

COUR SUPÉRIEURE

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE GASPÉ

N° : 110-17-001136-226

DATE : 27 mai 2025

SOUS LA PRÉSIDENTE DE L'HONORABLE DANIEL DUMAIS, j.c.s.

**STÉPHANIE CÔTÉ
GILLES JEANNOTTE**

Demandeurs

c.

MARIE-YANOUK BLAIN

Défenderesse

**JUGEMENT
(en matière de responsabilité médicale)**

I. INTRODUCTION

[1] Le 4 décembre 2018, la demanderesse (« **Mme Côté** ») fait un accident vasculaire cérébral (« **AVC** »). Elle en impute la responsabilité à sa gynécologue (« **Dre Blain** »), qu'elle poursuit. Selon elle, l'AVC résulte de la prise d'un médicament, le Cyklokapron, prescrit par la médecin. Le conjoint de la demanderesse (« **M. Jeannotte** ») se joint à la demande.

[2] Les dommages sont admis et établis à 2 000 000 \$, soit 1 950 000 \$ pour la demanderesse et 50 000 \$ pour le co-demandeur.

[3] Par contre, la faute alléguée est fortement contestée. Il en est de même du lien causal.

[4] Les parties témoignent au procès. De plus, chacune fait entendre deux experts soit un(e) gynécologue et un(e) hématologue.

[5] Dre Blain a-t-elle commis, selon la balance des probabilités, une faute dans sa prise en charge de Mme Côté et dans le traitement qui lui a été administré? L'AVC a-t-il été causé par la prise du médicament Cyklokapron? Telles sont les deux questions posées au Tribunal.

II. LE CONTEXTE FACTUEL

i) Les parties

[6] La demanderesse est aujourd'hui âgée de 50 ans. Elle forme un couple avec le demandeur depuis 30 ans. Ils ont deux enfants, Véronique et Mathieu, âgés de 25 et 21 ans.

[7] Mme Côté a fait carrière dans le domaine de l'administration et de la gestion. Elle travaillait à temps plein jusqu'à son AVC. Elle n'a jamais repris le travail et est considérée invalide sur le plan professionnel. Elle se décrit comme fonceuse et ambitieuse. Les défis ne lui font pas peur. Elle témoigne qu'elle a toujours fait de l'asthme et été considérée comme obèse.

[8] M. Jeannotte, tout comme sa conjointe, est originaire de la Gaspésie. Il a œuvré comme boucher pendant 38 ans. Il fait présentement du trappage. Il se dit plus réservé et craintif que Mme Côté. Il est calme et jovial.

[9] Dre Blain a obtenu son doctorat de médecine de l'Université de Montréal. Elle a complété une spécialité en gynécologie et obstétrique. Elle pratique à l'hôpital de Gaspé depuis 2007. Elle y a travaillé à temps plein sauf pour une période d'une année, entre août 2016 et août 2017 alors qu'elle résidait en Colombie-Britannique.

[10] Elle fait principalement de la gynécologie de seconde ligne. Ses patients lui sont référés par des médecins de famille. Elle consacre environ 70% de son temps à la gynécologie et 30% à l'obstétrique. Elle a charge de grossesses à risque mais non de cas normaux.

[11] Son bureau est situé à l'hôpital. Outre ses tâches cliniques, elle assume plusieurs charges administratives, supervise des résidents et s'implique dans la communauté.

ii) L'hôpital de Gaspé

[12] L'hôpital de Gaspé est un établissement régional. Il dessert une population d'environ 15 000 personnes. On y retrouve des médecins de famille et quelques spécialistes dans des domaines tels la médecine interne, la dermatologie, l'ORL et la gynécologie. