

CONTEXTE**i) La preuve de la plaignante**La preuve documentaire

[13] La plaignante produit une preuve documentaire². Outre son témoignage, elle fait entendre madame Sophie Guillemet, infirmière ainsi que deux médecins; les D^r André

² Pièces SP-1, SP-2, SP-4 à SP-7, SP-9 et SP-10, SP-12 à SP-15, SP-15 A) et B).

Roy interniste et Dr David Bacon. De plus, le fils de la patiente, lequel se trouve à l'Hôpital lors des événements, témoigne également à la demande de la plaignante. De son côté, l'intimée a également fourni des explications au cours de son témoignage.

[14] La preuve documentaire ainsi produite comporte un rapport d'expertise du Dr Marc Charles Parent, urgentologue³ et professeur clinique à l'Université Laval⁴. Le rapport du Dr Parent correspond au témoignage que ce dernier aurait rendu devant le Conseil.

[15] Selon le dossier mis en preuve, le 27 octobre 2016, madame A arrive à l'Hôpital à la suite d'un malaise soudain durant une fête. Elle est âgée de 80 ans.

[16] Les ambulanciers notent différents symptômes survenus à la suite d'un mouvement de la tête vers le bas : étourdissements, nausées, vomissements et céphalée⁵. Outre cette céphalée importante et des vomissements, ils notent une photophobie, des nausées et des douleurs abdominales. Lorsqu'ils arrivent à l'Hôpital, la tension artérielle est élevée, atteignant 238/97.

[17] Le triage à l'Hôpital s'effectue un peu après 19 h 12. Le formulaire d'évaluation à l'urgence fait état d'une tension artérielle de 210/112. La patiente est sur une civière. Le motif de la visite est le suivant⁶ :

HTA, étourdissement; nausée et/ou vomissement. Ce jour, s'est penché la tête rapidement vers 18 h 00. Par la suite, apparition de céphalée, nausée, pression à la nuque et photophobie. Avec hypertension. Crampes abdominales.

³ Pièce SP-14, pages 175 à 182 : *curriculum vitae*.

⁴ Pièce SP-14, pages 3 à 174 : rapport d'expertise.

⁵ Pièce SP-14, page 3.

⁶ Pièce SP-5, page 6 de 51.

[18] La patiente A étant codée P-2 (priorité 2), elle doit être vue dans les quinze minutes et l'intimée l'évalue vers 19 h 50⁷.

[19] Le formulaire « urgence et consultation externe » rédigé par l'intimée permet de constater qu'à 19 h 50, elle fait notamment état de ce qui suit: « when bent down today, nausea + headaches, presyncope, put her head down quickly now neckpain »⁸. Le plan d'intervention est le suivant : Bilan, Graval, hydratation et scan abdominal.

[20] L'expert Parent note que l'intimée a vu la patiente à l'urgence en consultation externe à 19 h 50 et qu'elle conclut à une gastro-entérite versus une sub-occlusion malgré un examen abdominal qui démontre un abdomen bénin sans rebond ni sensibilité. Il précise qu'un premier épisode de migraine à 80 ans ne constitue habituellement pas un premier diagnostic de céphalée au département d'urgence⁹.

[21] L'expert Parent note que le personnel infirmier affirme avoir demandé que soit requise une tomodensitométrie cérébrale. L'intimée aurait refusé l'examen, expliquant les céphalées par la déshydratation causée par la gastro-entérite. L'expert Parent mentionne toutefois que : « L'état de la patiente, son examen et ses signes vitaux ne corroborent pas cette conclusion¹⁰ ».

[22] L'expert Parent note également qu'à 23 h 35, l'intimée réévalue le dossier et la patiente : « Les résultats normaux des bilans sanguins et du CT scan abdominal amènent la D^{re} Craciunescu à réévaluer son diagnostic initial. Après une discussion avec le D^r Roy

⁷ Pièce SP-15 A) : minutage 14 minutes et 48 secondes.

⁸ Pièces SP-5, page 11 de 51 et SP-15 A) : minutage 16 minutes et 53 secondes.

⁹ Pièce SP-14, page 4 de 183.

¹⁰ Pièce SP-14, page 4 de 183.

(interniste à l'Hôpital), elle conclut que la patiente souffre peut-être de saignement cérébelleux ou de *vertebral arteries bleed*. Elle demande un CT scan cérébral au matin¹¹ ».

[23] L'expert Parent conclut comme suit : « Malgré une présentation initiale typique de la patiente, la docteur Craciunescu n'a pas suspecté un évènement intracrânien aigu ». Il est d'avis « qu'elle ne semble pas avoir porté attention aux différents indices de son environnement sur l'état de santé de la patiente. L'inquiétude manifestée par les membres de la famille et le personnel infirmier, combinée aux suggestions exprimées pour le recours à un CT scan cérébral, auraient dû alerter la docteur Craciunescu ». Enfin, « elle a pris une mauvaise décision d'attendre au matin pour demander l'examen radiologique cérébral¹² ».

[24] Pendant son enquête, la plaignante a obtenu la version de l'intimée. Celle-ci lui fait remarquer qu'à la suite de sa démission en juin 2018, elle a opéré un changement de carrière. Elle déclare : « Je suis rentrée en médecine d'urgence en me disant cinq ans. Je savais que j'allais passer à autre chose puis ça fait un peu plus que cinq ans¹³ ».

[25] Le 14 juin 2018, l'intimée informe ses collègues de ce qui suit¹⁴ :

I wish to inform you that I am leaving the Lakeshore as well as my Emergency Medical practice. Since 2011, this has been my main practice and I feel like have given enough. I will transition to a more peaceful, hopefully, and definitely less acute practice with a mix of locum, office and walk-in.

¹¹ Pièce SP-14, page 5 de 183.

¹² Pièce SP-14, page 11 de 183.

¹³ Pièce SP-15 A : minutage : 12 minutes et 43 secondes.

¹⁴ Pièce SP-9, page 3.

[26] Le 21 juin 2018, elle remet sa démission aux autorités de l'Hôpital¹⁵ :

After working in the emergency room for the first part of my career, since 2011, and at Lakeshore since 2013, I have decided to retire from the constant stress and pressure of the Emergency Department.

L'infirmière Sophie Guillemet

[27] Madame Sophie Guillemet est infirmière depuis 2013.

[28] Le 27 octobre 2016, elle travaille à l'urgence de l'Hôpital. Son quart de travail débute à 20 h et se termine le lendemain matin à 8 h.

[29] À son arrivée au travail, elle s'occupe de madame A dont elle se souvient encore au moment de témoigner. Cette patiente a été préalablement accueillie par une collègue infirmière laquelle lui a fait état des informations au dossier. Elle note que plus tôt dans la journée, la patiente participe à une fête où elle bouge la tête. Par la suite, elle ressent une douleur à l'arrière de la tête à un point tel qu'elle vomit.

[30] Madame Guillemet s'informe si un CT scan est demandé, mais sa collègue lui fait part qu'elle n'a reçu aucune ordonnance médicale en ce sens.

[31] Après avoir pris connaissance du dossier et discuté avec l'infirmière dont elle prend la relève, madame Guillemet va à la rencontre de madame A. Celle-ci lui explique avoir un gros mal de tête. Elle peut bouger les bras, mais ses pupilles sont photosensibles et elle éprouve de la nausée.

¹⁵ Pièce SP-9, page 2.

[32] Madame Guillemet relate que l'intimée prend en charge madame A. Elle lui explique que madame A éprouve une douleur évaluée à huit sur dix. Elle a vomi deux fois et sa pression augmente (215 mm).

[33] À son souvenir, l'intimée est allée voir la patiente entre 22 h et 23 h.

[34] Il est évident pour madame Guillemet que madame A subit un saignement au cerveau. Elle est allée voir l'intimée pour que soit effectué un Ct scan du cerveau. Son souvenir est clair. Elle relate que l'intimée lui répond que madame A a mal à la tête, car elle a vomi. Cette dernière demande un CT scan, mais au niveau de l'abdomen.

[35] Face à cette prise de position de l'intimée, madame Guillemet est chamboulée. Elle discute avec l'infirmière-chef pour obtenir un CT scan de la tête de la patiente. Elle déclare « qu'on a essayé de la " pager " (l'appeler sur sa pagette). Selon madame Guillemet, l'intimée n'est pas disponible, car elle pompe son lait.

[36] Vers la fin du quart de travail de l'intimée, madame A est transférée dans une salle de réanimation. Une collègue infirmière explique à madame Guillemet que cette patiente ne répond plus, elle n'a plus de « focus » et marmonne (mumbling).

[37] À 23 h, le quart de travail du D^r Bacon débute. Celui-ci demande un CT scan de la tête « stat », ce qui signifie « en urgence ». Le résultat montre un saignement cérébral. Madame Guillemet pleure en apprenant cette information. Elle ne comprend pas que l'intimée n'a pas demandé un CT scan de la tête en même temps que celui requis pour l'abdomen.

[38] Madame Guillemet se déclare encore ébranlée par cet événement.

[39] En contre-interrogatoire, elle mentionne que madame A est arrivée à l'Hôpital vers 19 h. Elle concède qu'elle a pu arriver à l'urgence vers 19 h 30.

[40] N'ayant pas vu d'ordonnance de l'intimée, elle tient pour acquis que celle-ci n'a pas vu madame A avant 20 h 15 et c'est à ce moment qu'une collègue de travail a montré à madame Guillemet le dossier de cette patiente. Cette collègue infirmière lui a aussi dit que l'intimée n'avait pas encore vu madame A à ce moment. Selon ce témoin, l'intimée a rédigé ses premières ordonnances pour cette patiente vers 21 h.

[41] À son souvenir, trois urgentologues, incluant l'intimée et une étudiante en médecine, sont présents pendant les événements. Un médecin est assigné au « flow care » où il évalue les patients sur une civière. Un autre est à « l'ambulatoire » et rencontre les patients dans des cubicules. Selon elle, il y a suffisamment de médecins et d'infirmières sur place pour répondre aux besoins des patients.

