

CONSEIL DE DISCIPLINE

ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC

N° : 32-09-00018

DATE : 7 octobre 2010

LE CONSEIL : Me Jean-Guy Gilbert	Président
Nathalie Deschamps, podiatre	Membre
Robert Donaldson, podiatre	Membre

Louana Ibrahim, podiatre, en sa qualité de syndique de l'Ordre des podiatres du Québec

Partie plaignante

C.

André Benoit, podiatre

Partie intimée

DÉCISION SUR CULPABILITÉ

ORDONNANCE DE NON-DIVULGATION ET NON-CONSULTATION DES PIÈCES P-1, P-2 ET P-3 EN VERTU DE L'ARTICLE 142 DU *CODE DES PROFESSIONS*

[1] Le 4 février 2009, la syndique, Mme Louana Ibrahim, déposait au greffe du Conseil une plainte contre l'intimé ainsi libellée :

1. À Montréal, entre le 17 mars 2006 et le 9 mai 2006, a posé un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession et n'a pas cherché à consulté un confrère ou une autre personne compétente en n'établissant aucun contact avec le département de médecine vasculaire que consultait le client, à savoir Marcel Choinière, alors que la situation du client nécessitait une telle intervention, le tout contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions* et à l'article 3.02.02 du Code de déontologie des podiatres.

2. À Montréal, le ou vers le 30 mars 2006, a posé un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession, n'a pas cherché à déterminer l'indication du traitement podiatrique à l'aide de méthodes scientifiques adéquates et a donné un traitement disproportionné ou inapproprié au client, à savoir Marcel Choinière, en procédant à une exostectomie de la phalange distale du hallux gauche dans le but de diminuer la douleur et de ralentir l'évolution

d'une gangrène sèche alors que la douleur aurait certainement pu être diminuée de façon pharmacologique et qu'il n'était pas recommandable de faire ladite exostectomie en l'absence d'étude démontrant une perfusion adéquate des tissus de la région, le tout contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions* et à l'article 3.01.06 du Code de déontologie des podiatres.

3. À Montréal, le ou vers le 21 avril 2006, a posé un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession, n'a pas cherché à déterminer l'indication du traitement podiatrique à l'aide de méthodes scientifiques adéquates et a donné un traitement disproportionné ou inapproprié au client, à savoir Marcel Choinière, en procédant à une opération afin de débrider des tissus nécrotiques concernant une gangrène sèche du hallux gauche alors qu'il n'était pas recommandable de faire ladite opération en l'absence d'étude démontrant une perfusion adéquate des tissus de la région, le tout contrairement à l'article 59.2 du *Code des professions* et à l'article 3.01.06 du Code de déontologie des podiatres.

[2] Le 2 mars 2009, Me Jocelyn Perreault comparait pour l'intimé en déposant au greffe du Conseil sa comparution écrite au dossier.

[3] Le 16 septembre 2009, lors d'une conférence téléphonique entre les parties, l'audition du dossier a été reportée aux 3 et 4 décembre 2009 de même qu'aux 14 et 15 janvier 2010.

[4] Suite à une demande de Me Perreault, le Conseil a fixé l'audition aux 17 et 18 décembre 2009, de consentement des parties.

[5] Le 18 décembre 2009, les parties sont présentes.

[6] Me Jean Lanctôt représente la syndique, Mme Ibrahim, qui est présente.

[7] Me Jocelyn Perreault représente l'intimé, M. Benoit, qui est présent.

[8] Me Lanctôt demande au Conseil le retrait du chef 1 de la plainte.

[9] Suite aux explications présentées par Me Lanctôt, le Conseil accepte la demande de Me Lanctôt.

PREUVE DU PLAIGNANT :

[10] Me Lanctôt dépose les pièces suivantes :

P-1 Dossier médical de M. Marcel Choinière tenu par le Centre universitaire de santé McGill (document de 440 pages dont certaines pages sont recto verso – numérotation par la secrétaire).

P-2 Dossier médical de M. Marcel Choinière tenu par le Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (document de 62 pages dont certaines pages sont recto verso – numérotation par la secrétaire).

P-3 Dossier d'enquête de M. Richard Deschênes, syndic de l'Ordre des podiatres du Québec, (document de 63 pages – numérotation par la secrétaire) qui comprend :

- Lettre de M. André Benoit à M. Richard Deschênes, syndic, en date du 5 juin 2006 (pp. 1-4);
- Lettre de M. André Benoit à M. Richard Deschênes, syndic, en date du 5 juin 2006 (pp. 5-6);
- Formulaire d'ouverture de dossier de M. Marcel Choinière en date du 8 octobre 2003 (p.7);
- Notes de consultation et schéma en date du 8 septembre 2003 (pp. 8-9);
- Télécopie d'Annick en date du 10 octobre 2003 (pp. 10-11, 18, 23);
- Document de radiologie de la Cité de la santé de Laval en date du 24 septembre 2003 (pp. 12, 22, 30, 35);
- Carte (pp. 13, 21, 27, 34);
- Document de la clinique de médecine podiatrique Simoni & Benoit de chirurgie ambulatoire en bloc privé en date du 9 septembre 2003 (pp. 14, 17, 19, 29, 32);
- Document du service de radiologie de la Cité de la santé de Laval en date du 8 septembre 2003 (pp. 15, 20, 28, 33);
- Lettre de M. Michel Picard, chef des services de radiologie Cité-CHARL et laboratoire vasculaire de la Cité de la santé de Laval (pp. 16, 24);
- Lettre d'accompagnement pour télécopieur en date du 4 octobre 2003 (p. 25);
- Télécopie d'Annick en date du 9 octobre 2003 (p. 26);
- Télécopie d'Annick en date du 7 octobre 2003 (p. 31);
- Notes de consultation en date du 17 mars 2006 (p. 36);
- Notes manuscrites en date du 17 mars 2006 (p. 37);
- Cumul des informations patientes en date du 17 mars 2006 (p. 38);

- Notes de consultation et schéma en date du 21 mars 2006 (pp. 39-40);
- Notes de consultation en date du 28 mars 2006 (p. 41);
- Protocole radiologique en date du 28 mars 2006 (p. 42);
- Facture en date du 28 mars 2006 (p. 43);
- Notes de consultation en date du 29 mars 2006 (p. 44);
- Notes de consultation en date du 30 mars 2006 (p. 45);
- Protocole opératoire en date du 30 mars 2006 (pp. 46-47);
- Notes infirmière-chirurgie en date du 30 mars 2006 (p. 48);
- Consentement opératoire en date du 29 mars 2006 (pp. 49-50);
- Notes de consultation en date du 3 avril 2006 (p. 51);
- Notes de consultation en date du 7 avril 2006 (p. 52);
- Notes de consultation en date du 11 avril 2006 (p. 53);
- Télécopie en date du 24 avril 2006 (p. 54);
- Document de la clinique de médecine podiatrique Simoni & Benoit de chirurgie ambulatoire en bloc privé en date du 24 avril 2006 (p. 55);
- Notes de consultation en date du 25 avril 2006 (p. 56);
- Notes de consultation en date du 21 avril 2006 (pp. 57-58);
- Notes infirmière-chirurgie en date du 21 avril 2006 (p. 59);
- Protocole opératoire en date du 21 avril 2006 (pp. 60-61);
- Notes de consultation en date du 2 mai 2006 (p. 62);
- Notes de consultation en date du 9 mai 2006 (p. 63).

