

CONSEIL DE DISCIPLINE

ORDRE DES ORTHOPHONISTES ET AUDILOGISTES DU QUÉBEC

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC

N° : 29-14-00003

DATE : 16 août 2016

LE CONSEIL :	M ^e LYDIA MILAZZO	Présidente
	MME GINETTE DIAMOND	Membre
	M. GÉRARD LAROUCHE	Membre

SYLVIE A. BILODEAU, en sa qualité de syndique adjointe de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec

Partie plaignante

c.

ISABELLE GAUTHIER

Partie intimée

DÉCISION SUR CULPABILITÉ

S'AUTORISANT DES DISPOSITIONS DU DEUXIÈME ALINÉA DE L'ARTICLE 142 DU CODE DES PROFESSIONS, LE CONSEIL DE DISCIPLINE PRONONCE UNE ORDONNANCE DE NON-PUBLICATION, NON-DIVULGATION ET DE NON-DIFFUSION DU NOM DE L'ENFANT MENTIONNÉ DANS LA PLAINTÉ, AINSI QUE DE SES PARENTS, ET DE TOUT DOCUMENT OU RENSEIGNEMENT PERMETTANT DE LES IDENTIFIER.

INTRODUCTION

[1] La plaignante, Mme Sylvie A. Bilodeau, en sa qualité de syndique adjointe de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, reproche à l'intimée, Mme

Isabelle Gauthier, audiologiste, d'avoir fait défaut de s'assurer qu'un enfant subisse les examens appropriés pour déterminer sa condition auditive, lors d'une visite ayant eu lieu le ou vers le 2 avril 2012.

[2] La plainte est identique à celle déposée contre Mme Marilène Roy, audiologiste et collègue de l'intimée. À la demande des parties, les deux plaintes sont réunies par autorisation de la présidente en chef, tel que prévu à l'article 132.1 du *Code des professions*.

[3] Ainsi, les deux plaintes font l'objet d'une preuve commune.

[4] La plaignante produit l'attestation émise par l'Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec (l'Ordre) confirmant le statut de l'intimée comme membre de l'Ordre au moment visé par la plainte.

[5] L'intimée enregistre un plaidoyer de non-culpabilité à l'égard du seul chef de la plainte.

[6] La plaignante demande au Conseil une ordonnance de non-publication, de non-divulgence et de non-diffusion du nom de l'enfant et de ses parents, ainsi que de tout document ou renseignement permettant de les identifier.

[7] Le Conseil fait droit à cette requête fondée sur l'article 142 du *Code des professions* pour la protection de la vie privée de l'enfant et de ses parents.

LA PLAINTE

[8] La plainte se lit comme suit :

1. À Montréal, le ou vers le 2 avril 2012, l'intimée a fait défaut de s'assurer que R.J.H.E. subisse les examens appropriés pour déterminer sa condition auditive;

En agissant ainsi, l'intimée a contrevenu aux dispositions de l'article 4 du *Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec* ou, à défaut d'application de cet article, elle a posé un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de la profession ou à la discipline des membres de l'Ordre aux termes de l'article 59.2 du *Code des professions*.

QUESTIONS EN LITIGE

[9] **Selon les normes scientifiques généralement reconnues en audiologie à l'époque, est-ce que l'intimée a fait défaut de s'assurer que l'enfant subisse les examens appropriés pour déterminer sa condition auditive lors de la visite du 2 avril 2012?**

[10] **À défaut d'application de l'article 4 du *Code de déontologie* de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes (*Code de déontologie*), est-ce que l'intimée a posé un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de la profession?**

LA PREUVE

Les admissions

[11] Les rapports audiologiques du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), datés des 10 et 13 décembre 2012, respectivement, sont produits de consentement

pour faire preuve de leur contenu, sans qu'il soit nécessaire de faire témoigner les auteurs.

[12] Ces rapports révèlent que l'enfant souffrait d'une hypoacousie neurosensorielle sévère à profonde aux deux oreilles.

[13] Étant donné le degré de surdité, un appareillage binaural est recommandé dès que possible afin d'assurer une stimulation langagière adéquate et essentielle à son développement.

[14] Le 14 mai 2013, à l'âge de 24 mois, l'enfant reçoit un implant cochléaire.

[15] Les rapports d'analyse du Laboratoire de génétique moléculaire du CUSM, datés des 15 mai et 14 août 2014, respectivement, sont aussi produits de consentement pour faire preuve de leur contenu.

[16] Les parties admettent que l'enfant souffrait d'une surdité sévère à profonde le 2 avril 2012.

La visite du 2 avril 2012

[17] Les audiologistes, Isabelle Gauthier et Marilène Roy, (les Audiologistes) débutent avec l'histoire de cas. Selon le témoignage de la mère, cette partie de la rencontre dure approximativement 10 minutes.

[18] Les parents rapportent que leur fille, alors âgée de 10 mois, ne réagit pas aux bruits forts, ni à son nom et qu'elle ne babille pas.

[19] Ces informations sont consignées dans un formulaire intitulé « Antécédents médicaux- Enfant » (le Formulaire). Ce document indique aussi que l'enfant est née à 36 semaines et pesait 5,5 lbs. Mme Roy ajoute : « + petite que moyenne ».

[20] Par la suite les examens suivants sont effectués par les Audiologistes:

- L'Otoscopie : aucune obstruction n'est détectée dans les conduits auditifs;
- Le Tympanométrie : la mobilité du tympan est vérifiée et jugée bonne, par contre le réflexe stapédien n'est pas recherché;
- L'Audiométrie par conditionnement visuel ou « VRA » (Visual Reinforcement Audiometry) : cet examen en cabine sonore est fait en champs libre, soit sans écouteurs, avec renforçateurs visuels placés à 45 degrés, azimut, de la position de l'enfant; les résultats sont notés comme étant dans les limites de la normale.

[21] Vu les résultats de l'otoscopie, la mesure des ÉOA (Émissions Oto-Acoustiques) (par insertion de sondes dans les oreilles) est tentée, mais n'est pas complétée, car l'enfant bouge trop.

[22] À la suite de l'évaluation, les parents s'assoient avec les Audiologistes pour discuter des résultats.

[23] Les parents se font dire par les Audiologistes que leur enfant n'a pas de problème auditif; on leur remet le rapport audiologique (Rapport Audiologique).

[24] Selon le témoignage de la mère, elle et surtout le père, ont immédiatement questionné les Audiologistes sur le fait que leur enfant ne réagit pas aux bruits forts, ne

semble aucunement stimulée par la musique et ne babille pas. La mère demande si son bilinguisme a pu nuire à l'enfant au niveau de son langage.

[25] La mère se souvient que les Audiologistes lui ont dit ne pas avoir les réponses à toutes ces questions, tout en affirmant que ce n'était pas un problème d'audition. Elles ont mentionné qu'il faudrait se questionner au niveau du développement de l'enfant et lui ont remis un document intitulé « Développement normal de l'audition et de la communication de votre enfant » (Document sur le développement).

[26] Ce document mentionne qu'à l'âge de 6 mois jusqu'à 10 mois, l'enfant devrait réagir à son nom et tourner la tête, comprendre les mots communs tels que « non » et « bye bye », ainsi que babiller : « dire mamama, bababa ». De la naissance à l'âge de 3 mois, l'enfant devrait sursauter lorsqu'il y a un bruit très fort.

[27] La mère réalise que ce n'est justement pas le cas de son enfant. La mère témoigne que lorsqu'elle mentionne le tout aux Audiologistes, elles lui répondent que cela pourrait être des signes autres qu'un problème auditif. Elles lui suggèrent de consulter dans un CLSC.

[28] Selon le Rapport Audiologique, lors du VRA, les Audiologistes ont obtenu des réponses de l'enfant à plusieurs reprises, et ce, même à de faibles intensités. Elles rapportent avoir eu des réponses (au moins 10 au total) à 4 fréquences : 500, 1000, 2000 et 4000 Hertz jusqu'à en arriver à un seuil d'audition de 25 dB, ce qui est dans les limites de la normale.

[29] Dans ce même rapport, les Audiologistes identifient les motifs de consultation comme étant « retard de langage, éliminer surdité ». Dans la section « anamnèse » du même document elles ajoutent que l'enfant ne réagit pas aux sons forts, ni à son nom, que les parents ont des doutes quant à son audition ainsi que le fait qu'elle est née à 36 semaines et pesait 5,5 livres à la naissance.

[30] À la fin de ce rapport, les Audiologistes émettent les conclusions et recommandations suivantes :

Conclusions audiologiques :

Intégrité des structures de l'oreille externe et moyenne bilatéralement et interne à la meilleure oreille. Bonne mobilité tympanique bilatéralement.

L'acuité auditive est adéquate pour un bon développement du langage.

Recommandations et Plan d'intervention audiologiques :

1- Référons les parents à leur CLSC concernant les cours d'aide au développement global et de langage de leur enfant. 2- Explications des résultats audiologiques. 3- Suivi audiologique au besoin.

[31] En ce qui a trait aux mots « suivi audiologique au besoin » se retrouvant au bas du Rapport du 2 avril 2012, la mère reconnaît qu'à ce moment-là, la porte n'était pas fermée et qu'elle pouvait revenir voir l'intimée et sa collègue si jamais des doutes de nature audiologique persistaient. Aucun échéancier n'a été discuté.

[32] Pour les fins de l'analyse, le Conseil retient la version de la mère quant à ce qui a été dit lors de cette rencontre du 2 avril 2012 avant et après le test du VRA. Elle a un souvenir précis à cet égard, tandis que les Audiologistes avouent n'avoir aucun souvenir particulier de cette rencontre ni de cette enfant.

Les événements menant au diagnostic de surdité

[33] Suivant cette visite, la mère est rassurée par les résultats. Elle n'était pas inquiète de trouble envahissant du développement car elle avait un bon contact visuel avec l'enfant. Par contre, son conjoint continuait à avoir des doutes quant à ses problèmes auditifs. Il lui a dit qu'il trouvait ça « bizarre » comme résultat.