[42] L'information que l'intimée pompe son lait lui est donnée par une secrétaire postée à l'urgence. À ce moment, madame Guillemet tente de la joindre sur sa pagette, car l'état de madame A se détériore.

[43] Elle confirme ne plus avoir tenté de reparler à l'intimée entre 23 h et minuit 30, après ses démarches auprès de l'infirmière en chef. Elle attend que le D^r Bacon prenne la relève.

D^r André Roy

[44] Le D^r Roy est un médecin interniste rattaché à l'Hôpital depuis 2008.

[45] Le 27 octobre 2016, il est médecin de garde en médecine interne. Son quart de travail débute à 17 h et se poursuit jusqu'à environ une ou deux heures du matin.

[46] Alors qu'il est à son poste de travail, l'intimée vient lui poser des questions au sujet de madame A notamment quant à la nécessité de faire subir à cette patiente un CT scan au niveau de la tête.

[47] Le D^r Roy est informé du fait que madame A connaît des épisodes de nausées et de vomissements. Un système douloureux au niveau du cou est mentionné. Elle est connue comme étant porteuse d'arthrose. Ce qui signifie qu'elle est très hypertendue.

[48] Le D^r Roy est préoccupé par la tension artérielle élevée puisqu'un saignement cérébelleux est associé à cette condition. Il ne peut exclure la possibilité d'une section au niveau d'une artère. Il envisage alors deux diagnostics. Premièrement, un diagnostic d'hémorragie cérébelleuse, lequel est une catastrophe vasculaire. En second lieu, un diagnostic de dissection d'artère vertébrale davantage associé à des douleurs au cou.

[49] Vu ce qui précède, le D^r Roy répond à l'intimée qu'un CT scan est indiqué. À ce moment, l'intimée ne lui a pas fait état des signes vitaux.

[50] Par la suite, l'intimée lui mentionne que le problème est au niveau du cou et il est question d'arthrose à ce niveau.

[51] Le D^r Roy n'a pas senti le besoin de préciser à l'intimée que les deux diagnostics précédemment mentionnés comportent une notion d'urgence. En soi, ces diagnostics sont indicatifs d'une urgence.

[52] Il n'a pas dit à l'intimée que le CT scan pouvait attendre au lendemain matin. Celle-ci ne lui a pas proposé d'aller voir la patiente. Dans ce contexte, il n'a pas pris de notes au dossier.

[53] Lors de son contre-interrogatoire, le D^r Roy croit que l'intimée l'a consultée entre 22 h 30 et 23 h.

[54] Questionné sur le fait que le rapport d'examen « CT Abdomen-Pelvis » a été dicté à 23h23¹⁶, le Dr Roy explique que l'intimé a très bien pu être au courant des résultats de cet examen de l'abdomen avant cette date. En effet, souvent le médecin communique avec le radiologiste pour obtenir les informations préliminaires.

[55] Il explique avoir pris connaissance du dossier de madame A aux archives après avoir reçu une lettre de la plaignante au sujet des événements survenus dans la présente affaire. Il a rédigé une lettre à la plaignante après avoir consulté ce dossier¹⁷.

[56] Il a également été convoqué par le comité de discipline de l'Hôpital général du Lakeshore à titre de témoin. Toutefois, l'intimée ayant démissionné de son poste à cet hôpital, il n'a pas eu à témoigner devant cette instance.

[57] Lorsqu'il est questionné sur la possibilité pour une infirmière d'aller consulter un autre médecin que l'intimée, le D^r Roy explique qu'il ne peut pas intervenir auprès d'un patient qui est sous la responsabilité d'un autre médecin. Ce serait de l'ingérence dans le travail d'un collègue. En outre, il déclare ne pas connaître l'infirmière Sophie Guillemet.

¹⁶ Pièce SP-5, page 26 de 51.

¹⁷ Pièce SP-10.

[58] Il précise que l'intimée ne lui a pas parlé du fait que madame A a des céphalées (headaches). S'il avait eu cette information, la conduite de l'intimée à l'égard de cette patiente aurait été évidente.

[59] Il confirme qu'il est inexact de prétendre qu'il a suggéré à l'intimée d'attendre que le CT scan soit fait le lendemain matin dans le cas de madame A.

D^r David Bacon

[60] Le D^r Bacon est un omnipraticien et exerce sa profession à l'urgence de l'Hôpital, et ce, à temps plein.

[61] Le 26 octobre 2016, il débute son quart de travail de nuit. Le transfert des patients entre le quart de soir et celui de nuit s'opère vers minuit. Entre son arrivée vers 23 h et minuit 30, le médecin rattaché au quart de soir complète les dossiers et le D^r Bacon fait la tournée des nouveaux patients. C'est ainsi que vers minuit 30, il est informé par l'intimée du cas de madame A.

[62] L'intimée lui mentionne que madame A a des céphalées puis elle vomit (neckpain and vomiting).

[63] Dans le résumé des faits que le D^r Bacon a préparé à l'attention de la plaignante le 29 janvier 2019, il relate l'échange comme suit :

Lors du rapport verbal du Dre Craciunescu, elle m'a décrit le cas de Mme [A] : « This lady presented to the emergency department in the evening with a headache starting this evening, neck pain, and vomiting, wich happened after she bent her neck quickly». J'ai répondu "What did the CT show?", présumant qu'elle allait me parler des résultats d'un scan de tête fait pour éliminer un saignement intracrânien. Plutôt, elle m'a répondu « the CT of the abdomen was normal.» J'ai questionné «Why did you do a CT of the abdomen? », et j'ai reçu la réponse «To rule out gastro». Donc, j'ai posé la question «What about a CT of the head? This sound like an intracranial bleed», auquel j'ai reçu la réponse «I spoke to Dr Roy about that (Dr André Roy est un interniste), who also mentioned this could be a brain bleed, so I ordered a CT head for the morning.»

[64] Le D^r Bacon ajoute que lors de ce rapport verbal, l'intimée ne lui a pas précisé qui est à l'origine de la décision de faire passer le CT scan de la tête le lendemain matin.

[65] À la suite du transfert de cette patiente, le D^r Bacon communique avec la salle de réanimation et apprend qu'elle vient de vomir, que ses signes vitaux sont anormaux (pression artérielle : 220 mm/110) et qu'elle a eu de la morphine.

[66] Pour faire baisser la pression, il prescrit une préparation injectable de labétalol et demande un CT scan de la tête en urgence (stat) par le technologue sur place. Il prend connaissance des résultats entre 1 h et 1 h 10 du matin : saignement intracrânien.

[67] Le dossier hospitalier comporte la note suivante du D^r Bacon¹⁸ :

01⁰⁰ Sing over received D^r Craciunescu
 Pt w(ith) sudden onset W(headaches) + neck pain
 ~ (approx) 18⁰⁰ (hours) w/o (without trauma)
 CT Head Ø (not) done ...
 CT abdo nil acute
 Pt re..d (illisible)
 B P Blood pressure elevated therefore call to bedside +++ somnolent
 GLS (Glasgow) : E(ye) : 3 V(erbal) : 5 M(otor) : 6

¹⁸ Pièce SP-5, page 14 de 51.

Pupils 2 mm sluggish Ø nukal rigidity B(lood) P(ressure) : 220/~110
π (period) (pouls) 95
A(ssessment) : R/O (rule out) (illisible)
P(lan) : STAT (en urgence) CT head

[68] Le dossier hospitalier indique aussi que le D^r Bacon a annulé une prescription de labétalol de 10 mg par minute. Il précise n'avoir jamais constaté une telle posologie. Celle-ci est remplacée par une posologie de 10 mg par 10 minutes et il ordonne un CT scan de la tête et du cou en urgence¹⁹.

[69] Le D^r Bacon communique avec le fils de la patiente afin de discuter du niveau de soin à offrir à celle-ci. À la suite de cette discussion, le D^r Bacon met en place une équipe de réanimation et organise en urgence un transfert de la patiente à l'Institut de neurologie de Montréal. Ceci implique que la patiente doit être intubée et la présence d'un inhalothérapeute. La priorité est maximale.

[70] Lors de son contre-interrogatoire, le D^r Bacon mentionne qu'il ne peut pas confirmer l'heure exacte où le transfert de la patiente A s'est effectué.

[71] Par ailleurs, il explique qu'il est complètement inapproprié pour un médecin d'intervenir auprès d'un patient déjà pris en charge par un autre médecin. Notamment, il y a un risque d'avoir des ordonnances contradictoires.

¹⁹ Pièce SP-5, page 36 de 51.

[72] Il relate avoir demandé un CT scan vers 1 h 10 du matin. Lorsque l'image est effectuée, celle-ci apparaît à l'écran au poste de travail. Elle est ainsi disponible avant la transmission des résultats préliminaires par le technologue. L'intubation débute, entre 1 h 20 et 1 h 35, après qu'il obtient cette information.

[73] Il confirme avoir rencontré la plaignante pendant son enquête et avoir consulté le dossier de la patiente A aux archives.

[74] Au dossier, il remarque que l'intimée a inscrit avoir demandé une consultation en médecine. Toutefois, celle-ci n'a pas inscrit l'heure de consultation comme le prévoit le formulaire²⁰. Le D^r Bacon explique que dans le contexte d'une intervention en salle d'urgence, cette information est importante.

Le fils de madame A

[75] Il explique être demeuré au chevet de sa mère toute la soirée contrairement à ce que madame Guillemet croit, et ce, jusqu'au moment où un CT scan est demandé.

[76] Lorsqu'il est arrivé à l'Hôpital, il a demandé si sa mère pouvait avoir une lésion au cerveau (brain damage). Or, il a été informé que le diagnostic concernait des problèmes d'estomac.

[77] Il relate avoir appelé souvent cette infirmière et l'avoir vue quatre à cinq fois en raison des souffrances et des douleurs de sa mère. Cette dernière lui est apparue perturbée.

²⁰ Pièce SP-5, page 17 de 51.

[78] Or, pendant cette période, il n'a pas vu l'intimée avec sa mère, la patiente A. Il explique avoir demandé qu'un médecin voit sa mère.