P-4 Lettre de M. Marc M. Corriveau à M. Jean Tanguay de l'Ordre des podiatres du Québec en date du 10 mai 2006.

P-5 Curriculum vitæ de M. Maxime Patenaude, podiatre.

P-6 Rapport d'expertise de M. Maxime Patenaude, podiatre, en date du 10 mai 2009.

[11] Me Lanctôt fait entendre son 1^{er} témoin, M. Marc Corriveau, qui déclare au Conseil :

- Il est chirurgien vasculaire au Centre universitaire de santé McGill.
- Il traite les pathologies veineuses.
- Un plombier humain qu'il est.
- Il est consultant pour plusieurs hôpitaux.
- M. Choinière m'a été référé en mai 2006 pour une plaie au niveau de l'orteil.
- Il avait 81 ans et il avait plusieurs facteurs à risque pour une maladie artérielle.
- Il était diabétique et il faisait de l'insuffisance cardiaque.
- Il était claudiquant.
- M. Choinière décrivait très bien ses symptômes.
- Il était alerte et il avait toute sa tête.
- Il avait de la gangrène au niveau du gros orteil droit.
- Il avait eu une amputation récente.
- Il avait eu des points de suture de différent calibre.
- Je l'ai hospitalisé car sa circulation était pauvre et qu'il fallait contrôler son infection.
- Nous l'avons hospitalisé à l'hôpital Royal Victoria.
- On voulait faire le pontage le plus rapidement possible, mais sa condition s'est détériorée.
- La veille de son intervention, il est décédé.
- Il a porté plainte à l'Ordre des podiatres.
- On ne devrait jamais amputer un organe avant d'évaluer la vascularité de cet organe.
- Une faute médicale importante avait été commise.

- La gangrène, c'est noir, c'est visible, c'est évident.
- Il a vu M. Choinière le 8 mai 2006 pour la 1^{re} fois à l'hôpital Fleury.
- M. Choinière lui avait été référé par le docteur François Loubert.
- Le pied droit ou gauche, il ne se rappelle pas.
- Il n'y avait pas de nécessité de réviser le dossier.
- Il fallait l'hospitaliser pour rétablir la circulation.
- Une recommandation qui résulte d'un délai de trois (3) mois pour consulter un médecin vasculaire lui semble long.
- M. Choinière était suivi par les docteurs Auger (microbiologiste) et Labrecque (orthopédiste).
- Il n'était pas au courant qu'un débridement avait été fait.
- Le 8 mai, il a tenté à trois reprises d'appeler le docteur Benoit.
- J'ai demandé le dossier au docteur Benoit, je ne l'ai jamais reçu.
- J'ai informé la famille de M. Choinière que l'amputation était un acte réservé au domaine médical.
- Il n'a pas eu l'autorisation de la famille de M. Choinière pour porter plainte.
- Il est évident que l'on doit évaluer la circulation avant d'amputer.

[12] Me Lanctôt fait entendre son 2^e témoin, M. Maxime Patemaude, qui affirme au Conseil :

- Il est le témoin expert du plaignant.
- Il a pris connaissance des échanges entre le syndic et l'intimé, du dossier podiatrique du docteur Benoit, du dossier médical de M. Choinière du Royal Victoria et du dossier patient de l'hôpital Fleury.
- L'intimé l'avait rencontré le 8 septembre 2003.
- Le problème datait du 17 mars 2006.
- En 2003, l'intimé mentionne au dossier de voir s'il a une maladie vasculaire.

- Cette demande avait été refusée parce que le chirurgien vasculaire de l'époque ne l'avait pas entérinée.
- Le 17 mars 2006, le patient se présente avec une lésion douloureuse du gros orteil gauche.
- L'intimé note un diagnostic de gangrène sèche du gros orteil.
- L'intimé mentionne qu'il y a une douleur extrême et qu'il est suivi en vasculaire.
- Le 21 mars, l'intimé note qu'il n'y a pas de signe d'infection.
- Le 28 mars, l'intimé revoit le patient, il n'a pas vu son docteur encore.
- L'intimé a pris une radiographie pour voir l'état de l'ossature et il l'a référé au docteur Donato pour une évaluation.
- Le docteur Donato déclare une nécrose du 1^{er} orteil gauche.
- L'intimé a enlevé un bout de phalange.
- Le 3 avril, le patient est revu par l'intimé et il a de la douleur mais pas d'infection, seulement un léger œdème.
- Le 7 avril, pas de signe d'infection.
- L'intimé recommande des visites régulières jusqu'à ce qu'il rencontre son chirurgien vasculaire.
- Le 11 avril, nécrose superficielle.
- Le 21 avril, il n'y a aucun signe d'infection.
- Le 25 avril, la douleur a diminué de 50 %.
- Le 2 mai, un lavement à la chlorhexidine.
- La douleur aurait pu être diminuée de manière pharmacologique.
- Enlever une portion de la phalange n'était pas recommandable dans ce cas.
- Le seul but de l'intimé était de diminuer la douleur et ralentir l'évolution de la gangrène.
- Il faut prendre un autre moyen tant que la vascularité n'est pas remise en ordre.

- Il n'y avait pas d'urgence dans ce cas, car il n'y avait aucune infection.
- Le débridement du 21 n'était pas nécessaire.
- Il faut ramener le sang dans cet orteil.
- J'aurais aimé voir chez le docteur Benoit une approche plus directe, soit d'appelé le chirurgien vasculaire.
- Il y avait nécessité d'intervention d'un autre professionnel dans ce dossier.
- Il a reçu le mandat d'expertise, le 12 août 2008.

[13] Me Lanctôt dépose un cahier d'autorités :

COURNOYER, Guy et COURNOYER, Nicolas, « La faute déontologique : sa formulation, ses fondements et sa preuve » dans *Développement récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire*, Barreau du Québec, 2007, Éditions Yvon Blais, Cowansville, pp. 228-249;

BATTISTA, Guiseppe, « La preuve d'expert en droit disciplinaire » dans *Droit disciplinaire : Développements récents – impacts jurisprudentiels – Meilleures stratégies d'enquête*, Institut canadien, 2005, Toronto;
Gravel c. Avocats (Ordre professionnel des), 2007 QCTP 38;
Gourgi c. Dentistes (Ordre professionnel des), 2003 QCTP 121;
Gonshor c. Dentistes (Ordre professionnel des), 2001 QCTP 32;
Dupéré-Vanier c. Psychologues (Ordre professionnel des), 2001 QCTP 8;
Dentistes (Ordre professionnel des) c. Nguyen, Comité de discipline, 14-05-01008, le 8 janvier 2008;
Dentistes (Ordre professionnel des) c. Harroch, Comité de discipline, 14-06-01047, le 25 janvier 2007;
Pelletier c. Médecins (Ordre professionnel des), 2003 QCTP 18.

[14] Me Lanctôt demande au Conseil de suspendre conditionnellement les procédures concernant l'article 59.2 du *Code des professions*.