[34] Durant les mois suivants, elle continue d'observer les réactions de l'enfant pour rechercher des signes. Elle pense qu'elle s'est retournée une fois lorsque la porte a claqué. Finalement, un jour, pendant que l'enfant prenait son bain, la mère crie à tue-tête son nom, faisant peur à son fils, mais ne suscitant aucune réaction de l'enfant.

[35] Elle dit que «pour faire ses devoirs», elle contacte le CLSC et se fait dire qu'habituellement les enfants souffrant d'un trouble envahissant du développement réagissent fortement aux bruits. On lui suggère de rappeler la clinique auditive.

[36] En début novembre 2012, la mère rappelle la clinique auditive. Elle ne se souvient pas à laquelle des audiologistes elle aurait parlé. Elle explique que son enfant présente les mêmes signes : ne réagit pas aux bruits forts, ne babille pas. Elle ajoute que l'enfant ne la trouve pas lorsqu'elle se cache dans la maison, bien qu'elle crie très fort son nom et que l'enfant cherche activement. Elle reçoit un rendez-vous dans les jours qui suivent.

[37] Lors du rendez-vous le 9 novembre 2012, il n'y a qu'une audiologiste présente, il s'agit de Mme Roy. Cette dernière lui dit être surprise que sa collègue lui ait donné

rendez-vous ce jour-là. Elle ajoute que les résultats étaient normaux lors de la dernière évaluation du 2 avril 2012.

[38] Les parents insistent à procéder, incluant le test des ÉAO, lequel n'a pu être fait le 2 avril 2012.

[39] Mme Roy essaie de stimuler l'enfant et proclame qu'elle peut voir des réponses. Elle lui dit : « Moi, je ne m'inquièterais pas. »

[40] L'enfant bouge trop et Mme Roy réitère qu'elle ne peut pas compléter le test.

[41] La mère demande d'être référée à l'hôpital mais Mme Roy lui dit que l'enfant ne sera pas priorisée parce que les examens du 2 avril 2012 montrent qu'elle n'a pas de problèmes auditifs. Elle lui suggère de revenir faire le test en cabine lorsque sa collègue sera présente.

[42] Les parents n'ont plus confiance et quittent la clinique. Dans le rapport écrit de cette évaluation du 2 novembre 2012 qui a été fait par Mme Roy, elle recommande de revoir l'enfant pour refaire le test en cabine insonore.

[43] Mme Roy n'a pas de souvenir précis de cette rencontre. Le Conseil retient la version de la mère laquelle a témoigné de façon crédible. Par ailleurs le Conseil est conscient que la plainte vise uniquement les événements du 2 avril 2012.

[44] Les parents décident de consulter une autre clinique, soit la Clinique du Centre Ouest de Montréal.

[45] Les audiologistes de cette clinique font un historique du cas, examinent les oreilles de l'enfant et tentent, sans succès, de faire le test des ÉOA. Elles font le test en cabine et rapportent aux parents que leur enfant souffre d'une surdité au moins moyenne. Elles sont référées au CUSM pour que les examens des ÉOA puissent être complétés.

Les expertises

[46] De consentement des parties, le Conseil reconnaît Mme Lamarche, M Sc. A, comme témoin experte en audiologie (l'Experte Lamarche) et M. Beauregard, M Sc. A, (l'Expert Beauregard) comme témoin expert pour les Audiologistes.

[47] Les experts s'entendent sur la nature et le but des examens suivants, tel que décrit dans le rapport de l'Experte Lamarche :

- a) Visualisation des conduits auditifs externes (Otoscopie): ce test subjectif sert à vérifier la présence de cérumen ou autres corps étrangers dans le but de s'assurer qu'il sera sécuritaire d'insérer des sondes, comme pour le test des ÉOA, les écouteurs intra auriculaires (test en cabine avec écouteurs) ou la sonde de l'appareil d'impédancemétrie.
- b) Tympanométrie (aussi connue sous le nom de l'immitancemétrie): ce test objectif sert à vérifier si le mouvement des tympans est normal; lors de ce test la recherche du réflexe stapédien peut aussi être effectuée.
- c) Le test des émissions oto-acoustiques (ÉOA): ce test objectif permet de mesurer les ÉOA. Celles-ci consistent en une énergie acoustique émise par la cochlée suite

à la présentation d'une stimulation sonore. Les ÉOA sont mesurées par une petite sonde que l'on place dans le conduit auditif de l'enfant. La présence d'ÉOA est en lien avec une fonction normale des cellules ciliées externes (CCE) qui sont en fait sous-audibles.

Les ÉOA sont présentes chez 98% des sujets ayant une sensibilité auditive normale ou une hypoacousie de moins de 30 dBHL. Donc, pour les pertes auditives de plus de 30 dBHL, les ÉOA sont absentes (lorsqu'on utilise les transients, soit les clics transitoires). Ce chiffre monte à 50 dBHL lorsqu'on utilise des PD (Produits de distorsion).

d) Les potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (PEATC): ce test objectif mesure l'activité cérébrale qui est produite par des sons et qui est enregistrée par des électrodes placées sur la tête à des endroits spécifiques.

e) L'audiométrie par renforcement visuel (Visual Reinforcement Audiometry) (connue sous l'acronyme VRA) : il s'agit d'un test subjectif d'audition, car il se base sur le comportement de l'enfant. Il permet de déterminer les seuils spécifiques d'audition aux fréquences, et ce, peu importe le type ou le degré de perte/déficiência auditive. L'évaluation du seuil auditif perçu est la mesure du plus petit son que la personne peut entendre à des fréquences basses (sons graves 250 et 500 Hz), moyennes (1000-2000 Hz) et hautes (sons aigus 3000 à 8000 Hz). Le test se fait en cabine insonore et peut être fait sans écouteurs (en champs libre) ou avec écouteurs. Par contre un test fait en champs libre permet de déterminer le seuil auditif à la meilleure oreille seulement et non à chaque oreille.

L'enfant doit être conditionné à réagir à une stimulation auditive en tournant la tête vers le renforcement visuel, soit par exemple des jouets sonores qui allument. Une fois ce conditionnement accompli, le test peut débuter. Des sons de différentes tonalités (graves ou aigues) et à différentes d'intensités sont présentés. Lorsque le bébé localise spontanément la source du son, il est renforcé par une distraction visuelle et se retourne vers le renforçateur visuel.

[48] Les opinions des experts divergent notamment sur l'ordre des examens, la nécessité de faire le VRA sous écouteurs et la nécessité de valider les résultats du VRA par d'autres examens objectifs, telle la mesure des ÉOA.

La position de l'Experte Lamarche (pour la plaignante)

[49] Celle-ci est audiologiste à l'Hôpital Sainte-Justine (clientèle 0 à 21 ans) depuis 1984. Avant cela, elle a travaillé comme audiologiste à divers endroits, incluant une année à l'Hôpital pour Enfants de l'Est de l'Ontario. Elle détient une Maîtrise professionnelle en science appliquée-audiologie de l'Université McGill à Montréal.

[50] De 2009 à 2013, elle supervise les étudiants en Maîtrise à la Clinique Universitaire en orthophonie et audiologie de l'Université de Montréal; de 2008 à 2014 elle supervise les étudiants en Maîtrise, Internat au CHU Sainte-Justine et en 2003 les étudiants de McGill (Internat de 50 jours), toujours en audiologie.

[51] S'appuyant sur de nombreux auteurs reconnus dans le domaine de l'audiologie au Québec et s'inspirant des normes, lignes directrices et protocoles émanant d'autres provinces, comme l'Ontario et la Colombie Britannique, incluant le protocole du *Ontario*

Infant Hearing Program, Audiological Assessment, janvier 2008 (le Protocole IHP ontarien), elle détermine les examens qui devraient être faits et leur mode d'exécution, selon le cas, ainsi que la nécessité de valider les résultats par d'autres examens, le tout dans le cadre de l'évaluation de l'audition d'un jeune enfant.

[52] Ainsi, se fondant sur l'étude de *Jerger et Hayes*, 1976¹, l'œuvre de Hall et Mueller, 1998² et les auteurs *Gravel et Widen*³, elle établit une liste des différents examens, de nature subjective et objective, qui doivent obligatoirement être intégrés à l'évaluation audiolgique d'un enfant pour que celle-ci soit considérée complète et pour en assurer la validité, lorsque cet enfant présente un risque de surdité.

[53] Se fondant sur *Gravel*, elle fait aussi référence à une « séquence gagnante », dans l'ordre de ces examens, commençant par l'histoire de cas.

[54] L'histoire du cas, plutôt subjective, est essentielle car les informations recueillies peuvent servir à déterminer les examens qui seront effectués plus tard et avoir une influence sur les conclusions qui suivront l'analyse des résultats obtenus, surtout en présence d'un facteur de risque.

¹ Jerger J.F. Hayes, D. The cross-check principle in pediatric audiometry Arch. Otolaryngol. 1976 oct.
² Hall J. & Mueller H.G. 1998, Audiology Desk Reference : Vol 1. Diagnostic Audiology Principles, Procedures and Practices, San Diego, CA: Singular.
³ Gravel JS, Potential pitfalls in the Audiological Assessment of Infants and Young Children, Chap. 7. In A Sound Foundation of Through Early Amplification 2001. Proceedings of the Second International conference, Ed. Seewald RC, Gravel JS, Phonak AG: 2002:85-101; Gravel JS 2000. Audiologic assessment for the fitting of Hearing instruments: big challenges from tiny ears. In: RC Seewald (ed), A Sound foundation through early amplification: proceedings of an international conference. Chap. 3, pp. 33-46 St ta, Switzerland; Widen JE, Folsom RC et al. 2000, Identification of neonatal hearing impairment: hearing status at 8-12 months corrected age using a visual reinforcement audiometry protocol. Ear and hearing 21:471-187.