[79] Il aurait pu expliquer au médecin que sa mère n'avait pas de problème au niveau de l'estomac. D'ailleurs, son état s'est dégradé soudainement. Il ne comprend pas le lien qui pouvait être fait avec un problème d'estomac.

[80] De plus, alors qu'elle est alitée, sa mère est lucide, mais en douleur. Elle pose un geste pour montrer que la douleur émane de l'arrière de sa tête.

[81] Il demande plusieurs fois au personnel de s'occuper de sa mère.

[82] Vers deux heures du matin, le D^r Bacon discute avec lui.

[83] Il explique avoir vu sa mère mourir. Il est difficile pour lui de confronter cette réalité. À titre d'exemple, il lui a fallu deux années pour expliquer à sa fille ce qui s'est passé.

[84] Il a fait confiance au système. Maintenant, il va en Ontario pour obtenir des soins. Il reconnaît avoir dit à son entourage de ne pas aller à l'Hôpital général du Lakeshore.

[85] Après les funérailles de sa mère, il a cherché à comprendre les événements. Par la suite, il a transmis une demande d'enquête au Collège des médecins²¹.

[86] En contre-interrogatoire, il réitère avoir parlé à plusieurs reprises à l'infirmière Guillemet qui lui a mentionné « doctor gonna come ». Celle-ci est venue le voir à chaque fois qu'il l'appelait. Il ne sait pas à ce moment qui est le médecin.

²¹ Pièce SP-2.

[87] Il se rappelle qu'une grande quantité de morphine est administrée à sa mère alors qu'elle est alitée. Vers 10 h 30, il évoque un épisode de vomissement. On administre encore de la morphine à sa mère. Il a moins d'interaction avec elle. Elle est droguée. Vers minuit, elle est transférée. Sa mère ne peut plus parler, elle marmonne.

[88] Lorsqu'il apprend que l'intimée démissionne de l'Hôpital, il est fâché, car il a l'impression que l'affaire se termine ainsi. Il n'est pas informé à ce moment que le conseil de discipline de l'Hôpital n'entendra pas l'affaire. Il ne sait pas à quel endroit l'intimée a choisi d'exercer la médecine. Craignant que l'information ne circule pas entre le CIUSSS et le Collège des médecins, il écrit une lettre à la plaignante pour la tenir au courant²².

ii) La preuve de l'intimée

L'intimée

[89] Des études à l'Université de Montréal ont permis à l'intimée de graduer en médecine en 2009. Deux ans plus tard, elle termine une résidence à l'Université McGill en médecine familiale.

[90] En 2011, elle débute une pratique en urgence à Sorel puis continue dans le même domaine, un an et demi plus tard, à l'hôpital de Valleyfield.

[91] En 2013, elle exerce à l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore.

²² Pièce SP-7.

[92] En outre, pendant toutes ces périodes et jusqu'à son second congé de maternité lequel a débuté en septembre 2018, elle fait du dépannage dans le nord du Québec, à raison de quatre à six semaines par année.

[93] Son premier congé de maternité s'est terminé le 30 septembre 2016.

[94] Relativement aux événements survenus le 26 octobre 2016, l'intimée reconnaît que « ça s'est mal déroulé » et qu'elle aurait dû poser d'autres gestes.

[95] Elle n'avait pas l'histoire de famille de la patiente A ni le contexte des événements. Elle n'a pas « compris la patiente ».

[96] Elle aurait dû faire autrement et prendre plus de temps avec la patiente.

[97] L'intimée considère que la pratique de la profession en urgence est de plus en plus lourde.

[98] Elle mentionne avoir accumulé de la fatigue, notamment en lien avec sa seconde grossesse. Elle invoque des coupures dans le personnel de support.

[99] En juin 2018, elle affirme ne pas avoir quitté l'Hôpital en raison de la plainte formulée contre elle à cet endroit. Elle est alors au fait de cette plainte, mais non pas qu'il doit y avoir une audition.

[100] Elle fait du dépannage dans le Nord du Québec en juillet et août 2018. Puis, elle exerce dans une clinique sans rendez-vous dans l'Ouest de l'Île de Montréal. En septembre 2018, elle débute son second congé de maternité lequel a duré une année.

[101] L'intimée a réorienté sa carrière.

[102] En septembre 2019, elle avise le Collège des médecins qu'elle exerce comme médecin de cabinet.

[103] À compter de septembre 2019, elle travaille dans une autre clinique médicale à raison de trois jours par semaine où elle voit environ 130 patients²³. Ceux-ci la consultent pour diverses conditions telles l'hypertension, l'anxiété, la dépression, les tests Pap et des bilans. Elle dit aimer ce type de pratique.

[104] Elle suit des formations en lien avec son nouveau domaine d'exercice afin de maintenir ses compétences.

[105] Le 13 octobre 2020, le Comité de développement professionnel continu et de remédiation reconnaît le stage de perfectionnement d'une durée de trois mois qu'elle a suivi en médecine de famille ambulatoire²⁴.

[106] Afin de se garder à jour, elle obtient des crédits de formation continue, dont plusieurs reconnus par des organismes reconnus comme les universités²⁵. Elle fait état d'une formation en urgence neurocrânienne.

[107] Quels sont ses plans pour le futur? L'intimée compte continuer sa pratique en médecine familiale pendant un minimum de deux années au même endroit. Elle a fait une demande pour obtenir un permis de pratique en Ontario au cas où elle devrait y déménager pour des raisons familiales.

²³ Pièce SP-15 A) : minutage : 9 minutes 26 secondes : depuis juillet 2018.

²⁴ Pièce SI-3.

²⁵ Pièces SI-1 et SI-2

[108] Elle a aimé sa pratique en médecine d'urgence qui a duré sept années. Toutefois, elle ne compte pas y retourner.

[109] Lors de son contre-interrogatoire, l'intimée explique qu'elle n'exclut pas totalement un retour en médecine d'urgence dans un horizon de quinze ans. Elle est au fait que dans un tel cas, elle devrait faire une demande au Collège des médecins et ce dernier pourrait faire des recommandations, car il s'agit d'un domaine où les connaissances doivent être très à jour.

[110] L'intimée déclare ne pas pouvoir prévoir l'avenir et souhaite avoir cette option dans un futur lointain. Bien qu'invitée par la plaignante à le faire, elle ne veut pas prendre un engagement de ne pas pratiquer en médecine d'urgence pour les quinze prochaines années. Elle juge qu'elle doit prendre seule cette décision avec ses proches.

iii) Position de la plaignante

[111] La plaignante juge nécessaire l'imposition d'une limitation permanente dans le domaine de l'urgence et module la durée de la période de radiation de trois mois en fonction de l'imposition d'une telle limitation.

[112] L'exercice de la médecine d'urgence en milieu hospitalier est exigeant en raison des risques pour la vie des patients. Ceux-ci sont potentiellement porteurs de conditions mortelles.

[113] La particularité de cette affaire réside dans le fait que l'intimée n'a pas oublié de faire certains examens. Elle a plutôt décidé de ne pas les faire. Malgré l'intervention d'une infirmière et la consultation auprès d'un médecin, elle a décidé de ne pas agir de manière prudente. Il s'agit d'un comportement téméraire face à la santé d'autrui.

[114] Il est incompréhensible que l'intimée ait décidé de reporter au lendemain matin un examen de la tête de la patiente alors qu'elle aurait dû soupçonner un saignement intracrânien.

[115] L'intimée a manqué de jugement. Pire, elle ne se remet pas en question. Conséquemment, le risque de récurrence est élevé puisqu'il ne s'agit pas d'un manque de compétence qui se corrige avec un stage.

[116] Le contexte doit aussi être pris en compte :

- Le D^r Roy affirme qu'au moment des événements, l'urgence de l'Hôpital n'est pas plus achalandée que d'habitude. L'expert Parent écrit que le cas de madame A n'est pas atypique.
- L'intimée ignore les suggestions du personnel infirmier de procéder à un CT scan de la tête alors qu'elle demande un tel examen pour l'abdomen. Rien n'empêche que ces deux examens se fassent à la même occasion.
- Malgré les conseils du D^r Roy qui lui confirme la nécessité d'un CT scan cérébral, elle reporte au matin cet examen. Or, l'intimée n'écarte pas le saignement intracrânien et elle maintient son attitude.

[117] L'intimée a maintenu une vision tunnel. Elle s'est fermée à l'idée de faire un examen pour vérifier ce diagnostic capital pour la vie de la patiente. La plaignante qualifie d'insoutenable la gravité du geste.

[118] L'intimée tente d'imputer au D^r Roy un conseil qu'il n'a pas donné, soit d'attendre au lendemain pour effectuer le CT scan de la tête.

[119] À l'audition, elle cherche à reprocher à l'infirmière Guillemet de ne pas avoir consulté un autre médecin alors que madame A est sous sa responsabilité. Elle suggère que le D^r Bacon aurait pu traiter madame A avant que cette patiente ne lui soit transférée.

[120] Cette tendance à blâmer les autres est inquiétante.

[121] Un tel manque de jugement face à autant de drapeaux rouges amène la plaignante à considérer que le risque de récurrence est présent.

[122] L'intimée comprend qu'elle ne doit pas exercer la médecine à l'urgence d'un centre hospitalier. Elle réoriente sa pratique en invoquant plusieurs motifs, dont le stress constant.

[123] À la lumière de la preuve, l'intimée ne doit plus revenir à une telle pratique de la médecine.

[124] La confiance du public est ébranlée. À titre d'exemple, le fils de la patiente se fait soigner en Ontario. La confiance des collègues l'a été aussi. Lors de son témoignage, le D^r Bacon explique que cet événement constitue son « 11 septembre 2001 ». Le D^r Roy a été mêlé à cette tourmente malgré lui. L'infirmière Guillemet est encore ébranlée.