[15] Me Lanctôt précise au Conseil certains éléments qu'il considère comme pertinents au présent dossier :

- Il indique qu'il était inapproprié de procéder à l'amputation et au débridement.
- La preuve d'expert était essentielle dans ce dossier.
- La situation médicale qu'a constatée le docteur Corriveau était la même que celle qui fut constatée par le docteur Benoit, considérant que la gangrène sèche évolue sur une longue période.

- Le patient était dans une condition très vulnérable.
- Il avait une santé très précaire.
- Le seul but de l'intimé était de diminuer la douleur.
- La situation s'est dégradée suite à l'intervention de l'intimé.
- Si la vascularisation est insuffisante, on ne peut opérer.

[16] Me Lanctôt analyse et commente les autorités déposées.

PREUVE DE L'INTIMÉ :

[17] Me Jocelyn Perreault dépose les pièces suivantes :

- I-1 : Lettre du docteur Martine Lévesque à Me Perreault en date du 3 février 2010.
- I-2 : Lettre de Me Simon Chamberland à Me Perreault en date du 4 février 2010.
- I-3 : Lettre du docteur Martine Lévesque en date du 4 février 2010 et notes de consultation en clinique externe.
- I-4 : Radiographies du 29 mars de M. Choinière.

[18] Me Jocelyn Perreault fait entendre son 1^{er} témoin, M. Daniel Hiroux, qui déclare au Conseil :

- M. Marcel Choinière était son beau-père.
- Ils habitaient un duplex dont le beau-père était locataire.
- Il le conduisait régulièrement aux hôpitaux où se trouvaient ses docteurs.
- Il est allé environ cinq fois chez l'intimé.
- Il souffrait beaucoup.
- Les médicaments n'avaient pas d'effet contre la douleur.
- Malgré ses visites à plusieurs hôpitaux, il souffrait toujours de son gros orteil.
- Son épouse se faisait traiter chez l'intimé et c'est elle qui lui a présenté l'intimé.

- M. Choinière était un golfeur.
- Les soins apportés par l'intimé n'ont rien changé.

[19] Me Perreault fait entendre son 2^e témoin, Mme Odette Choinière, qui affirme au Conseil :

- Son père était son locataire.
- En 2005 et 2006, il avait des problèmes avec son pied gauche.
- Il allait à l'hôpital souvent pour toutes sortes de choses.
- Il souffrait beaucoup à son pied.
- Elle l'a référé à la clinique du docteur Benoit.
- Elle connaissait l'intimé et elle avait confiance en lui.
- Elle l'a accompagné à plusieurs reprises chez l'intimé.
- Son père souffrait à son gros orteil gauche.
- Il prenait de nombreux médicaments, il était aussi diabétique.
- Il perdait de l'autonomie, c'était difficile pour lui.
- Sa seule activité, le golf, a été anéantie.
- Il était en grande forme psychologique.
- L'intimé lui a parlé des options qui s'offraient à lui pour essayer d'enrayer la douleur et il en a parlé à sa sœur.
- Il avait rendez-vous avec le docteur Corriveau, mais il est revenu bredouille, il était découragé.
- Le docteur Corriveau lui a dit que l'acte médical posé par l'intimé était illégal.

[20] Me Perreault fait entendre Mme Madeleine Sauvageau qui déclare au Conseil :

- Elle est infirmière depuis quarante (40) ans.
- Elle a travaillé en chirurgie.
- Elle travaille à la clinique de l'intimé.

- Elle se souvient de M. Choinière car c'était un patient très souffrant.
- Elle travaille avec l'intimé depuis dix (10) ans.
- Elle a pratiqué 700 à 800 chirurgies.
- Le patient avait une gangrène à l'orteil.
- Il était découragé et il disait que personne ne s'occupait de lui.
- Il y avait un bout d'os qui sortait puis c'était noir.
- On a fait le protocole, il a été vu par un médecin généraliste et on a procédé suivant les normes.
- Il n'en pouvait plus de souffrir.
- Trois (3) semaines plus tard, le 21 avril, on a fait un petit débridement.
- L'intimé a pris des radiographies du patient.
- Il y a eu une amélioration mais à cause de son système vasculaire peut-être que ça n'a pas fonctionné.
- C'était important qu'il y ait de la circulation au niveau de l'orteil.
- Le 30 mars 2006, son orteil ne s'était pas amélioré.
- À la fin de l'opération, il y avait du sang.
- Au début ça semblait nécrosé.
- C'était un cas de misère humaine.
- Puis quatre (4) jours après, lors de l'enlèvement du pansement, il y avait du sang séché.
- Le 11 avril, il y a une détérioration de la situation car l'intimé veut débrider.
- On ne fait pas de pansement sans qu'il y ait une circulation qui soit revenue.
- Il peut y avoir un débridement sans qu'il y ait du sang.
- Dans le cas présent, il y a eu du sang.

[21] Me Perreault fait entendre la syndique, Mme Louana Ibrahim, qui affirme au Conseil :

- Elle a procédé à l'enquête.
- Le demandeur d'enquête est le chirurgien Corriveau.
- La seule lettre est la lettre du 10 mai 2006.

[22] Me Perreault fait entendre le docteur Maxime Patenaude, témoin expert du poursuivant, qui déclare au Conseil :

- Il a pratiqué plus de 1000 chirurgies.
- Avant mars 2009, il procédait à ces chirurgies à la clinique du docteur Donaldson.

[23] Me Perreault fait entendre la docteure Martine Lévesque qui affirme au Conseil :

- Il s'agit d'un mal perforant plantaire.
- Un débridement doit apporter de la vascularisation pour stimuler la guérison d'une blessure.
- À son hôpital, on ne prend pas charge des pieds des diabétiques.
- Le docteur Pierre Major avait demandé, deux (2) semaines avant, une consultation au docteur Corriveau pour le patient Choinière.

[24] Me Perreault fait entendre l'intimé, M. André Benoit, qui affirme au Conseil :

- Il pratique au Québec depuis 1993.
- En 2006, il a reçu comme patient M. Marcel Choinière.
- Il a vu le patient en 2003, pour la 1^{re} fois.
- Le docteur Dubuc l'avait référé en vasculaire à l'époque.
- Il est revenu à la clinique le 17 mars 2006, car il avait une grosse douleur à l'orteil gauche.
- Il avait un mal perforant plantaire.
- Je lui ai prescrit un soulier Darco où l'avant-pied tombe carrément dans le vide afin de ne pas avoir de pression.

- Il avait de la douleur depuis décembre 2005.
- Il était suivi par un microbiologiste de l'hôpital Fleury.
- On lui avait prescrit de nombreux médicaments sans résultat.
- Mon examen révèle une gangrène sèche.
- Le patient souffre d'une douleur extrême.
- Je lui explique les différentes options possibles.
- Ses rendez-vous sont carrément reportés ou annulés.
- Je lui explique la problématique de la pathologie et les complications.
- Il n'y avait plus de peau, une nécrose totale, la phalange était à l'air au bout de l'orteil.
- Quand il y a nécrose, il y a un manque de circulation et la douleur était ciblée à cet endroit-là.
- C'était un cas de misère humaine.
- Il se sentait abandonné par le système.
- Il avait eu plusieurs consultations à l'hôpital Fleury et ça n'aboutissait pas.
- Le 17 mars, on a nettoyé son pied.
- Le 21 mars, j'ai fait le suivi.
- Le patient m'a dit qu'il est en attente pour voir le chirurgien vasculaire.
- J'insiste pour qu'il voit son chirurgien vasculaire mais je lui dis qu'ultimement cela va devenir chirurgical.
- Je lui ai probablement parlé qu'on devra enlever une partie de l'os.
- Je lui ai expliqué les risques qu'il y avait à continuer comme ça.
- Je suis rendu à 1200 chirurgies.
- Il n'était pas en perte d'autonomie, il était en détresse car il avait de la douleur vingt-quatre (24) heures par jour.
- Le 28 mars, je le vois et la douleur est encore aiguë.