[55] Elle affirme que selon les méthodes courantes d'évaluation auditive, les observations des parents, surtout dans ce cas-ci, alors qu'ils rapportent une absence de réaction aux bruits forts, constituent un facteur de risque majeur.

[56] Elle indique que c'est la raison pour laquelle les « protocoles d'évaluation audiolinguistique d'enfant présentant un ou des facteurs de risque de surdité » recommandent de commencer par le test qui donnera le plus d'information pour chaque oreille séparément. Elle cite *Hall & Mueller*, 1998⁴ à l'appui.

[57] Selon l'Experte Lamarche, l'examen des ÉOA répond parfaitement à cet objectif et devrait être fait obligatoirement, et ce, même avant le VRA.

[58] Ce test n'est pas une mesure de l'audition. Par contre, un résultat positif permet de conclure à l'intégrité des CCE cochléaires bilatéralement, ce qui aurait été déterminant dans ce cas-ci.

[59] Elle dresse une liste des avantages de cet examen pour illustrer qu'il s'agit d'un test objectif, fiable et rapide qui permet de tester les deux oreilles séparément. Elle reconnaît que ce test est sensible aux bruits physiologiques et ambiants. L'enfant doit donc rester calme et ne pas bouger.

[60] S'appuyant sur *Widen*⁵, l'Experte Lamarche fait état « d'un protocole standardisé » en audiométrie par conditionnement visuel. Elle affirme que l'approche de *Widen* est enseignée à l'Université de Montréal.

⁴ Précité note 2

⁵ Précité note 3.

[61] Elle s'appuie sur l'auteur Gravel⁶, pour préconiser l'administration du VRA avec *écouteurs* lorsque l'enfant présente un risque de surdité et n'a jamais fait l'objet d'un dépistage néo-natal, comme dans le cas de l'enfant mentionnée dans la plainte.

[62] L'Experte Lamarche se fonde sur les normes et lignes directrices de l'Ontario⁷ pour soutenir, qu'idéalement, les jouets renforçateurs utilisés lors du VRA doivent être à 90 degrés du côté droit et/ou gauche, car ce positionnement permet d'obtenir une réponse claire et nette, en plus de réduire le nombre de faux-positifs (les fausses réponses).

[63] Par la suite l'Experte Lamarche dresse une liste des erreurs et pièges possibles associés au VRA. Cela inclut la transmission d'indices de façon involontaire par un parent, les fausses réponses lorsque l'enfant n'a pas entendu le stimulus présenté mais qu'il donne une réponse et la mauvaise interprétation d'une réponse.

[64] Pour contrer les possibilités d'erreurs, elle réfère à la nécessité de *valider* les résultats d'un VRA avec un test objectif, comme les ÉOA. Mme Lamarche crédite les auteurs *Jerger et Hayes, 1976*, pour l'énoncé de ce principe de validation sous le nom de « cross-check principe ». Elle s'exprime ainsi à la page 15 de son rapport d'expertise :

« Étant donné qu'une audiologiste très expérimentée n'est pas à l'abri de commettre des erreurs lors d'une évaluation audiolinguistique pédiatrique, il est nécessaire de :

- Corroborer les résultats obtenus à l'évaluation tonale et vocale avec d'autres examens :

⁶ Précité note 3.

⁷ Normes et Lignes Directrices de Pratique sur l'Évaluation de l'Audition des Enfants par L'Audiologiste, Ordre des Audiologistes et des Orthophonistes de l'Ontario, date d'approbation : mars 2008.

- L'immitancemétrie, la recherche du reflexe stapédien à niveau fixe, les émissions oto-acoustiques par transients ou par produits de distortion 50 et 51(PD) et au besoin les potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (PEATC).
- Relier le motif de consultation et les résultats obtenus car la collecte des données et les observations des parents (52) font partie intégrante de l'ensemble des examens de l'évaluation.
- Lorsqu'il y a discordance entre les observations des parents concernant le comportement auditif de leur enfant et les conclusions audiologiques une investigation plus poussée est requise afin d'élucider le pourquoi de cette différence. »

[65] L'Experte Lamarche fait plusieurs reproches aux Audiologistes, dont notamment :

- a) de ne pas avoir considéré les faits rapportés par les parents comme facteurs de risque de surdité;
- b) de ne pas s'être assurées que l'enfant subisse un examen objectif tel le  EOA ou le PEATC pour valider les résultats du VRA, vu qu'ils ne concordaient pas avec les observations des parents (elle reconnaît que le PEATC est habituellement fait en milieu hospitalier);
- c) de ne pas avoir fixé un autre rendez-vous pour compléter ces examens, surtout le  EOA, ou référé les parents à un centre hospitalier pour le faire.
- d) d'avoir référé les parents au CLSC de façon prématurée;
- e) de ne pas s'être assurées que l'enfant complète l'examen VRA sous écouteurs et par audiométrie tonale dans un délai maximal d'un mois;
- f) de ne pas avoir référé les parents à un centre hospitalier pédiatrique pour l'évaluation complète de l'audition de l'enfant.

La position de l'Expert Beauregard

[66] Ce dernier travaille comme audiologiste à l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario (CHEO) depuis 1986, et ce, auprès d'une population d'enfants âgés de 7 mois à 18 mois.

[67] Depuis 1992, il est le chargé de cours et des laboratoires en Audiologie à l'Université d'Ottawa, et ce, à temps partiel.

[68] Il a aussi supervisé les stages de nombreux étudiants à la *Clinique universitaire interprofessionnelle de réadaptation en soins de santé primaire* (de 2008 à 2011) en Ontario.

[69] L'Expert Beauregard maintient que les audiologistes ont utilisé des techniques valides respectant les normes scientifiques pour effectuer le VRA.

[70] Il attire l'attention du Conseil sur le fait que le VRA comporte une marge d'erreur d'au moins 10%⁸, ce qui est reconnu par la plaignante et son expert. Il existe donc la possibilité de faux-positifs dans 1 cas sur 10, malgré tous les contrôles en place pour minimiser l'erreur.

[71] Il avance la théorie du « perfect storm », soit une succession de fausses réponses positives, faisant en sorte que ce cas fasse partie de la marge d'erreur de 10% associée au VRA.

⁸ Miller, M. *Hearing Disorders Handbook*, Plural Publishing, 2008.

[72] Il conteste la prétention de l'Experte Lamarche que les renforçateurs devraient être placés à 90 degrés. Il s'agit d'un idéal; il reconnaît que c'est ce que certains protocoles recommandent. Cependant, la norme est respectée à 45 degrés. C'est au choix.

[73] Il souligne qu'il n'existe en réalité aucun consensus scientifique sur l'ordre des examens en audiologie pédiatrique. Tant le Protocole du Programme ontarien que l'extrait de *Hall et Mueller*⁹ produit par l'Experte Lamarche indique que le test des ÉOA peut se faire avant ou après le VRA. Il affirme lors de son témoignage que c'est à l'audiologiste de déterminer l'ordre, selon le cas.

[74] Dans son rapport d'expertise complémentaire, il explique la distinction entre un protocole, qui résulte d'un contrat entre le gouvernement d'une province et une agence, comme le Programme ontarien qui est donc plus rigide, et les lignes directrices adoptées par un Ordre. En dehors du Programme ontarien, l'expert Beauregard se fie aux lignes directrices de son Ordre professionnel en Ontario qui sont plus souples. Il porte l'un ou l'autre chapeau selon ses fonctions. Il n'y a pas d'obligation à suivre un protocole, à moins que le cas en question y soit assujéti et l'audiologiste est donc lié par contrat avec le gouvernement. Il reproche à l'Experte Lamarche de faire référence à des protocoles sans égard au contexte particulier dans lequel s'applique un protocole.

[75] Il souligne que même en vertu du Protocole du Programme de l'Ontario, le test des ÉOA n'est aucunement mandataire, mais plutôt discrétionnaire, sauf dans les cas

⁹ *Hall and Mueller, Diagnostic Audiologic Assessment of Children*, 1997, Pediatric Audiology Flowchart, page 447.

où la perte auditive est déjà établie et s'il s'agit d'investiguer l'étiologie (perte cochléaire vs neuropathie) afin d'installer un appareil.

[76] De plus, le test des ÉOA n'est pas un test d'audition. Il ne permet pas de déterminer s'il y a une perte au niveau cochléaire ou une neuropathie. Des problèmes neurosensoriels peuvent toujours exister. Une évaluation peut certainement être considérée complète sans ce test, si le VRA en champs libre est normal.

[77] Il conteste la prétention de l'Experte Lamarche à l'effet que les Audiologistes devaient obtenir des résultats au VRA pour chaque oreille, indiquant que cela est très difficile avec un enfant qui refuse de porter les écouteurs.

[78] Une mesure à au moins une des oreilles, telle que l'on obtient en champ libre, permet d'éliminer la présence d'une perte bilatérale et est suffisante pour la question du développement du langage. Ce n'est que si les résultats en champ libre démontrent un problème d'audition qu'il refait le VRA avec écouteurs.

[79] Il ajoute qu'il ne connaît pas d'autorités scientifiques concernant ce que doivent faire les audiologistes lorsqu'il y a discordance entre les observations des parents et les résultats d'un test. Selon lui, tout dépend de la raison d'être du test ; s'il répond à la question et s'il est fait selon les normes. Les parents qui ont des doutes peuvent toujours revenir.

[80] En dehors du Protocole ontarien IHP, si le VRA est valide en champ libre, il ne fait pas revenir les parents pour d'autres examens, une validation n'étant pas nécessaire.

[81] Pour ce qui est de la validation, il considère la position de l'Experte Lamarche comme « overkill », le PEATC et l'ÉOA n'étant pas nécessaires à chaque fois.

[82] Pour lui, ce n'est que lorsqu'il a des doutes sur la validité d'un test qu'il pousse les examens plus loin.

[83] Dans son rapport complémentaire, il mentionne que le CHEO est maintenant le centre désigné de formation en audiologie pédiatrique pour le Programme ontarien de dépistage de l'audition chez les nouveau-nés, et ce, pour tout l'Ontario. Il présente un organigramme tiré de ce programme.

[84] Selon cet organigramme, lorsque les résultats obtenus en champ libre sont normaux, mais que les ÉOA n'ont pu être mesurées, on conclut qu'aucune autre évaluation n'est requise, sauf si les préoccupations persistent ou s'il y a de nouvelles inquiétudes.

[85] Il considère la recommandation d'un suivi au CLSC tout à fait appropriée étant donné le retard de parole-langage rapporté par les parents. Il réfère à la recommandation des Audiologistes d'un suivi audiologique au besoin.

[86] Il conteste l'affirmation de l'Experte Lamarche à l'effet que le délai dans l'évaluation de l'enfant, dans le présent cas, ait eu des répercussions sur son développement de la parole.

[87] Il reproche à l'Experte Lamarche de manquer d'objectivité dans son analyse et de juger les Audiologistes à posteriori.

[88] Il considère que la découverte ultérieure d'une surdité profonde chez l'enfant n'est pas incompatible avec sa conclusion à l'effet que le travail du 2 avril 2012 fut effectué selon les règles de l'art.

Le témoignage de Mme Gauthier

[89] Mme Gauthier était âgée de 24 ans lors de la visite du 2 avril 2012.

[90] Elle détient un Baccalauréat, ainsi qu'une Maîtrise en audiologie de l'Université de Montréal qu'elle a terminée en mai 2012. Lors de l'évaluation de l'enfant mentionnée dans la plainte, elle avait deux ans de pratique.

[91] Elle a fait plusieurs stages dont un à l'Hôpital Sainte-Justine (enfants) pour une durée de 10 jours et un à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (population générale) pour une durée de 50 jours.

[92] Elle explique qu'à son emploi actuel, lorsqu'il s'agit d'évaluations d'enfants de 8 mois à 4 ans, elle travaille en équipe avec une autre audiologiste. Deux journées par mois sont réservées à ces fins. Elle effectue en moyenne une dizaine d'évaluations pédiatriques dans une journée.

[93] La trame factuelle relatée par la mère concernant la rencontre du 2 avril 2012 n'est pas contestée par Mme Gauthier.

[94] D'ailleurs, Mme Gauthier indique qu'elle ne se souvient pas de cette rencontre en particulier.

[95] Elle témoigne donc sur sa façon de faire habituellement et se réfère au Rapport du 2 avril 2012 pour expliquer les résultats obtenus dans le cas de l'enfant mentionnée dans la plainte.

[96] Ce faisant, elle confirme qu'elle travaille en équipe avec sa collègue, Mme Roy, pour les évaluations pédiatriques, et ce pour chacune des étapes :

- L'histoire de cas : c'est plutôt sa collègue, Mme Roy, qui dirige cette partie de l'évaluation, mais elle y participe et a inscrit certaines informations dans le formulaire des antécédents médicaux, comme dans le cas sous étude : le fait que l'enfant ne réagit pas aux bruits selon les dires des parents;
- l'otoscopie : elle a procédé à ce test; Mme Roy a inscrit les résultats, lesquels étaient bons;
- La tympanométrie : elle a effectué ce test et a conclu qu'il n'y avait pas de liquide et une bonne mobilité du tympan, tel que noté au rapport par Mme Roy;
- Le VRA : ce test a été fait en champ libre; elle est demeurée dans la cabine avec l'enfant et la mère; Mme Roy s'est installée aux contrôles audiométriques.

[97] Elle explique que pour que les réponses soient considérées valides, il faut que les deux audiologistes soient d'accord. L'enfant doit se tourner de façon claire dans les secondes suivant l'émission de la musique ou du son. Se fiant sur le Rapport, elle

affirme que l'enfant a donné des réponses claires tant dans la phase conditionnement, que durant le test.

[98] Elle indique que le test était valide car les résultats étaient bons. Elle confirme avoir toujours fait le test des ÉOA après le VRA et n'avoir jamais eu d'enseignement pour un ordre particulier à cet égard.

[99] Elle et sa collègue ont tenté de faire le test des ÉOA, mais n'ont pu le compléter vu que l'enfant bougeait trop.

[100] Par contre, vu les résultats du VRA, lesquels confirmaient l'audition normale de l'enfant à la meilleure oreille, ce qui répondait parfaitement à la demande des parents, un test des ÉOA n'était pas nécessaire.

[101] Elle était donc justifiée de dire aux parents qu'il ne s'agissait pas de problème auditif et que, vu le retard de langage, il était approprié de diriger les parents vers d'autres professionnels au niveau du développement.

[102] Elle suit les enseignements de l'auteur *Katz* en affirmant que son ouvrage, *Handbook of Clinical Audiology*¹⁰, était considéré comme « la bible » à l'Université où elle a étudié.

[103] En contre-interrogatoire, elle reconnaît que toutes les réponses obtenues lors de l'administration du test VRA étaient nécessairement fausses.

¹⁰ *Katz, J. Handbook of Clinical Audiology*, Lippincott Williams and Wilkins, 2002.

[104] Elle reconnaît les risques inhérents du test VRA (subjectif, influence de la mère ou d'un audiologiste, enfant très alerte visuellement).

[105] Lorsque questionnée par l'avocat de la plaignante sur la méthode de conditionnement utilisée dans le cas de l'enfant, Mme Gauthier reconnaît qu'en mai 2012, elle et sa collègue ont reçu une formation sur l'approche *Widen* pour les VRA. Suite à cette formation, elles ont modifié leur façon de faire le conditionnement afin d'attendre une réponse de l'enfant avant d'allumer le toutou comme renforçateur.

[106] Cette question a fait l'objet d'une objection de la part de l'avocat de l'intimée laquelle a été prise sous réserve. Elle est rejetée car l'information est pertinente quant à l'application des enseignements de *Widen* au Québec à l'époque;

[107] Quant à la nécessité de valider le résultat du VRA par une mesure des ÉOA en cas de discordance avec les observations des parents, elle mentionne que son professeur à l'Université, M. Bégin, lui a enseigné que cela n'est pas nécessaire pour un jeune enfant en présence de résultats valides de VRA en champ libre.

Le témoignage de Mme Roy

[108] Elle détient un BAC de l'Université de Montréal, ainsi qu'une Maîtrise en audiologie (2008).

[109] Elle a complété plusieurs stages en audiologie, incluant deux de 14 jours chacun à l'Hôpital pour enfants et au CMR (St-Hubert) et un de 50 jours au CHUL, visant une population générale de 0 à 99 ans.

[110] Elle a déjà travaillé auprès de très jeunes enfants (les plus jeunes ayant 2 mois) déjà diagnostiqués d'une surdité sévère et profonde. Dans le cadre de cet emploi, elle précisait les seuils auditifs et vérifiait les implants cochléaires.

[111] Elle travaille à la clinique avec Mme Gauthier depuis avril 2009 et corrobore son témoignage quant à l'horaire prévu pour les évaluations pédiatriques.

[112] Elle non plus ne se souvient pas du cas particulier de l'enfant mentionnée à la plainte et se fie aux rapports au dossier.

[113] Son témoignage corrobore celui de Mme Gauthier quant à leur méthode de travail et les examens à effectuer lors de l'évaluation d'un jeune enfant.

[114] Mme Roy étant l'audiologiste aux contrôles lors du VRA, elle explique en détails la façon dont elle et sa collègue conditionnent l'enfant pour répondre aux sons lors du test VRA, en commençant par la musique. Mme Roy débute à une intensité de 50 décibels et descend lentement vers un seuil de 20 décibels, qui est considéré comme étant dans les limites de la normale.

[115] Les audiologistes ne considèrent que les réponses claires et rapides (quelques secondes après l'envoi du son).

[116] Elle maintient que les résultats obtenus en champ libre répondaient aux motifs de consultation des parents de sorte qu'aucun autre test n'était requis.

[117] Elle mentionne l'importance de garder à l'esprit toutes les autres hypothèses pouvant expliquer les observations des parents. Le retard de langage justifiait la référence à d'autres professionnels.

[118] Elle conteste chacune des hypothèses de l'Experte Lamarche pour expliquer les résultats erronés.

[119] La formation qu'elle a reçue ne fait référence à aucun ordre en particulier pour les examens. L'important est la raison de la consultation. Ainsi, le VRA en champ libre, soit à la meilleure oreille, est suffisant pour le développement du langage.

[120] Le test des ÉOA n'est pas nécessaire lorsque le VRA donne des résultats valides.

[121] En contre-interrogatoire, elle reconnaît que toutes les réponses de l'enfant étaient fausses (au moins 10, sinon 15 à 20). Elle reconnaît aussi les risques inhérents à un test VRA, incluant la transmission d'indices de façon involontaire par la mère ou une audiologiste ou un lorsqu'un enfant est particulièrement allumé.

Le témoignage de M. Bégin

[122] M. Bégin est membre de l'Ordre depuis 1993. Il agit à titre de maître de stage pour l'Université de Montréal depuis 1996.

[123] Il a eu Mme Gauthier comme stagiaire.

[124] Le stage se déroule en grande partie à sa clinique, où il enseigne aux stagiaires sa façon de faire.

[125] Ce dernier enseigne à ses étudiants que la mesure des ÉOA est l'examen prédominant pour un enfant de moins de 12 mois. Le VRA vient confirmer les résultats. Lorsque l'enfant vieillit, c'est plutôt l'inverse. Il témoigne que c'est sa pratique depuis 2004 et que c'est justement sa pratique qu'il enseigne aux étudiants.

[126] Il ajoute qu'il n'enseigne pas d'ordre particulier pour l'administration de ces examens.

[127] Une objection est formulée par l'avocat de l'intimée lorsque l'avocat de la plaignante lui demande s'il y a des circonstances au cours desquelles il ne fait pas l'examen des ÉOA. Cette objection, prise sous réserve, est maintenue. M. Bégin n'est pas entendu par le Conseil à titre de témoin expert.

Le témoignage de Mme d'Youville-Brouillette

[128] Celle-ci a fait son stage avec Mme Gauthier.

[129] Selon le souvenir de ses études, l'examen des ÉOA est fait d'emblée pour les bébés de 3-4 mois. À partir de 6-7 mois, le VRA pourrait être suffisant.

[130] Elle n'a pas retenu de ses études que lorsqu'un examen des ÉOA n'a pu être complété et que le VRA donne des résultats, il faut faire revoir l'enfant pour compléter les ÉOA.

ANALYSE

Selon les normes scientifiques généralement reconnues en audiologie à l'époque, est-ce que l'intimée a fait défaut de s'assurer que l'enfant subisse les examens appropriés pour déterminer sa condition auditive lors de la visite du 2 avril 2012?

Le droit

[131] Le fardeau de la preuve repose sur la plaignante et cette preuve doit être de haute qualité, claire et convaincante¹¹.

[132] Chacun des éléments essentiels de l'infraction doit être établi de manière prépondérante¹².

[133] Il est dorénavant établi en droit disciplinaire que les éléments essentiels d'une infraction ne sont pas constitués par son libellé, mais se retrouvent dans la disposition législative que l'on reproche au professionnel¹³.

[134] L'article 4 du *Code de déontologie* de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec¹⁴:

« Dans l'exercice de sa profession, le membre doit tenir compte des principes scientifiques généralement reconnus en orthophonie et en audiologie.

D. 577-96, a. 4. »

¹¹ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Lisanu*, 2006, CanLII 714988; *Vaillancourt c. Avocats (Ordre professionnel des)*, 2012 QCTP 126.

¹² Langlois Kronström Desjardins, *Précis du droit disciplinaire*, Yvon Blais, 2007, pp. 225-227.

¹³ *Tremblay c. Dionne*, 2006 QCCA 1441.

¹⁴ RLRQ C-26, r 184.

[135] Le Tribunal des professions, dans l'affaire *Gonshor*¹⁵, s'exprime ainsi :

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

La norme scientifique applicable au moment de l'acte;

Le comportement du professionnel prétendument fautif;

Il doit prouver l'écart entre les deux derniers points est si grand qu'il constitue plus qu'une erreur légère mais bien une faute déontologique passible de sanction. »

[136] Lorsque l'infraction exige la preuve d'une norme ou de principes scientifiques, en absence de règles codifiées à cet égard, cette preuve doit être faite par expert¹⁶.

[137] Le rôle de l'expert est d'éclairer le tribunal sur « l'existence de la norme, de la règle scientifique généralement reconnue qui serait applicable aux faits spécifiques sous étude ». Il aidera à estimer dans quelle mesure le professionnel poursuivi y a dérogé ou pas, compte tenu de la preuve offerte¹⁷.

[138] Les pairs qui composent le Conseil de discipline ont certainement un rôle à jouer dans la compréhension et l'analyse de cette preuve, mais leurs connaissances ou leurs expériences ne peuvent suppléer à une absence ou une carence dans la preuve¹⁸.

[139] Les membres du Conseil déterminent si la norme a été établie par une preuve prépondérante. Selon la preuve, il n'existe pas de règles codifiées concernant les examens que doit subir un enfant lors d'une évaluation audiolinguistique.

¹⁵ *Gonshor c. Morin*, ès qualités (dentiste), 2001 QCTP 032.

¹⁶ *Lefebvre c. Notaires (Ordre professionnel des)*, 2010 QCTP 59; *Polysos c. Notaires (Ordre professionnel des)*, 2010 QCTP 59; *Tessier c. Simard*, 2013 CanLII 88396 (QC ODLQ).

¹⁷ *Dupéré-Vanier c. Psychologues (Ordre professionnel des)*, 2001 D.D.O.P. 397; *Dentistes (Ordre professionnel des) c. Agharazi*, 2011, EXP-3847.

¹⁸ *Malo c. Ordre des infirmières* 2003 QCTP 132 (CanLII); *Psychologues (Ordre des) c. David*, 2016 CanLII 23753 (CD OPQ).

[140] Il n'existe pas non plus de lignes directrices émanant de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec qui pourraient servir de guide.

[141] Dans ce cas-là, l'élaboration d'une norme scientifique doit nécessairement être basée sur la littérature, les recherches et autres considérations de même nature, reconnues au Québec au moment de l'infraction; une opinion quant à la pratique habituelle, par exemple, ne serait pas suffisante¹⁹.

[142] Le Tribunal des professions dans l'affaire *Malo*²⁰, en analysant la question de ce qui est généralement admis dans l'exercice de la profession d'infirmières et infirmiers, s'exprime ainsi :

« Le nursing s'enseigne dans les collèges et les universités; les procédures, les pratiques et les comportements, dans chaque cas, susceptibles de se présenter au professionnel y sont enseignés et demandent, de la part de ce dernier, l'exercice de son jugement. »

[143] Dans l'affaire *Comptables professionnels agréés (Ordre des) c. Gibeau*²¹, le Tribunal des professions précise qu'un expert « doit faire la démonstration des données scientifiques actuelles et reconnues par l'ensemble de la communauté professionnelle. Pour qu'une norme s'applique à l'ensemble des professionnels, elle doit faire consensus au sein de la profession. Cette exigence permet d'éviter la subjectivité et elle assure la cohérence des normes à respecter et la stabilité du droit. »

¹⁹ *Pomerleau c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2013 QCTP 50.

²⁰ *Malo*, Précité note 18.

²¹ 2012 QCTP 147.

[144] Dans l'arrêt récent, *Médecins c. Bisson*²², rendu le 21 juin dernier et qui porte notamment sur la question du consensus scientifique, la Cour d'appel s'exprime ainsi, sous la plume du juge Vauclair :

« [59] Un consensus n'équivaut pas à l'unanimité. Il est raisonnable d'affirmer que l'unanimité n'existe pas dans la science médicale, ou la science en général. Ainsi, comme le rappelle la juge Provost dans sa dissidence, le Tribunal a décidé, en 1991, que l'évaluation de la preuve relative au consensus appartient au Conseil. Ainsi, la présence d'une controverse, une notion qui implique nécessairement l'affrontement d'idées, n'est pas incompatible avec l'existence d'un consensus... »

Et plus loin,

« [60] Je prends tout de même une distance face aux propos du juge de la Cour supérieure qui affirme « que cette controverse soit justifiée ou non, il n'appartenait pas au Conseil de le déterminer ». Je ne suis pas convaincu qu'une controverse farfelue puisse donner ouverture à une faute, même si elle est défendue par l'autorité québécoise. Voilà pourquoi le Conseil doit rechercher le consensus, l'accord de la majorité, plutôt que le constat d'une controverse. »

Application au cas sous étude

[145] La preuve démontre que les Audiologistes ont travaillé conjointement tout au long de l'évaluation, de sorte qu'il n'y a pas de distinction à faire entre elles au niveau de l'analyse de leur responsabilité dans les faits.

[146] Il est reproché à l'intimée d'avoir fait défaut de s'assurer que l'enfant subisse les examens appropriés pour déterminer sa condition auditive.

[147] L'intimée plaide que l'Experte Lamarche n'a réussi à démontrer de règle sous forme écrite concernant les tests qui auraient dû être administrés par les Audiologistes.

²² *Médecins (Collège des) c. Bisson*, 2016 QCCA 1078.

[148] Cependant, le Conseil apporte la nuance suivante : les normes et les règles de l'art existent pour guider le professionnel dans les différentes situations qu'il doit affronter. Ce dernier doit alors exercer son jugement professionnel dans chaque cas, à la lumière des principes reconnus par la majorité de la communauté scientifique.

La preuve des règles de l'art

Les observations des parents comme facteur de risque

[149] La preuve prépondérante démontre que, selon les principes scientifiques généralement reconnus au Québec à l'époque, les inquiétudes exprimées par les parents constituent un facteur de risque à prendre en considération lors d'une évaluation audiologique d'un enfant.

[150] Le Conseil retient le témoignage de l'Experte Lamarche sur ce point car il est appuyé par la majorité des auteurs, incluant *Katz* dans son ouvrage, décrit par Mme Gauthier comme étant la « bible » à l'Université²³, ainsi que dans la 6^{ième} édition de son ouvrage paru en 2009²⁴.

[151] L'Expert Beauregard reconnaît que si les parents sont inquiets, il s'agit d'un facteur de risque selon le Protocole ontarien IHP. Il ajoute qu'il doit à ce moment-là prendre une *décision professionnelle* sur les examens à faire et à ne pas faire.

²³ *Jack Katz*, 2002, Précité note 10, page 470, tableau # 23.3.

²⁴ Jack Katz, Ph D, *Handbook of Clinical Audiology*, 6^{ième} édition, 2009, Lippincott Williams & Wilkins, Maryland, U.S.A., page 563: Appendix 23.1: Risk Indicators Associated with Permanent Early-Onset and/or Late progressive Hearing Loss in Children (Joint Committee on Infant hearing, 2007).

[152] Par contre, il soulève que les Audiologistes n'étaient pas assujetties à un tel protocole, sans toutefois reconnaître qu'il s'agit d'un facteur de risque en dehors de ce protocole. Cependant, lorsque l'avocat de la plaignante lui montre l'extrait de l'œuvre de *Katz* précité, l'Expert Beauregard reconnaît qu'il s'agit d'un facteur de risque.

[153] Ce même expert reconnaît en contre-interrogatoire que la situation où les parents rapportent que leur enfant n'entend pas, et ce, de façon constante et non pas aléatoire, mérite une considération additionnelle.