[125] L'intimée déclare contempler l'idée d'exercer la médecine en Ontario. En décidant d'aller dans une autre province, à défaut de se voir imposer une limitation permanente, elle peut recommencer l'exercice de la médecine d'urgence en hôpital dans cette province et échapper à la surveillance du Collège des médecins. Or, elle a déjà évité la discipline de l'Hôpital général du Lakeshore en démissionnant. La plaignante précise qu'une limitation d'exercice apparaît au tableau de l'Ordre. De cette façon, les autorités des autres provinces sont informées.

[126] Après la période de radiation de trois mois, le public ne sera plus protégé. Or, la preuve démontre la pauvreté du jugement de l'intimée dans les cas plus complexes.

[127] Il ne revient pas à l'intimée de décider si une limitation permanente doit être imposée par le Conseil. Si celle-ci est imposée, un processus est prévu à l'article 161 du *Code des professions*²⁶. Dans la mesure où l'intimée est sérieuse dans le souhait qu'elle manifeste de se ménager la possibilité d'un retour en médecine d'urgence dans plusieurs années, ce processus montre que la limitation permanente n'est pas une peine capitale. Un mécanisme est prévu pour assurer que d'autres cas comme celui visé par la présente plainte ne se représentent plus.

[128] La protection du public doit l'emporter sur les choix personnels de l'intimée. Une sanction prévoyant la limitation permanente demandée a un but pédagogique pour les pairs. Elle est de nature à dissuader un semblable comportement.

²⁶ RLRQ, c. C-26.

[129] La plaignante souligne que la période de radiation qu'il suggère va de pair avec la limitation permanente qui devrait être imposée. À défaut, la période de radiation demandée aurait été plus longue. Les autorités font état d'une période de huit ou neuf mois. La période de trois mois est, de ce fait, calibrée en tenant compte du principe de la globalité des sanctions. À ce titre, la limitation dans un domaine d'exercice est moins lourde à porter qu'une période de radiation plus longue.

[130] La plaignante a tenu compte de l'absence d'antécédents disciplinaires et du plaidoyer de culpabilité de l'intimée.

[131] En réplique, la plaignante constate que l'intimée se comporte en victime et fait le procès de tout le monde : l'Hôpital, ses collègues et l'infirmière. Elle sous-entend que la limitation permanente demandée est discriminatoire et en lien avec sa condition de femme. La plaignante rappelle que de telles limitations ont été imposées par le passé et que la proposition de l'intimée est insultante à l'égard des décisions rendues par les autres conseils de discipline.

[132] La plaignante invoque des autorités à l'appui de sa position²⁷.

iv) Position de l'intimée

[133] Loin de rejeter sa faute sur les autres, l'intimée souligne qu'elle reconnaît sa culpabilité.

[134] Elle rappelle qu'à l'époque des événements, elle retourne à l'exercice de la médecine à la suite d'un congé de maternité d'une année.

[135] Elle se demande si le fait qu'elle soit une femme et non pas un homme a été un élément déclencheur du processus dirigé contre elle. Elle note que le D^r Roy et l'expert Parent sont des hommes.

[136] Madame A est une des premières patientes qu'elle examine depuis son retour au travail. Cette situation peut expliquer un important stress concernant sa décision relativement au CT scan. Il n'est pas réaliste d'exiger qu'elle soit au même niveau d'un homme, peu importe les circonstances.

²⁷ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Morin*, 2019 CanLII 19223 (QC CDCM); *Paquette c. Comité de discipline de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*, 1995 CanLII 5215 (QC CA), paragr. 25; *Breger c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2019 QCTP 106; *Médecins (Ordre professionnel des) c. Vernacchia*, 2010 CanLII 66225 (QC CDCM) (la période de sanction de huit mois a été confirmée en appel : *Vernacchia c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2013 QCTP 46) (huit mois de radiation); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Rabbani*, 2019 CanLII 12915 (QC CDCM) (six mois de radiation) (décision sur sanction portée en appel devant le Tribunal des professions, dossier 505-80-008579-195); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Pomerleau*, 2012 CanLII 15984 (QC CDCM) (six mois de radiation) (*Pomerleau c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2015 QCTP 33, permission d'en appeler rejetée) (*Médecins (Ordre professionnel des) c. Pomerleau*, 2015 CanLII 49596) : *Pomerleau c. Gauthier*, 2014 QCCA 1978); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Placide*, 2018 CanLII 33487 (QC CDCM) (six mois de radiation); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Landry*, 2019 CanLII 81365 (QC CDCM) (six mois de radiation); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Veilleux*, 2017 CanLII 74112 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Tran*, 2015 CanLII 77517 (QC CDCM); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Girard*, 2015 CanLII 38379 (QC CDCM) (six mois de radiation sous le chef 1 et un an sous le chef 2).

[137] La preuve ne démontre pas qu'elle sait qu'un technologue est sur place pour faire immédiatement le CT scan de la tête.

[138] D'autre part, il faut tenir compte du contexte. Il y existe selon elle un problème organisationnel. Elle invoque un débordement au niveau des ressources et une carence institutionnelle. Au moment des événements, elle fait face à une désorganisation clinique évidente. À preuve, les médecins ne vont pas voir les patients qui sont sous la supervision d'un autre. Selon elle, il y a une zone grise quant à savoir qui est responsable du patient. Elle suggère qu'un autre collègue a aussi omis de faire une réévaluation.

[139] En outre, elle se dit totalement transparente durant le processus disciplinaire et croit que la plaignante aurait dû s'attendre à ce que le D^r Roy lui dise la vérité.

[140] Ainsi, elle remet en question les heures mentionnées par ce dernier. Pour ce faire, elle compare les notes au dossier hospitalier avec celles prises par le fils de la patiente et constate des différences de plusieurs minutes eu égard à plusieurs inscriptions.

[141] Dans le même ordre d'idées, quant à l'infirmière Guillemet, selon l'intimée, les notes ne sont pas toujours fiables. À titre d'exemple, le fils de la patiente l'a revue pour les besoins de morphine de sa mère à 22 h 30 alors que les notes mentionnent 23 h. Une autre note fait état d'une intervention de l'infirmière à 21 h 30 alors que le fils de la patiente a plutôt noté 21 h. L'infirmière ne semble pas au courant à 21 h 45 que l'intimée avait déjà requis un CT scan abdominal deux heures auparavant.

[142] L'intimée considère que l'infirmière Guillemet est un facteur de confusion. Cette dernière ne va pas voir les autres médecins relativement à l'état de la patiente A.

[143] Le fils de la patiente mentionne ne pas avoir vu l'intimée auprès de sa mère alors que la preuve démontre que celle-ci a parlé à la patiente²⁸. Enfin, l'expert Parent s'est fié au dossier du centre hospitalier. Il n'a pas comparé ce dossier avec les notes prises par le fils de la patiente.

[144] D'autre part, elle réfute l'idée d'avoir démissionné de l'Hôpital général du Lakeshore en lien avec les événements ou pour court-circuiter un processus dirigé contre elle. Cette décision est plutôt liée au choix qu'elle fait de réorienter sa carrière.

[145] L'intimée est d'opinion que ses compétences ne sont pas en cause. Elle mentionne que la faute qu'elle a commise est plutôt en lien avec de la fatigue. Cette reconnaissance démontre de l'introspection selon elle.

[146] Elle ne nie pas la gravité objective de sa faute et que le geste reproché est au cœur de sa compétence.

[147] L'intimée n'a aucun antécédent disciplinaire. Elle a offert une bonne collaboration.

[148] Il faut tenir compte de sa volonté de s'amender. En effet, elle réoriente sa carrière et a suivi plusieurs formations. Actuellement, elle bâtit sa pratique en cabinet. Selon elle, il y a absence de risque de récurrence. Elle invoque que si tout va bien, elle ne prévoit pas reprendre l'exercice dans le domaine de l'urgence avant 15 ans. Le Conseil doit tenir compte de son droit de retourner au travail.

[149] Elle ajoute qu'une limitation permanente aura un impact sur sa réputation.

²⁸ Pièce SP-5, page 43.

[150] L'intimée fait état d'autorités à l'appui de sa position²⁹.

ANALYSE

A) Quelles sont les sanctions justes et raisonnables à imposer eu égard aux circonstances du présent dossier?

i) Les principes généraux en matière de sanction

[151] La Cour d'appel, dans l'arrêt *Pigeon c. Daigneault*, rappelle qu'il faut « voir si le public est affecté par les gestes posés par le professionnel et si l'infraction retenue contre celui-ci a un lien avec l'exercice de la profession »³⁰. Le critère de la protection du public apparaît comme le prisme au travers duquel une sanction proposée doit être examinée.

[152] La Cour d'appel ajoute que la sanction doit être dissuasive et constituer un exemple pour les autres membres de la profession.

[153] Dans l'affaire *Chevalier*³¹, le Tribunal des professions ajoute ce qui suit quant aux critères applicables examinés dans l'arrêt *Pigeon c. Daigneault* :

[18] Le Tribunal note que le juge Chamberland a parlé « au premier chef » de la protection du public, puis la dissuasion du professionnel de récidiver, puis l'exemplarité à l'égard des autres membres de la profession et enfin le droit par le professionnel visé d'exercer sa profession. Ainsi, ce droit du professionnel ne vient qu'en quatrième lieu, après trois priorités. Afin de décourager ou empêcher les autres membres de la profession de se livrer aux mêmes gestes que ceux reprochés au professionnel, une sanction doit être significative³².

²⁹ *Brown c. Dunn*, 1893 6 TR 67 (H.L.); *Médecins (Ordre professionnel des) c. Delmar-Greenberg*, 2020 QCCDMD 17; *Serra c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2021 QCTP 1, paragr. 159.

³⁰ *Pigeon c. Daigneault*, 2003 CanLII 32934, paragr. 39.

³¹ *Chevalier c. Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des)*, 2005 QCTP 137.

³² *Cartaway Resources Corp. (Re)*, 2004 CSC 26, [2004] 1 R.C.S., 672, paragr. 53 et 61.

[154] Parmi les facteurs objectifs à être examinés, la nature et la gravité de l'infraction sont prises en considération. Il y a lieu de rechercher si l'acte est isolé ou prémédité de même que les circonstances entourant l'infraction.

[155] Le critère de la protection du public englobe celui de la perception du public³³.

[156] Par ailleurs, des facteurs subjectifs tels l'âge, la présence de dossiers disciplinaires antérieurs et la volonté de corriger le comportement reproché sont également des facteurs pertinents³⁴.

[157] Les facteurs subjectifs doivent toutefois être utilisés avec soin, car on ne doit pas leur accorder une importance telle qu'ils prévalent sur la gravité objective de l'infraction « puisqu'ils portent sur la personnalité de l'intimé alors que la gravité objective porte sur l'exercice de la profession »³⁵.

[158] La Cour d'appel rappelle que la gravité objective d'une faute donnée ne devrait jamais être subsumée au profit de circonstances atténuantes relevant davantage de la personnalité du professionnel que de l'exercice de sa profession³⁶.

³³ *Comptables professionnels agréés (Ordre des) c. Nareau*, 2018 QCTP 60, paragr. 40; *Avocats (Ordre professionnel des) c. Thivierge*, 2018 QCTP 23, paragr. 99 (pourvoi en contrôle judiciaire rejeté : 2019 QCCS 3809, requête pour permission d'appeler accueillie : 2019 QCCA 1991).

³⁴ *Pigeon c. Daigneault*, *supra*, note 30. Voir aussi : *Tan c. Lebel*, 2010 QCCA 667, paragr. 40.

³⁵ *Marston c. Autorité des marchés financiers*, 2009 QCCA 2178.

³⁶ *Ibid.* Voir également : *Barreau du Québec (syndique adjointe) c. Rivard*, 2017 QCCDBQ 7, paragr. 73.

[159] Enfin, les spectres de sanction, utilisés dans un but d'harmonisation, sont considérés comme des guides et non des carcans. En outre, le Conseil est appelé à tenir compte du principe de la globalité lorsque la plainte comporte plusieurs chefs donnant lieu à des sanctions³⁷. Dans chaque cas, les décideurs demeurent tenus d'exercer leur pouvoir discrétionnaire³⁸.

ii) Les facteurs objectifs communs

[160] Les dispositions de rattachement du *Code de déontologie des médecins*³⁹ reprochées sont les suivantes :

Chef 1

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.

Chef 2

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

[161] Les infractions pour lesquelles l'intimée est déclarée coupable sont au cœur de l'exercice de la profession de médecin.

[162] L'intimée pose un diagnostic alors qu'elle exerce à l'urgence d'un centre hospitalier. Comme c'est souvent le cas en médecine d'urgence, elle ne connaît pas la patiente de 80 ans alitée sur une civière. Son obligation consiste alors à être attentive à la situation de cette patiente et lui fournir des soins de manière consciencieuse.

³⁷ *Mailloux c. Deschênes*, 2015 QCCA 1619, paragr. 144; *Chambre de la sécurité financière c. Murphy*, 2010 QCCA 1078, paragr. 42; *Chiropraticiens (Ordre professionnel des) c. Desforges*, 2019 CanLII 7939 (QC OCQ), paragr. 56 à 60.

³⁸ *R. c. Lacasse*, 2015 CSC 64.

³⁹ RLRQ, c. M-9, r. 17.

[163] Elle voit la patiente à l'urgence vers 19 h 50 et note que cette dernière a ressenti des symptômes de nausée, de vomissement et de mal de tête après s'être penchée rapidement la tête.

[164] À compter de ce moment, l'intimée omet d'apporter la plus grande attention à l'élaboration de son diagnostic.

[165] Elle oriente son plan de traitement en fonction d'un problème au niveau abdominal, une gastro-entérite ou une sub-occlusion malgré un examen abdominal bénin, sans rebond ni sensibilité. Elle demande un CT scan de l'abdomen, mais omet de requérir par la même occasion un CT scan au niveau de la tête. De ce fait, elle ignore les demandes du personnel infirmier de faire passer un CT scan au niveau de la tête. Puis, par la suite, elle omet de s'enquérir auprès du fils de la patiente qui est sur place, de la situation de la patiente. Le caractère subit de la survenance des symptômes et le fait que cette patiente n'a pas d'histoire de migraine n'a pas été exploré par l'intimée.

[166] Tout comme dans l'affaire *Landry*⁴⁰, le Conseil retient que le défaut de l'intimée d'assurer une surveillance appropriée est objectivement grave à plus forte raison dans un contexte de médecine d'urgence.

[167] L'intimée maintient sa vision tunnel pendant plusieurs heures jusqu'à une consultation auprès du D^r Roy. Face aux résultats normaux au niveau du CT scan abdominal, elle finit par réaliser que le problème peut avoir pour origine un saignement

⁴⁰ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Landry, supra, note 27.*

cérébelleux. Or, elle demande le CT scan pour la tête, mais pour le lendemain matin. Il s'agit d'une autre erreur de jugement grave.

[168] Non seulement le diagnostic posé par l'intimée est inadéquat malgré un profil qui n'est pas atypique, elle met en péril la vie de sa patiente en reportant un tel examen.

[169] Les reproches visent en premier lieu l'élaboration d'un diagnostic déficient et non pas le fait que l'intimée ne tienne pas à jour ses connaissances. Elle demeure imperméable aux demandes de l'infirmière Guillemet en maintenant sa vision tunnel.

[170] La conduite de l'intimée mine la confiance du public. Elle a certes ébranlé celle du fils de la patiente au point où il se fait maintenant soigner en Ontario et suggère à son entourage de ne pas se faire soigner au centre hospitalier où les événements sont survenus.

[171] La conduite de l'intimée est de nature à ébranler aussi celle des collègues. Lorsqu'un médecin débute un quart de travail à l'urgence, il présume du suivi adéquat des patients déjà sur place. Il doit avoir confiance dans le jugement de ses collègues. Cette confiance est mise à rude épreuve lorsqu'au transfert d'un patient, le personnel infirmier lui fait comprendre que le médecin qui le précède est à ce point négligent.

[172] L'expertise du D^r Parent montre que l'intimée n'a pas respecté les standards de base dans l'élaboration du diagnostic de cette patiente. Or, il s'agit de l'un des actes les plus importants devant être posé par un médecin. Par la suite, l'intimée contrevient à la nécessité impérative d'assurer un suivi adéquat de la condition médicale de sa patiente.

[173] Même si l'intimée a commis plus d'une erreur de jugement le 27 octobre 2016, ceux-ci visent néanmoins une même patiente. De plus, la durée des infractions est limitée dans le temps.

[174] Le Conseil n'a pas à déterminer si le décès de la patiente est en lien avec la conduite de l'intimée. La preuve n'a pas été présentée en ce sens. Toutefois, les conséquences possibles n'ont pas à se matérialiser pour être prises en considération⁴¹.

[175] Par ailleurs, l'exemplarité est un élément devant être pris en considération par le Conseil. Les médecins doivent être dissuadés d'adopter une conduite comme celle de l'intimée laquelle a maintenu une vision tunnel alors que le cas de la patiente n'a rien d'atypique. Les médecins doivent être également dissuadés de reporter des examens requis pour protéger la vie des patients.

[176] Le principe de la gradation n'est pas un frein à l'imposition de sanctions importantes lorsque la protection de la santé publique doit être priorisée comme c'est le cas dans la présente affaire⁴². D'ailleurs, les parties le reconnaissent considérant les sanctions qu'elles suggèrent.

iii) Les facteurs subjectifs communs

[177] L'intimée travaille à l'urgence depuis environ sept ans. Elle possède donc une certaine expérience. Le Conseil est d'avis qu'il s'agit d'un facteur aggravant.

⁴¹ *Duguay c. Dentistes (Ordre professionnel des)*, 2019 QCTP 31, paragr. 180; *Ubani c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2013 QCTP 64, paragr. 55 et 56; *Pharmaciens (Ordre professionnel des) c. Blouin*, 2020 QCCDPHA 3, paragr. 43.

⁴² *Paquette c. Comité de discipline de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*, *supra*, note 27.

[178] Le Conseil juge que l'intimée, en se fermant à la proposition qui lui est faite par une infirmière de passer un CT scan cérébral dans le cas d'une patiente de 80 ans ayant fait un geste brusque de la tête dénote de l'insouciance pour la vie d'autrui. L'histoire de cette patiente montre que l'important mal de tête survient après le mouvement brusque de la tête. La vision tunnel de l'intimée dénote de l'entêtement de sa part ou un manque flagrant de jugement. Ni l'un ni l'autre ne sont rassurants pour la protection du public.

[179] Elle n'a pas d'antécédents disciplinaires et reconnaît sa culpabilité à la première occasion. Il s'agit de facteurs atténuants.

[180] L'intimée fait état de sa collaboration lors de l'enquête. Dans la présente affaire, le Conseil juge qu'il s'agit d'un facteur neutre, celle-ci devant être en principe acquise.

[181] Quant au risque de récidive, le Conseil considère ce qui suit.

[182] À l'audition, l'intimée déclare que la pratique de la profession en urgence lui apparaît de plus en plus lourde. Dans son courriel du 21 juin 2018 transmis aux autorités de l'Hôpital général du Lakeshore, elle précise avoir décidé de se retirer « from the constant stress and pressure of the Emergency Department ».

[183] Tout comme dans l'affaire *Placide* analysée ci-après, le Conseil juge que le risque de récidive s'accroît au fur et à mesure que son inactivité dans ce domaine se prolonge depuis sa réorientation de carrière en 2018. Le Conseil souligne que l'intimée, lors de son témoignage, explique vouloir continuer sa pratique en médecine familiale encore pour au moins deux années et que le retour à l'urgence est possible dans un horizon de 15 ans.

[184] Le Conseil ne voit pas en quoi la pression et le stress ressentis par l'intimée dans sa pratique à l'urgence en centre hospitalier vont diminuer avec les années. L'exercice de la médecine en urgence en milieu hospitalier est exigeant en plus de requérir des connaissances à jour comme l'a reconnu l'intimée. Le risque de récurrence apparaît, à la lumière de la preuve, élevé selon les facteurs invoqués par l'intimée elle-même.