- Après avoir discuté avec lui de la possibilité de tenter de lui enlever la douleur en faisant une ostectomie des parties qui sont à l'air, je le réfère au docteur Donato, un médecin généraliste, afin de le faire « bilanter » pour savoir s'il y a possibilité de l'opérer.
- Le lendemain, il a rencontré le docteur Donato.
- La chirurgie a été faite le 30 mars.
- Il y a eu signature du consentement.
- Le but de la chirurgie a toujours été d'enlever la douleur.
- Il a utilisé du monocryl 4.0 pour fermer les tissus profonds, soit les tissus sous-cutanés qui ne sont pas de la peau.
- La reconstruction cutanée a été faite avec du vicryl 4.0.
- Il n'y a pas eu de saignement ou à peu près pas.
- Lors de sa visite postopératoire, il n'y avait aucun signe d'infection et il y a un œdème léger.
- J'ai insisté à l'effet qu'il devait voir son chirurgien vasculaire le plus vite possible.
- Je lui ai dit que je ne lâcherais pas tant qu'il n'aurait pas vu son chirurgien vasculaire.
- Il n'avait pas de fièvre donc pas d'infection systémique.
- Le 7 avril, autre visite de suivi.
- On achetait du temps et on essayait de rendre le patient confortable.
- Un patient qui était pris dans la tourmente du système de santé puis que par son âge et sa condition de santé en général a fait qu'il a été mis en stand-by dans les corridors et on le laissait sécher.
- Le 11 avril, je le revois.
- Il y a amélioration au niveau de la douleur mais le site chirurgical se dégrade.
- Les tissus commencent à se nécroser tranquillement.
- Lors de sa visite du 21 avril, il n'a toujours pas vu son chirurgien.

- Je le conduis au bloc opératoire pour faire un débridement, il n'y a pas d'infection.
- Le 25 avril, il y a une amélioration de 50 % au niveau de la douleur.
- Le 9 mai, sa douleur a diminué de 50 %; il a encore mal, mais c'est stable.
- Il avait vu son spécialiste en vasculaire qui lui a dit qu'il devait être hospitalisé rapidement; il a refusé et il est venu me voir pour me demander mon opinion.
- Il était désorienté et déstabilisé, il avait attendu tellement longtemps et tout à coup il y avait urgence.
- Je lui ai dit d'appeler le docteur Corriveau le plus vite possible et de s'assurer de suivre les instructions.
- Le docteur Corriveau m'a appelé, il était furieux.
- Il a même exigé que je lui envoie mon dossier par fax.
- Il avait vu le docteur Corriveau le 8 mai, la veille.
- L'appel a eu lieu le 10 mai.
- J'ai coopéré avec la syndique, je lui ai envoyé tous les documents.
- Je voulais donner une certaine qualité de vie au patient qui était abandonné par le système.

[25] Me Perreault précise au Conseil certains éléments qu'il estime appropriés pour l'aider dans sa réflexion sur la preuve présentée dans le présent dossier :

- Il indique que le syndic n'a pas rempli son fardeau de preuve.
- Malgré l'urgence diagnostiquée par les services hospitaliers, il n'a été vu qu'en mai 2006.
- Le patient était découragé du système hospitalier.
- Le docteur Corriveau n'a jamais cru bon de consulter le dossier du patient afin d'évaluer l'évolution de la pathologie de la plaie, des traitements microbiologiques, des prélèvements, de tout le travail de ses collègues.
- Il n'y a pas eu d'amputation mais enlèvement d'un petit bout d'os pour essayer de refermer une plaie.

- Le témoin expert Patenaude n'a examiné que les notes cliniques du docteur Benoit.
- Le témoin expert Patenaude précise que les règles de l'art ont été respectées au niveau des protocoles.
- Le témoin expert Patenaude a produit un rapport d'expertise incomplet et imprécis.
- Le patient a fait 11 visites à l'intimé.
- L'intimé n'a facturé que l'opération.
- L'intimé a expliqué que c'était pour ralentir un processus qui tardait à guérir.

LE DROIT :

[26] Le Conseil croit utile de reproduire l'article pertinent au présent dossier :

Code de déontologie des podiatres :

3.01.06 Le podiatre doit chercher à déterminer l'indication du traitement podiatrique à l'aide de méthodes scientifiques adéquates et éviter de donner un traitement disproportionné ou inapproprié.

[27] Le Conseil souligne que le *Code des professions* et les ordres professionnels n'ont comme raison d'être que la protection du public.

[28] De plus, chaque professionnel est soumis à des normes et contraint à un système disciplinaire particulier, en contrepartie des avantages dont il bénéficie comme membre d'un ordre professionnel.

[29] L'intégrité du professionnel et ses devoirs envers le public sont des aspects essentiels à sa démarche professionnelle.

[30] Comme cette décision fait appel à des principes et à des éléments juridiques pertinents au droit disciplinaire, le Conseil juge utile de présenter dans les prochains paragraphes des extraits des autorités sur lesquelles il appuie sa réflexion.

GÉNÉRALITÉS :

[31] Le Conseil de discipline de l'Ordre des podiatres du Québec trouve sa raison d'être dans la mission même de l'Ordre, définie à l'article 23 du *Code des professions*, ce que rappelle fort à propos l'Honorable juge Gonthier ⁽¹⁾ en ces termes :

¹ Barreau c. Fortin et Chrétien, 2001, 2 R.C.S. 500, paragr. 11

« Depuis déjà plusieurs années, le législateur québécois assujettit l'exercice de certaines professions à des restrictions et à différents mécanismes de contrôle. Adopté pour la première fois en 1973, le *Code des professions*, L.R.Q., ch. C-26 (" C.P. "), régit maintenant les 44 ordres professionnels constitués en vertu de la loi. Il crée un organisme, l'Office des professions du Québec, qui a pour fonction de veiller à ce que chacun d'eux accomplisse le mandat qui leur est expressément confié par le Code et qui constitue leur principale raison d'être, assurer la protection du public (art. 12 et 23 C.P.). Dans la poursuite de cet objectif fondamental, le législateur a accordé aux membres de certaines professions le droit exclusif de poser certains actes. En effet, en vertu de l'art. 26 C.P., le droit exclusif d'exercer une profession n'est conféré que dans les cas où la nature des actes posés par ces personnes et la latitude dont elles disposent en raison de la nature de leur milieu de travail habituel sont telles qu'en vue de la protection du public, ces actes ne peuvent être posés par des personnes ne possédant pas la formation et la qualification requises pour être membres de cet ordre. »

[32] Le Tribunal des professions a décrit la quintessence du droit disciplinaire en ces termes :

« Le droit disciplinaire est un droit *sui generis* qui est original et qui tire ses règles de l'ensemble du droit en se basant essentiellement sur les règles de justice naturelle. Le Tribunal, pour décider des règles devant s'appliquer en matières disciplinaires, doit considérer les règles de justice naturelle, les principes fondamentaux reconnus par la Charte canadienne des droits et libertés, ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne, tout en s'inspirant du droit pénal et du droit civil. Ce droit disciplinaire, qui fait partie de notre droit administratif, doit tenir compte que le premier objectif recherché par le *Code des professions* est la protection du public en regard des droits et privilèges reconnus aux membres des différentes professions soumis à son arbitrage. »²

[33] Le Conseil accorde une importance particulière aux articles qui affectent la quiddité même de la profession de podiatre.

PROTECTION DU PUBLIC :

[34] Le mandat du Conseil se définit ainsi en relation avec la protection du public :³

« La protection du public est au cœur des mandats confiés aux organismes d'encadrement professionnel. Elle est indiscutablement de l'essence même de leur raison d'être. »

² Tribunal des professions, 700-07-0000007-005

³ Développements récents en déontologie, p. 122

Le Tribunal des professions, récemment, nous le rappelait simplement en ces termes, dans l'affaire Cloutier c. Comptables en management accrédités¹, citant les propos de la Cour d'appel dans l'affaire Dugas :

[14] Jamais cependant l'objectif premier du droit disciplinaire, soit la protection du public, n'y a-t-il été remis en cause, bien le contraire. Ainsi la Cour d'appel écrit :

« Il est aussi bien établi que le but premier de chaque ordre professionnel est la protection du public et qu'à cette fin, il doit notamment contrôler l'exercice de la profession par ses membres (art. 23 du Code).⁽⁷⁾ »

⁽⁷⁾ Chambre des notaires du Québec c. Dugas, C.A. Mtl, n° 500-09-008533-994, p. 6, paragr. 19.

CONDUITE DU PROFESSIONNEL :

[35] En ce qui concerne la conduite du professionnel, le Conseil s'en réfère à cet égard à l'opinion de l'Honorable juge L'Heureux-Dubé de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Roberge c. Bolduc*⁴ :

« Il se peut fort bien que la pratique professionnelle soit le reflet d'une conduite prudente et diligente. On peut, en effet, espérer qu'une pratique qui s'est développée parmi les professionnels relativement à un acte professionnel donné témoigne d'une façon d'agir prudente. Le fait qu'un professionnel ait suivi la pratique de ses pairs, peut constituer une forte preuve d'une conduite raisonnable et diligente, mais ce n'est pas déterminant. Si cette pratique n'est pas conforme aux normes générales de responsabilité, savoir qu'on doit agir de façon raisonnable, le professionnel qui y adhère peut alors, suivant les faits de l'espèce, engager sa responsabilité. »

[36] Dans l'affaire Malo,⁵ le Tribunal s'exprime ainsi :

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

LA FAUTE DÉONTOLOGIQUE :

[37] En ce qui concerne la faute déontologique, le Conseil précise que celle-ci doit être une violation des principes de moralité et d'éthique propre au milieu des podiatres.⁶

⁴ 1991 1 R.C.S.374

⁵ Malo c. infirmières et infirmiers, 2003, QCTP 132

⁶ Bécharde c. Roy, 1974, C.S. 13

[38] De même, nous partageons l'opinion de Me Goulet lorsqu'il s'exprime sur le même principe, en y ajoutant la notion d'incompétence :⁷

« En matière d'incompétence, le rôle dévolu à l'instance disciplinaire est cependant limité. Il ne consiste pas à décider, d'une façon générale, de la compétence d'un intimé sur une certaine période. Comme la faute doit être caractérisée, la plainte doit porter sur un cas spécifique et impliquer plus qu'une simple erreur technique. »

« Par la gravité qu'elle implique, l'incompétence doit être distinguée de l'erreur technique pouvant entraîner une responsabilité civile, la faute disciplinaire n'étant pas reliée à l'occurrence d'un dommage. Ont ainsi été considérés fautes disciplinaires les comportements suivants : « la maladresse hors de l'ordinaire », « l'ignorance outrée » et « l'insouciance impardonnable », le laxisme mais aussi le manque de diligence dans le suivi d'un dossier. On pourrait également y inclure le défaut de mettre ses connaissances professionnelles à jour. »

[39] Sur ce point le professeur, Yves Ouellette, s'exprime ainsi :

« En outre, la faute disciplinaire réside en principe dans la violation d'une règle d'éthique inspirée par des sentiments d'honneur et de courtoisie, une faute purement technique, erreur, maladresse, négligence, qui peut entraîner une responsabilité civile, ne sera pas considérée comme une faute disciplinaire en l'absence de texte précis. »⁸

[40] Le Conseil se réfère aux propos du juge Dussault de la Cour d'appel⁹ en regard de la manière dont le Conseil se doit d'analyser le comportement de l'intimé :

« 42 : Ainsi pour analyser le comportement de l'intimé sur le plan déontologique, il faut se reporter non seulement à la *Loi sur les ingénieurs* précitée, mais aussi aux normes contenues au CDI adopté conformément à l'article 87 du *Code des professions*. Ces normes s'inscrivent dans l'objectif de protection du public prévue à l'article 23 de ce Code et visent à « maintenir un standard professionnel de haute qualité » à son endroit ... Les normes déontologiques ne visent pas à protéger l'ingénieur, mais bien le public. »

« 43 : À mon avis, le fondement de la responsabilité disciplinaire du professionnel réside dans les actes posés à ce titre tels qu'ils peuvent être perçus par le public. Les obligations déontologiques d'un ingénieur doivent donc s'apprécier "in concreto" et ne sauraient se limiter à la sphère contractuelle; elles la précèdent et la transcendent. Sinon, ce serait anéantir sa responsabilité déontologique pour tous les actes qu'il pose en dehors de son mandat, mais dans l'exécution de ses activités professionnelles et, de ce fait, circonscire de façon induue la portée d'une loi d'ordre public qui vise la protection du public. »

⁷ Droit disciplinaire des corporations professionnelles, Éditions Yvon Blais, p. 65

⁸ Presses de l'université d'Ottawa, 1969, 209

⁹ Tremblay c. Dionne et Tribunal de professions, 500-09-016532-061, paragr. 42-43

[41] Il appartient au Conseil de décider de la question de fait, c'est-à-dire si l'acte reproché en vertu d'une disposition du Code de déontologie des podiatres constitue bien un manquement à cette disposition.

PRÉPONDÉRANCE DE LA PREUVE :

[42] En regard de la notion de prépondérance de la preuve, le Conseil retient la notion suivante :

- Dans l'arrêt PARENT c./ LAPOINTE l'Honorable juge Taschereau de la Cour suprême du Canada déclare :
« C'est par la prépondérance de la preuve que les causes doivent être déterminées, et c'est à la lumière de ce que révèlent les faits les plus probables que les responsabilités doivent être établies. »

[43] Le Conseil, en regard de la prépondérance de la preuve, doit s'assurer que tous les éléments essentiels et déterminants des gestes reprochés ont été établis.