[154] Le Conseil retient donc le témoignage de l'Experte Lamarche sur cette question et considère donc qu'il s'agit d'un facteur de risque important dans le présent contexte où les parents rapportent que leur enfant ne réagit pas aux bruits forts ni à son nom, ce que Mme Roy reconnaît comme étant rare.

[155] Une fois ce facteur de risque particulier identifié, quels sont les principes scientifiques qui doivent guider le professionnel? Quel devrait être l'impact de ce facteur de risque sur les examens à faire?

[156] Si le Conseil accepte la thèse de l'intimée et de son expert, rien ne devrait changer, c'est-à-dire le VRA pouvait se faire en champ libre et la mesure des ÉOA, bien que souhaitable, n'était pas nécessaire, même en cas de discordance entre les résultats du VRA et les observations parentales de cette nature.

[157] Selon l'Experte Lamarche, l'identification de ce facteur de risque influence le VRA à faire (avec écouteurs plutôt qu'en champ libre) et de plus, exige une validation par l'administration d'examens objectifs, comme la mesure des ÉOA.

Le VRA

[158] Nous savons maintenant que les Audiologistes ont noté au moins 15 réponses qui étaient fausses car l'enfant, le 2 avril 2012, était déjà atteinte d'une surdité profonde aux deux oreilles.

[159] L'Experte Lamarche dresse une liste d'hypothèses à cet égard, par exemple : mauvaise planification, ne pas avoir débuté le test VRA à une intensité assez forte, manque de prudence dans l'administration de ce test, etc.

[160] L'Expert Beauregard lui reproche de se baser sur des conjectures. Cependant, le Conseil note que lui-même se base sur une hypothèse lorsqu'il affirme que les Audiologistes « ont dû faire attention car elles ont eu d'excellents stages ».

[161] L'Expert Beauregard réfère à la possibilité d'une sensibilité allumée de l'enfant et insiste en contre-interrogatoire qu'il est plus probable que l'enfant, malgré sa surdité profonde, ait répondu clairement à 15 reprises ou qu'il y ait eu un mauvais conditionnement. Il réfère à la marge d'erreur de 10% associée à cet examen.

[162] Le Conseil considère que ce témoignage manque d'objectivité et de crédibilité.

[163] Cependant, le Conseil n'a pas à déterminer pourquoi le VRA n'a pas donné des résultats valides. Le libellé de la plainte soulève plutôt la question des examens que l'enfant aurait dû subir.

[164] Donc au niveau du VRA, la question qui se pose est : est-ce que l'enfant devait subir un VRA avec écouteurs?

[165] L'Experte Lamarche énonce que, lorsqu'un enfant qui n'a jamais participé à un dépistage auditif néonatal présente un facteur de risque, une évaluation tonale est considérée complète si le niveau minimal de réponse (NMR) est obtenu *sous écouteurs* à 500, 2000 et 4000 Hz, ainsi qu'à la voix. Pour elle, ce n'est que lorsque les résultats des ÉOA sont normaux que l'on peut procéder en champ libre. Cependant, elle n'a pas démontré que cette affirmation est appuyée par des autorités scientifiques.

[166] L'Expert Beauregard témoigne que ce n'est que lorsqu'il y a une perte auditive *mesurée* que le VRA en champ libre n'est pas suffisant.

[167] Selon le protocole du programme IHP de l'Ontario, les examens VRA doivent être faits à chaque oreille (ou bien il doit être noté qu'ils ont été essayés sans succès).

[168] Les normes ontariennes stipulent que « l'audiométrie comportementale en champ sonore ne fournit pas suffisamment d'information pour permettre de procéder à une intervention, au besoin. »

[169] Le protocole de diagnostic de la Colombie-Britannique recommande les mesures à chaque oreille, « wherever feasible ».

[170] Dans les circonstances, le Conseil ne peut conclure à une preuve prépondérante quant à la nécessité de procéder à un VRA sous écouteurs.

[171] Par ailleurs, selon l'Experte Lamarche, la faillibilité inhérente du VRA en champ libre est une raison de plus pour valider les résultats obtenus par d'autres examens en présence d'un facteur de risque.

La validation des résultats (cross-check principe) et la nécessité de mesurer les ÉOA

[172] La preuve prépondérante démontre que le principe de « cross-check » faisait partie de la littérature scientifique reconnue en audiologie au Québec en 2012. Le Conseil retient le témoignage de l'Experte Lamarche sur ce point, car il est appuyé par les auteurs et se retrouve dans les éditions 2002 et 2009 de *Katz*.²⁵

[173] Le Conseil note que l'auteur *Allan Diefendorf*, contributeur aux éditions 2002 et 2009 de l'œuvre de *Katz*²⁶, reconnaît l'existence de ce principe en se référant, comme le fait l'Experte Lamarche, à *Jerger & Hayes, 1976*²⁷. Ainsi, il réfère au « test battery approach », soit le principe de la validation et définit celui-ci comme incluant le VRA et les ÉOA.

[174] En contre-interrogatoire, l'Expert Beauregard maintient que, c'est dans un contexte où la surdité est confirmée lors d'un dépistage à la naissance, que l'auteur *Katz* fait référence à la nécessité d'un « test battery approach ».

[175] L'extrait de l'ouvrage de *Katz* de 2002, au chapitre 23, traitant de la détection d'un problème de surdité chez les jeunes enfants par l'entremise de « *hospital-based newborn screening, coupled with outpatient follow-up evaluation of infants and young children* »²⁸ parle du principe du « test battery approach » à la page 473.

²⁵ Jack Katz, Précité notes 10 et 24.

²⁶ Précité notes 10 et 24.

²⁷ Précité note 1.

²⁸ Jack Katz, Précité note 10, page 469, premier paragraphe.

[176] Cependant, l'extrait de *Katz 2009* produit par la plaignante, concerne le chapitre « Assessment of Hearing Loss in Children » de la section: Special Populations. Il débute ainsi:

« The current trend in public health and primary health care is to view infants and young children *suspected of or at risk* for hearing loss (see Appendix 23.1) as a high priority for diagnostic evaluation and confirmation of hearing status »²⁹.

[nos soulignements]

[177] Il ajoute qu'une évaluation auditive complète « must be viewed as a « process » and not an isolated clinical visit ». C'est alors que *Katz* discute du « test battery approach » et de la nécessité de prendre une décision clinique en ces termes :

« The Test Battery Approach

The initial audiologic test battery to confirm hearing loss must include physiologic measures and, when developmentally appropriate, behavioral methods. The use of any test alone for assessing children's hearing sensitivity is discouraged. The desirability of using multiple tests in clinical practice is based on the complex nature of the auditory mechanism and the fact that auditory dysfunction may result from pathology at one or more levels of the auditory system. In test battery selection, the audiologist should use test procedures that are outcome based and cost effective, and greater weight should be given to the results of those tests for which validity and reliability are highest. If test results are not in agreement, the reason for discrepancy must be explored before arriving at and audiologic diagnosis.

Jerger and Hayes (1976) promoted the concept of a test battery approach so that a single test is not interpreted in isolation but, instead, various tests act as cross-checks of the final outcome. Hanley (1986) noted that cross-checks not only establish what the auditory disorder is, but also clearly establish what the auditory disorder is not. Thus, audiologists benefit by having a battery of tests appropriate for the diagnosis of hearing loss in infants and young children. As pointed out by Turner (2003), the purpose of multiple tests is to increase the accuracy of audiologic diagnosis. This is accomplished when appropriate diagnostic tests are selected for the *individual's* «test battery». Subsequently, tests must be carefully administered and data appropriately interpreted, followed

²⁹ Jack Katz, Précité note 24, page 545, 1^{er} paragraphe.

by a clinical decision based on the entire test battery. After weighing the agreement/disagreement between tests, the audiologist can reach a confident diagnosis. Clinical decision involves not only test selection, but also determining the number of tests administered during a single session, interpreting individual test data, and then drawing conclusions based on the performance of the entire test battery.

[nos soulignements]

[178] L'Expert Beauregard reconnaît que *Katz* est un ouvrage de référence pour les audiologistes. Il dit par contre ne pas avoir lu ce chapitre et indique qu'il s'agit d'une opinion avec laquelle il n'est pas d'accord.

[179] Il ne faut pas oublier que, même en 2002, on identifie dans l'ouvrage de *Katz*, les inquiétudes des parents comme facteur de risque, et ce, dans un contexte où il n'y pas eu de dépistage à la naissance, pour les enfants âgés de 29 jours jusqu'à deux ans. D'ailleurs ces facteurs ont été révisés « where universal hearing screening is not yet implemented »³⁰. Il s'agit toujours du premier facteur de risque dans la mise à jour du même tableau (Risk Indicators Associated with Permanent Early Onset and/or Late Progressive Hearing Loss in Children (Joint Committee on Infant Hearing, 2007) annexe 23.1 se retrouvant dans l'édition 2009 (page 563).

[180] De plus, en 2009 cet auteur identifie l'histoire du cas comme étant le premier cross-check :

« The case history is the component of the audiological assessment that guides the audiologist in constructing an initial « developmental profile » based on the child's physical, developmental and behavioral performance. It can also serve as the first cross-check on the audiological test outcome....

³⁰ *Jack Katz*, Précité note 10, pages 468 à 470, tableau 23.3.

The outcome of the case history is particularly important because it will often guide the strategy for the audiologic assessment and for making subsequent recommendations and referrals.»³¹

[nos soulignements]

[181] L'Expert Beauregard admet qu'il enseigne ce dernier point à ses étudiants en Ontario.

[182] Ainsi, Le Conseil trouve plus logique l'interprétation de la plaignante à l'effet que les propos de *Katz* ne se limitent pas juste au cas où l'enfant a déjà fait l'objet d'un dépistage à la naissance démontrant une surdité. Ils s'adressent également au diagnostic initial et concernent l'importance de faire une évaluation complète le plus tôt possible dans le cas d'un jeune enfant, incluant l'examen des ÉOA en tenant compte des facteurs de risque.