[185] Le Conseil n'a pas noté de regrets sincères de la part de l'intimée. Il s'agit d'un facteur neutre⁴³.

[186] Par ailleurs, son introspection n'est pas acquise.

[187] Comme déjà mentionné, elle reconnaît sa faute, mais, du même souffle, reproche à l'infirmière de ne pas avoir consulté un autre médecin relativement à une patiente qui est sous sa surveillance. Elle évoque l'idée qu'un autre médecin aurait pu voir cette patiente. Comme expliqué à l'audience, une telle proposition n'est pas acceptable et même contre-indiquée, car pouvant mener à des ordonnances contradictoires.

[188] L'intimée insinue, sans le prouver, que l'organisation du travail au moment des événements n'est pas adéquate. Le Conseil retient de la preuve qu'il y a suffisamment de personnel et que son erreur de jugement tant au niveau du diagnostic que du suivi inadéquat ne peut être imputée qu'à elle-même. En outre, alors que la patiente A est sous sa surveillance, les autres médecins n'ont pas à intervenir.

[189] L'intimée argumente que sa condition de femme et de mère doit être prise en considération, car, au moment des événements, elle revient d'un congé de maternité.

⁴³ *Lubin c. R*, 2019 QCCA 1711; *R. c. Paré*, 1998 CanLII 12617 (C.A.), p. 5 et 6.

[190] Or, la valeur phare devant guider le Conseil est la protection du public. Les standards de la profession doivent être maintenus afin que le public soit protégé et perçoive l'être. Le public ne peut s'attendre à recevoir des services médicaux de moindre qualité ou, pire encore, faire l'objet d'erreurs de jugement majeures, du fait qu'un médecin retourne au travail après un congé de maternité. Il revient au médecin de s'assurer qu'elle est en mesure de poser des diagnostics avec la plus grande attention puis d'effectuer le suivi médical approprié. En acceptant de travailler à l'urgence, l'intimée a en face d'elle des patients qui s'y présentent sans la connaître, qui sont souvent dans un grand état de vulnérabilité et surtout qu'ils doivent avoir une totale confiance en ses capacités et son jugement pour prendre des décisions éclairées en peu de temps.

[191] Le Conseil juge que cet argument de l'intimée illustre à nouveau un manque d'introspection et de jugement. Accepter la proposition de l'intimée revient à demander aux patients de remettre en question le jugement et la compétence des médecins qui les soignent en fonction de leur sexe, ce qui est totalement inacceptable.

[192] L'intimée a réorienté sa carrière vers une pratique de médecine en cabinet. Même si cette réorientation n'efface pas rétroactivement les erreurs de jugement commises, il n'y a pas de preuve que la clientèle qu'elle voit dans un tel contexte est présentement à risque.

[193] À la lumière de toute la preuve et du témoignage de l'intimée, le Conseil juge qu'un retour de l'intimée à la pratique de l'urgence en milieu hospitalier constitue un risque pour le public et qu'une période de radiation s'impose.

iv) Les autorités

[194] Dans l'affaire *Médecins (Ordre professionnel des) c. Morin*⁴⁴, cette dernière omet de reconnaître la sévérité d'une occlusion intestinale diagnostiquée et les complications potentielles associées (chef 1). De plus, elle omet de procéder au traitement requis par l'état de santé de ce patient (chef 2) et d'assurer le suivi médical requis par ce dernier (chef 3). Notamment, elle ne prescrit pas la médication requise pour soulager les symptômes et n'installe pas une décompression intestinale. Le conseil de discipline impose une période de trois mois sous chacun des chefs à être purgée de façon concurrente. La preuve démontre que l'intimée manque d'éléments lors de son évaluation initiale pour prendre une décision éclairée sur la prise en charge et l'orientation du patient. Elle pose le bon diagnostic, mais elle omet de procéder à une investigation radiologique et une évaluation sanguine pour bien évaluer la sévérité du cas. Son évaluation clinique est déficiente ainsi que celle des signes présents à la radiographie. Cette médecin n'a aucun antécédent disciplinaire et reconnaît sa culpabilité. Le risque de récurrence est jugé faible et sa volonté de s'amender est prouvée. Le cumul d'un nombre impressionnant de facteurs atténuants est pris en considération. Notamment, la D^{re} Morin se démarque par son professionnalisme et le respect voué par les équipes. Elle est considérée comme un leader et un coach.

[195] Dans le présent cas, l'intimée n'a pas fait preuve des mêmes qualités et du même respect de l'équipe qu'elle côtoie à l'Hôpital. Ces facteurs atténuants dans l'affaire *Morin* ne sont pas ici présents. Au contraire, la preuve démontre plutôt qu'elle ne tient pas

⁴⁴ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Morin, supra, note 27.*

compte des autres professionnels et s'entête à poser un diagnostic qui ne cadre pas avec l'histoire de la patiente alors que si elle avait pris le temps de parler au fils, elle aurait eu un meilleur portrait de la situation. Les infractions reprochées à l'intimée dans le présent contexte sont plus graves. Le Conseil note également que dans l'affaire *Morin*, l'intimée possédait une trentaine d'années d'expérience.

[196] Dans l'affaire *Breger c. Médecins (Ordre professionnel des)*⁴⁵, un médecin pose un diagnostic d'hypothyroïdie de type 2 en se fondant sur des symptômes tels la fatigue, le gain de poids et le manque d'énergie, malgré des tests thyroïdiens normaux (chef 1). Il soumet sa patiente à un traitement non conforme aux données de la science (chefs 2 et 4). Enfin, ce médecin laisse sa patiente prendre l'initiative d'ajuster elle-même sa médication (chef 3). Dans cette affaire, c'est l'élaboration du diagnostic qui est déficiente et qui a donné lieu à des actes contraires aux données de la science médicale. Le Tribunal considère le parcours professionnel sans faille déontologique sur une carrière de 35 ans et un engagement respecté par l'appelant de ne pas pratiquer la médecine orthomoléculaire depuis le début de la plainte. La preuve ne révèle pas un mépris ou une insouciance déréglée à l'égard de la science médicale. L'approche médicale du médecin est fondée sur des écrits et des témoignages d'expert sans pour autant avoir l'aval du milieu médical. Il n'a eu aucune mise en garde du Collège des médecins à l'encontre de sa pratique s'inspirant de la médecine orthomoléculaire. Le Tribunal des professions fixe la durée de la sanction à neuf mois, celle-ci étant composée d'une radiation de huit mois sous les trois premiers chefs et une période consécutive d'un mois sous le chef 4.

⁴⁵ *Breger c. Médecins (Ordre professionnel des)*, *supra*, note 27.

[197] Cette affaire comporte des différences avec le présent dossier. Dans l'affaire *Breger*, ce médecin d'expérience est animé d'une croyance, jusqu'à un certain point supportée par la littérature, que son diagnostic est défendable. Ses gestes ne sont pas téméraires. Dans le présent cas, l'expert Parent note que l'intimée conclut à une gastro-entérite alors que les signes cliniques ne supportent pas un tel diagnostic. Cet expert lui reproche de ne pas avoir tenu compte de l'environnement de la patiente, des demandes faites par le personnel infirmier pour un CT scan au niveau de la tête et des demandes de la famille. L'expert Parent souligne qu'à 23 h 35, l'intimée réévalue le dossier et la patiente. Les résultats des bilans sanguins et du CT scan abdominal sont normaux. Après une discussion avec le D^r Roy, elle conclut que la patiente souffre peut-être de saignement cérébelleux. Or, elle demande un CT scan cérébral, mais seulement pour le lendemain matin. De l'avis du Conseil, le comportement de l'intimée et son manque de jugement constituent la base d'un reproche plus grave que celui auquel a eu à faire face le médecin dans l'affaire *Breger*. L'entêtement de l'intimée à se fermer aux informations qui lui sont accessibles pour attendre au lendemain matin pour faire finalement passer un CT scan constitue des gestes d'une gravité extrême. Elle savait qu'un CT scan de la tête était possible, car elle en a demandé un pour l'abdomen. Contrairement à l'affaire *Breger*, le comportement de l'intimée est marqué par un grave manque de jugement.

[198] Dans l'affaire *Vernaccia c. Médecins (Ordre professionnel des)*⁴⁶, un omnipraticien d'expérience s'intéresse aux traitements des toxicomanies et collabore avec des établissements de désintoxication. Toutefois, il signe des certificats médicaux (chefs 2,

⁴⁶ *Vernaccia c. Médecins (Ordre professionnel des)*, *supra*, note 27.

5, 7, 9, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26 et 28) permettant d'obtenir de l'assistance financière sans procéder à des évaluations du diagnostic annoncé dans le formulaire (chefs 1, 3, 6, 8, 10, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25 et 27). Dans cette affaire, le conseil de discipline tient compte du fait que des tiers ont été trompés. Le Tribunal des professions est d'avis que la signature d'un médecin constitue un gage de confiance et que le laxisme n'a pas sa place. Celui-ci confirme une période de radiation de huit mois sous ces chefs d'infraction.

[199] Cette décision comporte peu d'analogies avec le présent dossier sauf à mentionner que le médecin peut se voir imposer une sanction plus sévère pour ne pas avoir élaboré avec soin un diagnostic.

[200] Dans l'affaire *Médecins (Ordre professionnel des) c. Rabbani*⁴⁷, une médecin détient un permis de spécialiste en obstétrique et gynécologie depuis 1996. En 2015, elle voit à cinq reprises une patiente de 67 ans aux prises avec des saignements post-ménopausiques. Le conseil de discipline décide que cette médecin ne peut pas exclure le diagnostic de néoplasie et qu'elle doit procéder à une investigation supplémentaire. Il décide que le choix de traitement est inadéquat et souligne une faiblesse certaine au niveau du jugement professionnel du point de vue médical. La négligence est répétée en raison du nombre de consultations. Toutefois, cette médecin n'a pas d'antécédents disciplinaires et a présenté des regrets. Le risque de récurrence est réduit en raison de démarches de formation. Elle s'engage à ne plus pratiquer certaines chirurgies, mais écrit l'avoir fait sous la pression du Collège des médecins. L'introspection est donc jugée incomplète. Une radiation de six mois est imposée sous le chef 1 (portant sur le

⁴⁷ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Rabbani, supra, note 27.*

diagnostic) et de trois mois sous le chef 2 (médication inappropriée), celle-ci étant purgée concurremment.