[44] Le fardeau de la preuve, qui repose sur la plaignante, requiert une preuve claire, sérieuse et sans ambiguïté.

[45] Le Conseil n'a pas à faire un choix entre deux versions; il doit décider avec un degré de certitude suffisant pour entraîner son adhésion à une version des faits et au rejet de l'autre.

[46] Dans l'affaire Paquin¹⁰, le Tribunal des professions s'exprimait ainsi :

« S'il revient au Comité d'apprécier la preuve soumise et la crédibilité des témoins, son évaluation doit être rigoureuse et il doit s'assurer d'être en présence d'une preuve prépondérante sur les éléments essentiels et déterminants du geste reproché pour que le professionnel soit trouvé coupable de l'infraction. »

[47] Le Tribunal des professions dans l'affaire Léveillé¹¹ s'exprimait ainsi :

« Le fardeau de preuve qui incombe à l'appelant n'en est pas un "hors de tout doute raisonnable" mais bien de "prépondérance". Il faut préciser à l'égard de cette preuve que, compte tenu de la nature du droit, de la gravité de l'infraction et des conséquences que peut avoir la condamnation non seulement sur la carrière de l'intimé mais sur la crédibilité de tout professionnel auprès du public, celle-ci doit être de haute qualité, claire et convaincante. Il s'agit d'un autre principe déjà établi par la jurisprudence.

¹⁰ Paquin c. avocats, 2002 D.D.O.P. 203 T.P.

¹¹ Léveillé c. Lisanu, REJB 98-09853

Le fardeau de preuve en droit disciplinaire requiert une preuve sérieuse, claire et sans ambiguïté. »

[48] Dans l'affaire « *Osman c. médecins*¹² », il a été décidé que le syndic doit faire la preuve suivant la balance des probabilités :

« Le procureur du docteur Osman a raison lorsqu'il affirme la nécessité d'une preuve claire, convaincante et de haute qualité, pour asseoir un jugement de culpabilité relativement à une plainte disciplinaire de la gravité de celle qui pèse contre son client. Un Comité de discipline ne saurait se contenter d'une preuve approximative et non convaincante pour déclarer un professionnel coupable de quelque accusation (sic) disciplinaire que ce soit, surtout si elle équivaut à un acte criminel.

[...]

Il n'y a pas lieu de créer une nouvelle charge de preuve. Il importe toutefois de rappeler que la prépondérance, aussi appelée balance des probabilités, comporte des exigences indéniables. Pour que le syndic s'acquitte de son fardeau, il ne suffit pas que sa théorie soit probablement plus plausible que celle du professionnel. Il faut que la version des faits offerts (sic) par ses témoins comporte un tel degré de conviction que le Comité la retient et écarte celle de l'intimé parce que non digne de foi.

Si le Comité ne sait qui croire, il doit rejeter la plainte, le poursuivant n'ayant pas présenté une preuve plus persuasive que l'intimé. Il ne suffit pas que le Comité préfère la théorie du plaignant par sympathie pour ses témoins ou par dégoût envers les gestes reprochés au professionnel. Il est essentiel que la preuve à charge comporte un degré de persuasion suffisant pour entraîner l'adhésion du décideur et le rejet de la théorie de l'intimé. »

[49] Le Tribunal a explicité que la prépondérance des probabilités ne permettait pas à la plaignante de se contenter de faire la démonstration que son postulat est plus probable que celui de l'intimé.

[50] Le Tribunal a établi que la version de la plaignante doit atteindre un degré qui persuadera le Conseil que la défense présentée ne peut logiquement être digne de foi.

[51] Dans le cas où les deux versions s'équivaudraient, il y a lieu de rejeter la plainte.

[52] Me Jean-Claude Royer¹³ s'exprime ainsi :

« Le degré de preuve requis ne réfère pas à son caractère quantitatif, mais bien qualitatif. La preuve probante n'est pas évaluée en fonction du

¹² *Osman c. médecins*, 1994, D.D.C.P. 257

¹³ Royer, Jean-Claude; *La preuve civile*, 174

nombre de témoins présentés par chacune des parties, mais en fonction de leur capacité de convaincre. »

CRÉDIBILITÉ DES TÉMOINS :

[53] Le Conseil souligne qu'à la différence du droit criminel où le doute raisonnable joue au niveau de la crédibilité des témoins en faveur de l'accusé, en droit civil, c'est en fonction des règles de preuve relatives aux probabilités et à la prépondérance que s'analyse l'aspect crédibilité.

[54] La crédibilité des témoins s'apprécie non seulement en fonction de leur comportement devant le tribunal, qui est extrêmement important, mais aussi en fonction de l'appréciation que le tribunal peut se faire de l'ensemble des circonstances.¹⁴

[55] En regard de la notion de crédibilité du témoin, laissons parler l'auteur Léo Ducharme :

« 508.- Lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur d'un témoignage, ce sont les facteurs qui régissent la crédibilité des témoins qui importe et notamment les facteurs suivants : les moyens de connaissance du témoin, son sens d'observation, ses raisons de se souvenir, son expérience, la fidélité de sa mémoire et son indépendance par rapport aux parties en cause. Il incombe à celui qui cite un témoin de faire apparaître les facteurs favorables à sa crédibilité et à la partie adverse de mettre en lumière les facteurs défavorables. Ces facteurs défavorables peuvent se rapporter notamment à la moralité du témoin. Ainsi dans une affaire particulière, un tribunal a retenu comme facteur défavorable à la crédibilité d'un témoin, sa propension à chercher à se soustraire à ses obligations fiscales [B.C. c. Dames S.S. et les Héritiers de Dame S.S., [1988] 12 Q.A.C. 266].

509.- Soulignons cependant que le témoignage que le juge considère faux sur un point ne doit pas nécessairement être rejeté en entier [Dallaire c. Commission des liqueurs de Québec, [1923] 35 B.R. 379]. Toutefois, si un témoin se contredit et même admet avoir donné une réponse erronée, il y a là une raison suffisante pour le juge d'écarter son témoignage en l'absence de corroboration [Chevalier c. Wilson, [1896] 10 C.S. 59].

510.- Mentionnons, enfin, que le comportement du témoin est un facteur dont le juge doit tenir compte. Dans Guay c. Dubreuil [1931, 37 R.L., n.s. 6 (C.S.)], on a jugé que l'attitude et le maintien du témoin lors de son interrogatoire, sa manière de répondre, les sentiments par lui manifestés, séance tenante, à l'égard du défendeur et sa tentative d'influencer le juge en dehors de la Cour, sont des raisons qui justifiaient le juge d'attacher moins de crédibilité à son témoignage. » [p. 168]

¹⁴ Banque de Montréal c. Spooner, 1994 R.J.Q.1388

[56] Le Conseil a entendu des témoins experts et il appréciera leur expertise dans le cadre suivant :

- Pertinence.
- Nécessité d'aider le juge des faits.

« ...L'opinion d'un expert est recevable pour donner à la cour des renseignements scientifiques qui, selon toute vraisemblance, dépassent l'expérience et la connaissance d'un juge ou d'un jury... » (R. c. Turner, [1975] Q.B. 834, p. 841, cité dans *Mohan*, p. 24) (Le Conseil souligne).