[183] Dans un autre extrait de l'édition 2009 de *Katz*, soit le chapitre intitulé « Current Physiologic Bases of Audiologic Interpretation and Management », écrit par l'auteur *Diefendorf*, lequel indique qu'il aurait pu être intitulé : « Fifty years of My (C.I.B.) Audiologic Mistakes and How to avoid them », l'auteur met l'emphase sur l'importance de la validation des résultats obtenus en VRA par le « triage » d'examens suivants : la tympanométrie, le réflexe stapédien et la mesure des ÉOA. En plus, il insiste sur le fait que ces examens devraient se faire *avant* le VRA, tout comme l'Experte Lamarche dans ce qu'elle décrit comme étant « la séquence gagnante ». Il conclut ainsi :

« With the advent OAE' and MEMRs and our increased understanding of auditory physiology and genetics, it is time we stepped from behind the puretone audiogram as an inviolable gold standard for hearing and recognized its limitations. Without physiologic validation, an audiogram can be an obstacle

³¹ *Jack Katz*, Précité note 25, page 549.

rather than an aid to patient management in general and to hearing in particular (Spoendlin 1979; Moore et al. 2000; Hogan and Turner 1998; Berlin et al. 2001, Rance 2005). We strongly urge our colleagues to adopt a triage of tympanometry, MEMRs, and OAEs on every new patient before puretone audiometry is performed; these precautions may save time and money, as well as prevent many common management errors. This will also allow a validation stamp to be impressed on the audiogram to tell the audiologists when the results can be trusted and/or used for habilitation.»

[184] L'intimée argumente que cet extrait de *Katz* démontre que le VRA demeurerait le « gold standard » en 2009; le fait que l'auteur souhaitait que cela change ne peut constituer un consensus dans la communauté scientifique.

[185] Le Conseil note que M. Bégin mentionne clairement qu'il enseigne aux étudiants, comme ce fut le cas pour Mme Gauthier, que la mesure des ÉOA est l'examen *prépondérant* pour les enfants de moins de 12 mois. Il réfère à une difficulté inhérente dans l'administration du VRA à une enfant si jeune, laquelle difficulté affecte la fiabilité.

[186] C'est la raison pour laquelle il enseigne aux étudiants, et ce, depuis 2004, que la mesure des ÉOA est plus importante que le VRA lorsque l'enfant est âgé de moins de douze mois, tandis que ça devient l'inverse lorsque l'enfant est plus âgé.

[187] Ce témoignage est contredit par Mme D'Youville-Brouillette et Mme Gauthier. Le Conseil retient plutôt le témoignage de M. Bégin. Ce dernier a clairement répondu aux questions, et ce, sans contradiction, tant en interrogatoire qu'en contre-interrogatoire. Il a indiqué de façon crédible que, bien qu'il ne puisse se souvenir des cas précis enseignés à Mme Gauthier, celle-ci, lors de son stage, l'aurait suivi dans sa clinique et, comme pour les autres étudiants, il lui aurait enseigné sa façon de faire dans sa pratique.

[188] Lors du témoignage de M. Bégin, la plaignante lui a demandé ce qu'il enseignait dans un cas précis comme celui sous étude, soit que les parents rapportent que leur enfant ne babille pas et ne réagit pas aux bruits forts. L'avocat de l'intimée s'est objecté en soulignant qu'il ne s'agit pas d'un témoin reconnu comme expert par le Conseil. Cette objection, prise sous réserve lors de l'audience, est accueillie. Le témoin doit limiter sa réponse à ce qu'il enseigne et enseignait à l'époque pertinente aux présentes. D'ailleurs des questions de cet ordre lui ont été posées en contre-interrogatoire par le procureur de l'intimée. Ce n'est que, s'il se souvient d'avoir enseigné ce cas précis, qu'il peut y répondre.

[189] Ainsi, le Conseil retient du témoignage de M. Bégin, qu'il enseigne à tous ses étudiants que si la mesure des ÉOA est tentée sur un bébé de moins de douze mois, mais n'est pas réussie, il essaie le PEATC (si possible), suivi du VRA, mais reverrait l'enfant pour faire l'examen des ÉOA afin de compléter ou valider les résultats.

[190] Par contre, il n'est pas nécessaire de prouver qu'un tel examen est requis à chaque fois. Le Conseil revient sur les notions de facteur de risque, de validation et de jugement clinique qui s'imposent.

[191] La nécessité de valider les résultats du VRA *dans les circonstances du présent cas* découle des principes scientifiques et de l'objectif même de l'évaluation auditive: soit d'éliminer une surdité. Le Conseil croit que cette approche est appuyée par la majorité des auteurs.

[192] Cependant, il ne s'agit pas d'imposer une « nouvelle norme » exigeant la mesure des ÉOA à chaque fois.

[193] Ce que le Conseil retient de la preuve est que le principe de validation était reconnu par la science en audiologie au Québec en 2012 et que la mesure des ÉOA est une partie intégrante de toute validation, lorsqu'une validation s'impose.

[194] L'application de ce principe de validation dépend des circonstances de chaque cas, ce qui nécessite l'exercice d'un jugement clinique.

Le jugement clinique : la nécessité de valider les résultats du VRA dans le cas sous étude

[195] Le Conseil trouve plus crédible et logique le témoignage de l'Experte Lamarche à l'effet que le jugement clinique découlant des principes scientifiques reconnus à l'époque nécessitait que d'autres examens soit prévus, et ce, avant d'émettre aux parents une conclusion sur l'audition de l'enfant.

[196] Tel que mentionné par le Tribunal des professions dans l'affaire *Malo*³², l'application de principes requiert l'exercice d'un jugement clinique de la part des professionnels.

[197] L'Expert Beauregard reconnaît qu'il y a un jugement clinique qui doit être exercé lorsque selon les parents, l'enfant n'entend rien.

[198] Comme en témoigne Mme Roy, ce scénario est plutôt rare.

³² *Malo*, Précité note 18.

[199] Outre le facteur de risque identifié par les parents lors de l'histoire de cas, la preuve démontre un questionnement sérieux des parents lorsque les Audiologistes ont communiqué les résultats du VRA.

[200] Malgré ce qui précède, l'Expert Beauregard insiste sur le fait que les Audiologistes ont suivi les principes scientifiques reconnus à l'époque en se limitant à un examen VRA en champ libre pour affirmer aux parents que leur enfant n'avait pas de problème d'audition.

[201] De plus, il insiste sur la marge d'erreur de 10 à 15% liée à l'examen VRA pour appuyer sa position à l'effet que les Audiologistes aient pu arriver à ce résultat tout en suivant les règles de l'art concernant l'administration du VRA en champ libre. Il ne considère cependant pas cette marge d'erreur dans l'évaluation de la nécessité de faire d'autres examens avant de tirer une conclusion sur l'audition de l'enfant, et ce, à la lumière du facteur de risque et du questionnement parental.

[202] Il indique que c'est lorsqu'il a des doutes sur l'examen lui-même, et non sur la base des doutes parentaux, qu'il songerait à faire d'autres examens.

[203] L'Expert Beauregard avance une théorie de « perfect storm » ou d'un « bébé qui peut être insensible aux sons bruyants » plutôt que de reconnaître la nécessité d'exercer un jugement clinique, lequel mènerait logiquement à l'administration d'autres examens *avant* d'émettre une conclusion quant à l'audition de cette enfant

[204] Le Conseil ne trouve pas ce témoignage crédible. Il semble vouloir défendre les actions ou l'inaction des Audiologistes plutôt que d'adresser la question du jugement clinique qui devait s'imposer dans les circonstances.

[205] Ce que le Conseil retient clairement de la preuve d'expert est l'identification d'un facteur de risque, d'un principe de validation ainsi que la marge d'erreur du VRA.

[206] Le Conseil retient aussi de la preuve factuelle les préoccupations des parents avant l'évaluation, telles que communiquées aux Audiologistes, le motif de la consultation ainsi que le questionnement des parents *après* avoir reçu les résultats du VRA.

[207] C'est dans ce contexte que le Conseil conclut que le jugement clinique découlant de l'application des principes scientifiques reconnus nécessitait qu'un examen « objectif » comme le ÉOA soit effectué, ou à tout le moins cédulé *avant* de *conclure* sur l'audition de cette enfant.

[208] Les Audiologistes ne pouvaient, dans les circonstances, conclure à une audition adéquate au développement du langage et à l'intégrité des structures de l'oreille *interne*, comme elles l'ont fait dans leur Rapport Audiologique.

La valeur probante de l'expertise de l'Experte Lamarche

[209] L'intimée argumente qu'aucune valeur probante ne devrait être accordée à son témoignage à titre d'experte.

[210] Elle mentionne, entre autres, que celle-ci se contredit sur l'ordre des examens et le caractère obligatoire des ÉOA.

[211] Pour ce qui est de l'ordre des examens, le Conseil constate que l'Experte Lamarche réfère à une « séquence gagnante » et non pas à un ordre obligatoire.

[212] Le Conseil retient de la preuve que l'ordre des examens ne fait pas l'objet d'un consensus parmi les auteurs.

[213] Même si l'Experte Lamarche a mis « trop » d'emphase sur la question de l'ordre des examens, tel que plaidé par l'intimée, le Conseil ne considère pas que la fiabilité de son expertise en soit affectée à ce point. D'ailleurs le Conseil constate que sa position est tout de même appuyée dans la 6^{ième} édition de l'ouvrage de *Katz* paru en 2009, qui préconise que l'on débute avec les examens objectifs, incluant les ÉOA, avant de faire le VRA.

[214] L'intimée argumente que l'Experte se ravise sur la nécessité de faire l'examen des ÉOA dans tous les cas d'évaluation pédiatrique, lorsqu'elle indique en contre-interrogatoire « laisse faire le « mandatory » ».