[201] Dans l'affaire *Pomerleau*⁴⁸, ce médecin possède 35 ans de pratique en obstétrique. Il est trouvé coupable d'avoir notamment multiplié les examens échographiques (chefs 1 a et 2 a), alors qu'il faut éviter un réchauffement du liquide amniotique. À la suite d'une visite du Comité d'inspection professionnelle, il prend un engagement de suivre une formation en gynécologie. Toutefois, au stade de l'imposition d'une sanction, il n'a pas réussi le stage en échographie obstétricale. En outre, il prescrit une médication en s'en remettant au personnel infirmier, sans connaître la concentration et la dose administrée et sans s'assurer d'une surveillance du cœur fœtal (chefs 1 b et 2 b). Une radiation de six mois est imposée sous les chefs 1 a et 2 a, laquelle est purgée concurremment. En outre, le conseil de discipline impose une limitation permanente de son droit d'exercice en obstétrique et en échographie obstétricale. De l'avis du conseil de discipline, le médecin manque de jugement professionnel et s'entête à soutenir l'insoutenable et que, malgré les années, il ne change pas son comportement. Celui-ci explique que cette limitation est jugée nécessaire en raison du nombre impressionnant d'avertissements versés au dossier professionnel demeurés vains. Il ajoute que cette limitation est imposée notamment dans un but d'exemplarité⁴⁹.

[202] L'affaire *Pomerleau* se distingue du présent cas quant à l'expérience professionnelle de ce médecin et au nombre d'avertissements qu'il a reçu. Toutefois,

⁴⁸ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Pomerleau, supra, note 27.*

⁴⁹ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Pomerleau, 2015 CanLII 49596 (QC CDCM), paragr. 45 de la décision sur sanction.*

dans les deux cas, un manque de jugement important et un entêtement sont constatés. La période de radiation de six mois est imposée en plus d'une limitation d'exercice en lien avec ce manque de jugement, le nombre d'avertissements et la nécessité d'imposer une sanction exemplaire alors que dans la présente affaire une période de radiation de trois mois est suggérée outre la limitation d'exercice.

[203] Dans l'affaire *Médecins (Ordre professionnel des) c. Placide*⁵⁰, ce médecin est titulaire d'un diplôme de médecin à l'étranger depuis 1977 et il est inscrit au tableau de l'Ordre depuis 1992. Au moment de la sanction, il est inscrit comme inactif et ne se présente pas à l'audition. Dans le passé, des visites d'inspection professionnelle font état d'élaboration de diagnostics hâtifs, sans investigation appropriée. Dans cette affaire, il pose un diagnostic d'anémie sans avoir les résultats d'une formule sanguine complète (chef 1) et diagnostique une arthrose sévère sans avoir en sa possession la radiographie (chef 2). En outre, la même patiente le consulte à répétition alors que sa condition se dégrade et que les examens d'IRM sont disponibles. Ce médecin se contente de remettre une consultation en physiatrie (chefs 3 et 4). Il contrevient à l'abécédaire de la pratique de la médecine familiale. Le conseil de discipline est inquiet et met en relief son dossier professionnel chargé même en l'absence d'antécédents disciplinaires. Il lui impose une radiation de six mois sous chacun des chefs à être purgée concurremment. Il note que l'inactivité professionnelle à court terme, et au fur et à mesure qu'elle se prolonge, accentue le risque de récurrence.

⁵⁰ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Placide, supra, note 27.*

[204] Tout comme dans le présent dossier, ce médecin n'a pas respecté les standards de base de la profession de médecin. Dans la présente affaire, l'intimée ne prévoit pas un retour à la pratique de l'urgence en centre hospitalier avant plusieurs années. Considérant cette inactivité prolongée annoncée, le risque de récurrence est de nature à être également plus élevé.

[205] Dans l'affaire *Médecins (Ordre professionnel des) c. Landry*⁵¹, une patiente de 74 ans est admise à l'hôpital. Le médecin constate une natrémie (déficit de sodium dans le sang). Il débute un traitement poursuivi par d'autres médecins. Toutefois, ce traitement provoque une hausse de natrémie importante et provoque des dommages neurologiques. La plainte disciplinaire comporte cinq chefs d'infraction. Le médecin reconnaît sa culpabilité sous quatre d'entre eux et est déclaré coupable sous le cinquième. Au stade de la sanction disciplinaire, le conseil de discipline entérine une recommandation conjointe imposant des périodes de radiation allant de trois à six mois, à être purgées concurremment sous les quatre premiers chefs. La période totale est portée à neuf mois de radiation, car sous le chef 5 cette période est purgée consécutivement à celle imposée sous le chef 4, en plus d'une amende de 5 000 \$. Le conseil de discipline fait état d'une certaine témérité du médecin qui mène ses collègues sur une mauvaise piste de traitement et met en danger la vie de la patiente qui est d'ailleurs décédée plus tard. En outre, celle-ci a subi des dommages neurologiques selon un expert. Une longue carrière sans antécédent disciplinaire ainsi qu'une introspection sont des facteurs atténuants.

⁵¹ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Landry*, supra, note 27.

[206] Dans l'affaire *Médecins (Ordre professionnel des) c. Veilleux*⁵², un patient de 65 ans se présente à l'urgence avec sa conjointe. Il rapporte de l'anxiété, de la nausée, des vomissements, de l'insomnie et des pertes de mémoire. Puis, il quitte le triage sans avoir été évalué, mais revient dans la nuit en ambulance. Au milieu de la nuit, il rencontre le médecin qui note de l'anxiété en raison de l'état de santé de ce dernier (dialyse depuis deux années). Le médecin n'effectue aucun examen physique et ne demande pas de bilan paraclinique. Puis, il donne un congé au patient en lui prescrivant un médicament pour son anxiété. De retour chez lui, le patient décède d'un syndrome coronarien et d'une insuffisance cardiaque. Ce médecin possède plus de 26 ans d'expérience. Dans le passé, en 1986, il avait été incité par le bureau du syndic à une grande prudence, car il avait fait défaut de diagnostiquer une ischémie du myocarde suivie d'une hypertension artérielle. En 2007, il a fait l'objet d'une réprimande par le centre hospitalier après avoir mis fin prématurément à un protocole à la suite de l'électrisation d'un patient. En 2012 et en 2015, ses privilèges ont été retirés pendant plusieurs mois en raison de négligences médicales. En 2015, il est radié pendant trois mois par un conseil de discipline et la même année s'engage à suivre un stage d'évaluation ou de perfectionnement en médecine familiale relativement à une autre affaire. L'année suivante, il s'engage à limiter son exercice en médecine familiale de façon permanente. Dans cette affaire, le conseil de discipline juge la démarche diagnostique nettement insuffisante. Toutefois, il s'agit d'un cas isolé dans sa pratique d'urgence. En outre, il a réussi un stage de perfectionnement. Néanmoins, son expérience aurait dû l'amener à exercer un meilleur jugement. Outre ces

⁵² *Médecins (Ordre professionnel des) c. Veilleux, supra, note 27.*

précédents administratifs, ce médecin n'a pas d'antécédents disciplinaires en semblable matière. Le conseil de discipline prend en considération une limitation de pratique souscrite par le médecin lors d'une autre enquête, laquelle met fin à sa carrière en milieu hospitalier, ce qui diminue considérablement le risque de récurrence. Dans ce contexte, il entérine une recommandation conjointe et impose une radiation de cinq mois.

[207] Le Conseil considère que dans l'affaire *Veilleux*, la période de radiation aurait été plus longue, n'eût été cet engagement pris par le médecin, lequel a mis fin à sa carrière en milieu hospitalier.

[208] Dans l'affaire *Médecins (Ordre professionnel des) c. Tran*⁵³, un patient rapporte de l'insomnie et une perte de poids rapide et importante. Le médecin attribue cette condition à de la fatigue. Il demande des tests de laboratoires lesquels révèlent un diabète, mais omet d'assurer un suivi rapide face à un résultat alarmant. Le conseil de discipline donne suite à une recommandation conjointe et impose des sanctions à être purgées concurremment sur une période de cinq mois.

[209] Dans l'affaire *Médecins (Ordre professionnel des) c. Girard*⁵⁴, alors qu'il est de garde à l'urgence, une patiente se présente avec une condition associée à un syndrome coronarien aigu. Le médecin omet de tenir compte d'une pathologie dangereuse et de réévaluer une condition médicale urgente. En 1994, il s'était vu imposer une radiation de quatre mois pour avoir négligé de procéder à un examen physique approprié et à la mise en place d'un défibrillateur. Le conseil de discipline fait état d'un lourd dossier

⁵³ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Tran, supra, note 27.*

⁵⁴ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Girard, supra, note 27.*

professionnel et disciplinaire. Il prend en considération un engagement de ce médecin de ne plus pratiquer en urgence en centre hospitalier. Toutefois, il considère que le jugement professionnel de l'intimée est en cause et qu'une sanction dissuasive est justifiée. Il impose des périodes de radiation d'une année et de six mois sous les deux chefs, celles-ci devant être purgées concurremment.

v) Décision du Conseil

[210] Dans cette affaire, le Conseil juge qu'une limitation permanente de l'exercice de la profession et une période de radiation sont indiquées pour la protection du public.

[211] Le Conseil est conscient qu'une limitation permanente est un type de sanction habituellement réservé à des dossiers où une pratique erratique est constatée sur une longue période par des professionnels d'expérience⁵⁵. Toutefois, l'imposition d'une limitation permanente n'est pas tributaire de la présence d'antécédents disciplinaires et l'attitude de l'intimée et son absence d'introspection sont des éléments pouvant être pris en compte dans l'évaluation du risque de récidive et ultimement la protection du public⁵⁶.