- L'absence de toute règle d'exclusion.
- La qualification suffisante de l'expert.

[57] Le Conseil souligne que cette preuve par expert n'a pas pour effet de substituer l'expert au juge des faits.

[58] Il appartient au Conseil de décider de la question de fait, à savoir si l'acte reproché en vertu d'une disposition du Code de déontologie des podiatres constitue bien un manquement à cette disposition.

[59] La plaignante doit démontrer la norme et sa notoriété par le témoignage de son expert.

[60] Elle doit nous démontrer la norme applicable au moment de l'acte, le comportement du professionnel prétendument fautif et enfin, que l'écart entre ces deux derniers points est tel qu'il constitue plus qu'une erreur légère, mais bien une faute déontologique passible de sanction.

ANALYSE ET APPRÉCIATION DE LA PREUVE :

[61] Les principes juridiques élaborés dans les paragraphes précédents serviront d'assise à l'appréciation de la preuve présentée par les parties.

[62] Le Conseil croit que notre système professionnel accorde le privilège aux professionnels d'exercer en exclusivité divers actes et de porter un titre qui leur est réservé, mais en contrepartie, le professionnel se doit de respecter des standards éthiques élevés.

[63] Le Conseil juge suivant la preuve présentée et son analyse doit être réfléchie.

[64] Le Conseil a l'obligation de s'assurer d'être en présence d'une preuve prépondérante sur les éléments essentiels et déterminants du geste reproché pour que le professionnel soit trouvé coupable de l'infraction.

[65] Le Conseil souligne que l'adhésion à un ordre professionnel confère des privilèges, mais il y a aussi des obligations qui accompagnent ces privilèges.

[66] Le Conseil est très conscient, qu'à certains égards, la déontologie imposée aux professionnels s'avère astreignante. Cependant, ce mode de régulation du comportement des membres d'un ordre professionnel sert d'assise à la protection du public.

[67] Le Conseil croit utile de faire une rétrospective des évènements concernant M. Choinière en relation avec son dossier médical :

22 août 2001: -1^{re} visite à l'hôpital Fleury; cors dessous pied droit avec saignement suite à l'enlèvement du pansement.

8 septembre 2003 : 1^{re} visite à la Clinique podiatrique avec Dr Benoit; patient se plaint de douleur et de crampes dans les jambes. Dr Dubuc, médecin à la clinique podiatrique, fait des prescriptions pour des examens vasculaires (Doppler et artériographie). Pas de résultat au dossier de ces tests.

22 octobre 2003: Résultat de Doppler effectué à l'hôpital Fleury; impression clinique indique « artérioscléroses oblitérantes multiétagées surtout des fémorales superficielles et sous-poplités droit et gauche » chez un patient diabétique. Le requérant de cet examen est le Dr Raouf Ayas.

21 juillet 2005 : Patient vu à l'hôpital Fleury pour plaie 1^{er} orteil gauche. Patient vu par urgentiste et microbiologiste. Antibiotiques oraux sont prescrits.

22 juillet 2005 : Patient vu par le Dr Pierre Auger, microbiologiste. Lors de l'examen objectif des membres et de la peau, le Dr Auger écrit dans le dossier « La vascularisation artérielle et veineuse est diminuée ».

4 août 2005 : Patient vu par Dre Martine Lévesque, chirurgienne orthopédiste à l'hôpital Fleury. Elle effectue un débridement de la plaie. Elle lui donne congé du département d'orthopédie et le renvoi en microbiologie et vasculaire.

1 septembre 2005 : Patient vu par le Dr Pierre Auger, microbiologiste à la clinique externe de l'hôpital Fleury, concernant plaie 1^{er} orteil gauche.

Décembre 2005 : Patient suivi à l'hôpital Fleury en microbiologie pour sa plaie 1^{er} orteil gauche.

28 février 2006 : Patient vu à l'urgence de l'hôpital Fleury par le Dr Liboiron et Dre Louise Labrecque. Des radiographies du 1^{er} orteil gauche ont été prises.

1 mars 2006 : Un Doppler artériel des membres inférieurs a été effectué avec comme résultat « artérioscléroses oblitérantes multiétagées, surtout fémorales superficielles et sous-poplités droit et gauche ». Suggérons évaluation en

chirurgie vasculaire et photopléthysmographie au niveau des orteils ». Doppler fait par le Dr Réjean Bégin.

9 mars 2006 : Patient vu à la clinique externe de l'hôpital Fleury par le Dr Auger concernant plaie 1^{er} orteil gauche. Fait la demande d'une consultation en chirurgie vasculaire.

17 mars 2006 : 2^e visite à la clinique podiatrique, mais 1^{ère} visite concernant la douleur à la grosse orteil gauche. Dr Benoît recommande au patient de consulter un chirurgien vasculaire.

21 mars 2006 : 3^e visite à la clique podiatrique avec Dr Benoit. Soins apportés à la lésion et discutés des options chirurgicales.

28 mars 2006 : 4^e visite à la clinique podiatrique avec Dr Benoit. Discuté des options chirurgicales, évaluation radiologique et référé au Dr Donato, médecin pour évaluation.

29 mars 2006 : Évaluation par le Dr Donato pour un bilan de santé avant la chirurgie. Pas de présence d'examen vasculaire.

30 mars 2006 : Intervention chirurgicale à la clinique podiatrique par le Dr Benoit sur le 1^{er} orteil pied gauche de M. Choinière.

3 avril 2006 : 1^{er} suivi postopératoire à la clinique podiatrique.

7 avril 2006 : 2^e suivi postopératoire à la clinique podiatrique.

11 avril 2006 : 3^e suivi postopératoire à la clinique podiatrique.

21 avril 2006 : 4^e suivi postopératoire à la clinique podiatrique. Patient est retourné en salle opératoire pour un débridement de la plaie.

25 avril 2006 : 5^e suivi postopératoire à la clinique podiatrique.

2 mai 2006 : 6^e suivi postopératoire à la clinique podiatrique.

8 mai 2006 : Patient vu en clinique externe de l'hôpital Fleury par le Dr Corriveau, chirurgien vasculaire. Le Dr Corriveau envoie le patient à l'hôpital Royal Victoria pour admission pour évaluation chirurgie vasculaire.

9 mai 2006 : Patient retourne voir le Dr Benoit à la clinique podiatrique.

10 mai 2010 : Patient admis à l'hôpital Royal Victoria.

10 mai 2010 : Le Dr Corriveau porte plainte à l'OPQ concernant les soins prodigués à M. Choinière par le Dr Benoit, podiatre.

19 juin 2010 : Décès du patient, M. Choinière, à l'hôpital Royal Victoria.

[68] Le Conseil précise que la véritable question est de savoir si les gestes posés par l'intimé étaient médicalement inappropriés et qu'ils constituaient des actes dérogatoires à son code de déontologie.

[69] Le Conseil a analysé le témoignage de l'intimé et il en conclut que celui-ci a témoigné de façon honnête sans chercher à maquiller les faits.

[70] Le Conseil ne croit pas qu'il y a une problématique de crédibilité dans ce dossier.