[215] Le Conseil ne considère pas que cela affecte la crédibilité de son expertise quant aux principes scientifiques de base reliés au facteur de risque, à la validation et au rôle des ÉOA, lorsque ces principes s'appliquent.

[216] De plus, M. Bégin témoigne qu'il fait systématiquement l'examen des ÉOA dans sa pratique au Québec et que c'est justement cette pratique qu'il enseigne aux étudiants lors de leur stage en audiologie.

[217] Le Conseil retient de la preuve que cet examen est d'une importance capitale pour un enfant âgé de 10 mois, dans un contexte où cet enfant présente un facteur de risque et que les circonstances font appel à la nécessité d'une validation.

[218] L'intimée soulève d'autres éléments qui, selon elle, discréditent l'Experte Lamarche au point de priver son expertise de toute valeur probante.

[219] Le Conseil ne partage pas cet avis.

[220] À titre d'exemple, dans son rapport, l'Experte Lamarche écrit que «Mme Roy n'a pas considéré les faits rapportés *comme des facteurs de risque de surdité*». Cependant, en contre-interrogatoire, lorsque confrontée avec le Rapport Audiologique, elle croit devoir se corriger car les faits rapportés y sont mentionnés. Pour sa part, le Conseil considère que les Audiologistes n'ont pas accordé un poids suffisant aux observations parentales comme véritable facteur de risque.

[221] Elle témoigne aussi à l'effet qu'elle doit réviser la position qu'elle a prise dans son rapport à l'égard de la responsabilité de Mme Gauthier lors de l'administration du VRA, celle-ci n'étant pas aux « contrôles ». Son témoignage à cet égard démontre au Conseil son souci d'être précise et impartiale, même si elle ne l'a soulevé que lors de son contre-interrogatoire.

[222] Par contre, lorsqu'elle témoigne du fait qu'elle ignore si l'OOAQ a émis des lignes directrices, le Conseil avoue que cela est surprenant.

[223] Cependant, le Conseil est d'avis que ces points démontrent plutôt l'inexpérience de l'Experte (celle-ci admet qu'elle témoigne pour la première fois), et n'affecte pas la

validité de sa position sur la question en litige. Ainsi, les aspects essentiels de sa position sont appuyés par la majorité des auteurs reconnus au Québec en matière d'audiologie et corroborés par le témoignage de M. Bégin quant à sa pratique ici au Québec, telle qu'enseignée à ses étudiants, incluant Mme Gauthier.

Est-ce que la mention « suivi audiolgique au besoin » dans le Rapport Audiologique était suffisante dans les circonstances?

[224] La preuve démontre que, bien que les parents avaient compris que la porte n'était pas fermée, la conclusion communiquée aux parents par les Audiologistes était que l'enfant n'avait pas de problème auditif et qu'il fallait maintenant explorer d'autres pistes non reliées à son audition; soit au niveau de son développement. C'est dans ce contexte que la portée des mots « suivi audiolgique au besoin » doit être analysée.

[225] Le Conseil considère que dans les circonstances, cette mention n'était pas suffisante.

[226] Les Audiologistes devaient, de façon concrète, planifier soit de revoir l'enfant ou soit de la référer à un centre hospitalier pour d'autres examens, telle la mesure des ÉOA, et ce, dans un avenir rapproché.

[227] Malgré les doutes et les observations des parents, elles ont plutôt écarté la possibilité de surdité, et ce, sur la base de leurs résultats de VRA en champ libre, pour affirmer qu'il ne s'agissait pas d'un problème d'audition. Cette affirmation, suivie d'une référence au CLSC, an tant considérablement la portée et la signification des mots « suivi au besoin » dans leur rapport du 2 avril 2012.

[228] Dans ce contexte, ces mots, suivis d'aucun échéancier, d'aucune explication quant à la possibilité de faire d'autres examens ni aux limitations du VRA, étaient, dans les circonstances du présent dossier, nettement insuffisants.

L'écart entre le comportement fautif, les règles de l'art et la faute déontologique

[229] Le Conseil partage l'avis de l'Expert Beauregard que nul examen n'est infaillible.

[230] Cependant, ce que le Conseil dégage des opinions des auteurs ainsi que des normes et protocoles, est que le but ultime est d'éviter que des erreurs de diagnostic se produisent. Il ne s'agit pas d'une obligation de résultat, mais bien de moyens.

[231] À cet égard, le Conseil partage l'avis de l'Experte Lamarche à l'effet que l'audiologiste a la responsabilité de prendre les moyens nécessaires, selon le cas, pour éviter de telles erreurs.

[232] Le Conseil ne considère pas qu'il s'agisse d'une expertise basée sur une approche rétrospective. Les conclusions que le Conseil tire de cette expertise sont basées uniquement sur les éléments connus lors de l'évaluation du 2 avril 2012.

[233] D'après la preuve, le Conseil retient que les Audiologistes ont adopté une approche trop technique, sans faire la démarche clinique et sans utiliser le jugement clinique qui s'imposaient dans les circonstances, selon la science.

[234] Par leur propre admission, elles étaient convaincues des résultats du VRA, ignorant sa faillibilité inhérente, et ce, même en présence d'un facteur de risque, d'un

examen des ÉOA non complété et d'un questionnement sérieux de la part des parents quant aux résultats du VRA.

[235] D'ailleurs, leurs répliques respectives à la plaignante lors de l'enquête sont éloquentes à cet égard.

[236] Ainsi, Mme Gauthier indique (Pièce P-11):

“Étant donné que nous n'avons pas en notre possession des éléments qui pourraient nous informer sur l'étiologie de la surdité profonde aux deux oreilles de ..., il nous est impossible de savoir à quel moment exactement cette surdité de ... s'est installée. Toutefois, compte tenu des résultats obtenus le 2 avril 2012, il est certain qu'à cette date, ...ne présentait pas de surdité profonde des deux oreilles et n'en était pas affectée. Cette condition s'est donc développée par la suite » et plus loin, « ...les résultats en champs libre démontrent que l'audition globale de...à cette date n'a pu être la raison du retard langagier rapporté. Sur ce point, nous soumettons donc que le diagnostic en question n'a pas été retardé en raison des gestes de la soussignée, puisqu'il était clairement à écarter à l'époque de notre intervention d'avril 2012. »

[nos soulignements]

[237] Mme Roy, pour sa part écrit ce qui suit (Pièce P-10):

« Il est certain, cependant, qu'en avril 2012, ... ne présentait pas une hypoacousie neurosensorielle de degré profond aux deux oreilles, tel que détecté en décembre 2012. »

[nos soulignements]

[238] Dans le cas de l'enfant mentionnée dans la plainte, les motifs de consultation constituaient un facteur de risque important qui ne corroborait pas les résultats obtenus. Cela devait alerter les Audiologistes de la possibilité d'une surdité importante et donc influencer les décisions prises au niveau des examens d'évaluation auditive. De plus, les parents ont questionné ces résultats.

[239] Les Audiologistes se sont écartées des principes reconnus en audiologie car elles ne se sont pas assurées que l'enfant subisse d'autres examens permettant de valider les résultats du VRA, et ce, compte tenu du facteur de risque, de la marge d'erreur du VRA et des observations et questionnement des parents.

[240] Elles se sont limitées aux résultats obtenus en cabine insonore, sans avoir fait de recherche du réflexe stapédien lors de la tympanométrie et sans avoir mesuré les ÉOA ou le PEATC.

[241] Le Conseil n'a pas à identifier chacun des examens qu'elles devaient faire, car, dans les circonstances, la faute consiste à ne pas avoir prévu aucun autre examen.

[242] Cependant, le conseil est à même de constater que la preuve prépondérante est à l'effet qu'au moins la mesure des ÉOA devait être faite, soit par les Audiologistes lors d'un deuxième rendez-vous ou par un centre hospitalier.

[243] Or, non seulement cela n'a pas été fait, mais elles n'ont donné aucune information aux parents quant aux limites du VRA ou à la possibilité de faire d'autres examens audiologiques. Au contraire, elles les ont référés à leur CLSC pour explorer des pistes autres que l'audiologie, en indiquant que ce n'était pas un problème d'audition.

[244] Le Conseil rappelle que ce n'est pas toute erreur professionnelle qui engendre une faute déontologique.

[245] Cependant, dans les circonstances de cette affaire, la faute s'écarte suffisamment des principes scientifiques reconnus et du jugement clinique qui devaient

nécessairement s'ensuivre pour constituer une faute déontologique en vertu de l'article 4 du *Code de déontologie*.

Est-ce que l'intimée a posé un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de la profession?

[246] C'est à défaut de l'application de l'article 4 du *Code de déontologie*, que la plainte invoque l'article 59.2 du *Code des professions*, lequel se lit comme suit :

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

1994, C.40, a.49.

[247] Vu la conclusion à laquelle arrive le Conseil à l'égard de l'article 4 du *Code de déontologie*, il n'est pas nécessaire de se prononcer sur l'application de l'article 59.2 du *Code des professions*.

[248] Par contre, le Conseil considère que si cet article devait s'appliquer, la conduite des Audiologistes constitue une dérogation à l'honneur de la profession.

DÉCISION

EN CONSÉQUENCE, LE CONSEIL, UNANIMEMENT :

DÉCLARE l'intimée coupable à l'égard de l'infraction prévue à l'article 4 du *Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec*;

DEMANDE à la Secrétaire de l'Ordre de convoquer les parties pour une audition sur les sanctions.

M^e LYDIA MILAZZO, présidente

MME GINETTE DIAMOND, membre

M. GÉRARD LAROUCHE, membre

Me Sylvain Généreux, avocat
Partie plaignante

Me Yann Bernard, avocat
Partie intimée

Dates d'audience : **28 et 29 septembre 2015**
22 octobre 2015
1, 2 et 15 février 2016