[212] Le Conseil a déjà fait état dans l'analyse des facteurs objectifs et subjectifs de la vision tunnel de l'intimée. Celle-ci n'écoute pas. Elle commet des erreurs très graves de jugement lorsqu'elle subit la pression de l'urgence en milieu hospitalier. La vie des patients est alors en jeu. Bien qu'elle reconnaisse sa culpabilité, comme déjà amplement exposé, elle blâme l'infirmière, un collègue médecin et critique l'organisation des soins

⁵⁵ *Travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux (Ordre professionnel des) c. Crête*, 2019 QCTP 50, paragr. 54.

⁵⁶ *Pomerleau c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2015 QCTP 33, paragr. 34 et 36.

d'urgence à l'Hôpital général du Lakeshore alors que la preuve démontre qu'elle est la source des failles dans le diagnostic et la fourniture des soins de santé de la patiente.

[213] C'est après avoir soupesé les explications données à l'audition par l'intimée que le Conseil croit à un danger permanent si elle retourne à l'exercice de l'urgence en milieu hospitalier.

[214] En effet, l'intimée invoque que la pression et le stress l'ont amenée à commettre des erreurs en 2016. Elle a déjà d'ailleurs quitté cette pratique en invoquant « the constant stress and pressures of the Emergency Department⁵⁷ ».

[215] Elle a réorienté sa carrière depuis 2018 et déclare vouloir continuer à exercer en clinique privée au même endroit pendant quelques années. Elle évoque une hypothèse de retour à l'urgence en milieu hospitalier dans un horizon de 15 ans.

[216] Plus le temps passe, plus le risque de récurrence augmente. Avec le temps, la pression et le stress invoqués par l'intimée ne diminueront pas dans le contexte d'un éventuel retour à ce type particulier de pratique. Au contraire, dans ce contexte très particulier, le Conseil juge qu'il ne peut pas laisser à la seule appréciation de l'intimée l'option de retourner à la pratique de l'urgence en milieu hospitalier en raison des facteurs déjà analysés.

⁵⁷ Pièce SP-9, page 2.

[217] Si, dans le futur, l'intimée juge qu'elle est en mesure de reprendre ce type de pratique de manière sécuritaire pour le public, des mécanismes sont prévus pour que les patients soient protégés, en particulier l'article 161 du *Code des professions*⁵⁸ :

161. Sauf dans le cas d'un professionnel radié du tableau pour un acte dérogatoire visé à l'article 59.1 ou pour un acte de même nature prévu au code de déontologie des membres de son ordre professionnel, le professionnel radié ou dont le droit d'exercer des activités professionnelles a été limité ou suspendu par le conseil de discipline peut, tant que l'une de ces sanctions est en vigueur, demander son inscription au tableau dans le cas d'une radiation, ou demander de reprendre son plein droit d'exercice, dans le cas d'une limitation ou d'une suspension, par requête adressée au conseil de discipline et déposée auprès du secrétaire qui doit, dans les plus bref délais, en transmettre copie au président en chef. Au moins 10 jours avant sa présentation, la requête doit être signifiée, conformément au Code de procédure civile (chapitre C-25.01), au syndic qui peut contester la demande.

Si le conseil est d'avis que la requête doit être accueillie, il formule une recommandation appropriée à l'intention du Conseil d'administration, qui décide en dernier ressort. Si le conseil rejette la requête, une nouvelle requête ne peut lui être soumise avant l'expiration de la sanction, que s'il l'autorise. Ces décisions ne peuvent être portées en appel.

[218] En ce sens, le Conseil n'interdit pas à l'intimée de pratiquer sa profession. Il juge plutôt nécessaire d'en encadrer l'exercice en imposant des limites qu'elle peut demander de revoir comme l'a d'ailleurs souligné le Tribunal des professions dans l'affaire *Genest c. Médecins (Ordre professionnel des)*⁵⁹. C'est pourquoi le Conseil impose une telle limitation sous chacun des chefs d'infraction⁶⁰.

[219] De plus, à la lumière des précédents, une période de trois mois de radiation apparaît justifiée considérant la limitation permanente par ailleurs imposée. Tout comme la plaignante le mentionne, le Conseil aurait pu imposer une période beaucoup plus longue, n'eût été la limitation d'exercice nécessaire pour protéger le public. Ces deux

⁵⁸ RLRQ, c. C-26.

⁵⁹ *Genest c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2009 QCTP 127, paragr. 77

⁶⁰ *Pomerleau c. Médecins (Ordre professionnel des)*, *supra*, note 27, paragr. 39.

sanctions sont imposées en tenant compte du principe de la globalité. Au terme de cette période de radiation de trois mois, l'intimée sera en mesure de reprendre sa pratique en cabinet dont elle semble tirer beaucoup de satisfaction.

B) Le Conseil doit-il faire droit à la demande de l'intimée de limiter les déboursés à une seule journée d'audience?

[220] Comme mentionné dans l'affaire *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des)*

c. *Hamel*⁶¹, la règle générale s'énonce comme suit :

[102] La règle générale est édictée à l'article 151 du *Code des professions* qui énonce :

151. Le conseil peut condamner le plaignant ou l'intimé aux déboursés ou les condamner à se les partager dans la proportion qu'il doit indiquer.

(...)

[103] Le Conseil rappelle que l'article 23 du Code des professions stipule que chaque ordre professionnel a pour principale fonction d'assurer la protection du public.

[104] L'Ordre a donc, par l'entremise de son syndic, le devoir de faire des enquêtes et de déposer des plaintes devant le conseil de discipline, ce qui engendre des frais.

[105] La jurisprudence constante en la matière est à l'effet, qu'à moins de circonstances particulières, les frais doivent être supportés par la partie qui succombe.

[106] Dans le présent dossier, l'intimée propose au Conseil de la dispenser du paiement des déboursés, pour les faire supporter par l'ensemble des membres de l'Ordre, alors que ceux-ci paient aussi leur cotisation professionnelle et n'auront jamais à comparaître devant le conseil de discipline de leur Ordre.

[107] Dans les circonstances, le Conseil ne voit aucune raison de s'écarter de la règle générale et condamne ainsi l'intimé au paiement des déboursés, mais lui consentira un délai significatif pour les acquitter.

[Références omises]

⁶¹ *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Hamel*, 2019 CanLII 86119 (QC CDOII).

[221] Le partage des déboursés suit le sort des infractions reprochées et le comportement de l'intimée dans le déroulement de l'instance disciplinaire et, à moins de circonstances particulières, la jurisprudence constante en la matière mentionne que les déboursés et les frais sont supportés par la partie qui succombe⁶².

[222] L'intimée a soutenu qu'en raison de son plaidoyer de culpabilité et du fait qu'elle accepte d'être radiée pendant trois mois, l'audition n'aurait pas dû excéder une journée d'audition.

[223] De son côté, la plaignante rappelle que l'intimée a elle-même participé au fait que l'audition dure plusieurs jours en raison de ses longs contre-interrogatoires.

[224] Le Conseil juge que la preuve présentée par la plaignante s'est avérée utile et pertinente. Elle lui a permis de mesurer jusqu'à quel point l'intimée a omis de tenir compte de son environnement, de ce que le fils aurait pu lui fournir comme informations, des demandes de l'infirmière Guillemet. Le témoignage des deux médecins a permis de comprendre dans quelle mesure l'intimée n'a pas tenu compte de la situation de la patiente.

[225] Vu les règles applicables et après examen du dossier, le Conseil juge qu'il n'y a pas lieu de déroger à la règle générale.

⁶² *Travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux (Ordre professionnel des) c. Crête*, supra, note 55, paragr. 59; *Architectes (Ordre professionnel des) c. D'Onofrio*, 2017 QCTP21; *Gagnon c. Ingénieurs (Ordre professionnel des)*, 2016 QCTP 97, paragr. 57; *Ingénieurs (Ordre professionnel des) c. Hanol*, 2012 QCTP 13, paragr. 50; *Murphy c. Chambre de la sécurité financière*, 2010 QCCA 1079, paragr. 70.

[226] L'intimée est condamnée aux déboursés ainsi qu'aux frais de publication d'un avis de la présente décision.

POUR CES MOTIFS, LE CONSEIL, LE 8 MARS 2021 :

Sous le chef 1

[227] **A DÉCLARÉ** l'intimée coupable en vertu de l'article 46 du *Code de déontologie des médecins*.

Sous le chef 2

[228] **A DÉCLARÉ** l'intimée coupable en vertu de l'article 47 du *Code de déontologie des médecins*.

ET CE JOUR

Sous le chef 1

[229] **IMPOSE** à l'intimée une limitation permanente d'exercice de toute pratique de la médecine à l'urgence d'un centre hospitalier.

[230] **IMPOSE** à l'intimée une radiation de trois mois.

Sous le chef 2

[231] **IMPOSE** à l'intimée une limitation permanente d'exercice de toute pratique de la médecine à l'urgence d'un centre hospitalier.

[232] **IMPOSE** à l'intimée une radiation de trois mois.

[233] **ORDONNE** que ces périodes de radiation temporaire soient purgées de façon concurrente.

[234] **ORDONNE** la publication d'un avis de la présente décision dans un journal circulant dans le lieu où l'intimée a son domicile professionnel, conformément à l'article 156 du *Code des professions*.

[235] **CONDAMNE** l'intimée au paiement de l'ensemble des déboursés conformément à l'article 151 du *Code des professions*, ainsi que les frais de publication de l'avis mentionné ci-haut.

Maurice Cloutier
Original signé électroniquement

M^e MAURICE CLOUTIER
Président

Marc Giroux
Original signé électroniquement

D^r MARC GIROUX
Membre

Vania Jimenez
Original signé électroniquement

D^{re} VANIA JIMENEZ
Membre

M^e Jacques Prévost
Avocat de la plaignante

M^e Marc-Alexandre Hudon
M^e Justine Blair
Avocats de l'intimée

Dates d'audience : 8, 9 et 10 mars 2021