[71] Les témoins ont démontré une franchise dans la description des faits en relation avec la preuve présentée dans ce dossier.

[72] La véritable problématique se situe à savoir : le traitement donné par l'intimé était-il nécessaire et surtout était-il approprié dans les circonstances?

[73] Le Conseil ne met pas en doute la bonne foi de l'intimé dans sa prise de décision de procéder à l'intervention.

[74] Le Conseil note que l'intimé a rencontré le patient à environ quatre reprises avant de procéder à l'intervention.

[75] Le Conseil note aussi qu'il avait la confiance du patient à un point tel qu'après s'être rendu à l'hôpital Fleury, il demande conseil à l'intimé, le 9 mai, afin de savoir quoi faire en relation avec son hospitalisation.

[76] Le Conseil souligne qu'aucune critique ne peut être reprochée à l'intimé pour son approche personnelle envers le patient.

[77] La décision de procéder à l'intervention a été prise de consentement avec l'intimé.

[78] Le Conseil constate que l'intimé a informé de façon professionnelle l'intervention de même que ses conséquences.

[79] Le Conseil juge que l'intimé a agi de manière professionnelle au cours de sa relation avec le patient.

[80] De même, que suivant la preuve présentée, il n'y a pas fait mention qu'il n'aurait pas suivi les règles de l'art au court des deux interventions.

[81] Le Conseil souligne que la véritable question n'est pas à ce niveau.

[82] Le Conseil juge que la seule question est de savoir si l'intervention était nécessaire.

[83] Le Conseil remarque que la seule et réelle intervention de l'intimé avait pratiquement un but humanitaire.

[84] Le Conseil constate que la version de l'intimé est à l'effet que M. Choinière souffrait énormément et qu'en procédant à l'intervention il avait comme objectif principal la diminution de la douleur.

[85] Le Conseil note que l'intimé considérait que ce patient avait été abandonné par le système de santé public.

[86] Le Conseil note que, pour en arriver à cette conclusion, l'intimé ne s'est basé que sur ce que lui disait le patient.

[87] Le Conseil précise que l'intimé aurait pu avoir accès au dossier médical de M. Choinière ce qui aurait pu l'éclairer réellement sur sa situation médicale.

[88] Le Conseil précise que cette démarche aurait dû être faite avant de prendre quelques décisions que ce soit.

[89] De plus, l'intimé aurait dû communiquer avec les médecins responsable du patient pour faire accélérer le processus du système médical qui suivant ses dires l'avait abandonné.

[90] Le Conseil précise que certaines alternatives n'ont pas été utilisées par l'intimé avant qu'il prenne sa décision de procéder à l'intervention médicale.

[91] Le Conseil constate, qu'en procédant à cette intervention, l'intimé désirait uniquement soulager la douleur d'un patient qu'il considérait comme abandonné par le système de santé public.

[92] Le Conseil souligne qu'il n'a aucunement l'intention de commenter les qualités ou les déficiences du service de santé public.

[93] Le Conseil précise que seul l'intimé a témoigné pour justifier sa décision médicale de procéder aux interventions.

[94] Le Conseil note que le poursuivant a, pour sa part, fait entendre un spécialiste qui est aussi le demandeur d'enquête soit le docteur Corriveau qui est chirurgien vasculaire.

[95] Le Conseil précise que le poursuivant a fait entendre un témoin expert, un podiatre, le docteur Maxime Patenaude.

[96] Le Conseil souligne que les deux médecins arrivent à la même conclusion, cette intervention n'avait pas à avoir lieu à ce moment-là.

[97] Le Conseil ne peut ignorer le témoignage du témoin expert Patenaude et du spécialiste Corriveau.

[98] Le Conseil constate que le docteur Corriveau n'a aucunement hésité à qualifier l'intervention de l'intimé comme étant une faute médicale; suivant ce spécialiste, une évaluation vasculaire aurait dû être effectuée avec une possibilité de revascularisation avant l'intervention.

[99] Le Conseil remarque que le docteur Corriveau est très précis à l'effet que la plaie qu'il a examinée, le 9 mai 2006, n'était pas en voie de guérison comme l'a affirmé l'intimé au patient.

[100] Le Conseil précise que le témoin expert du poursuivant, le docteur Patenaude, est affirmatif à l'effet que la douleur aurait pu être diminuée de façon pharmacologique.

[101] Le Conseil constate que ce témoin est très explicite; cette intervention n'était pas recommandable en l'absence d'une étude démontrant une perfusion adéquate des tissus de la région.

[102] Le Conseil note que même la 2^e intervention (le débridement) n'était pas recommandable dans pareilles circonstances.

[103] Le Conseil partage l'opinion du témoin expert à l'effet que l'intimé aurait dû entrer en communication avec les intervenants du système de santé.

[104] Le Conseil considère que la preuve par expert, pour établir la norme, était décisive pour établir la conduite dérogatoire.

[105] Le Conseil considère que l'intimé a eu un comportement qui va à l'encontre de la norme scientifique établit par le poursuivant.

[106] Le Conseil, dans le présent dossier, n'a pas à faire un choix entre deux positions distinctes dans une science donnée puisqu'une seule preuve d'expert a été présentée et qu'elle est convainquante.

[107] Le Conseil souligne que le poursuivant, par cette preuve d'expert jointe au témoignage du docteur Corriveau, a relevé le fardeau de preuve qui lui était dévolu.

[108] Le Conseil juge que le principe qu'il faut évaluer la vascularité avant de procéder à une amputation n'a pas été respecté.

[109] Le Conseil précise que la norme scientifique a été établie et que le comportement de l'intimé constitue une faute déontologique et non une simple erreur et cela malgré la bonne foi de l'intimé qui agissait, selon ses dires, dans un dessein humanitaire.

[110] Le Conseil croit que l'intimé aurait dû faire abstraction des propos du patient concernant les lacunes du système de santé; il aurait dû, plutôt, approfondir sa connaissance du dossier médical de celui-ci; peut-être que suite à cette démarche, il aurait procédé différemment et qu'il aurait enclenché un processus de communication avec les autres intervenants du système de santé.

[111] Le Conseil souligne que le bilan médical de M. Choinière, en considérant aussi son âge, exigeait une attention particulière et obligeait à une communication et à un échange de données le concernant car sa santé était, à tout le moins, précaire en ayant des antécédents médicaux sérieux.

[112] Le Conseil précise que l'intimé n'a pas respecté l'ensemble des obligations professionnelles auquel il est tenu et que, de ce fait, il a commis les actes dérogatoires qui lui sont reprochés.

PAR CE MOTIFS LE CONSEIL DE DISCIPLINE :

DÉCLARE l'intimé coupable des chefs 2 et 3 de la plainte du 4 février 2009.

PREND ACTE du retrait du chef 1 de la plainte.

Le Conseil convoquera les parties pour les représentations sur la sanction.

Frais à suivre.

Me Jean-Guy Gilbert

Nathalie Deschamps, podiatre

Robert Donaldson, podiatre

Me Jean Lanctôt

Procureur de la partie plaignante

32-09-00018

PAGE : 30

Me Jocelyn Perreault

Procureur de la partie intimée

Dates d'audience : 18 décembre 2009, 4 et 5 février 2010 et le 21 mai 2010.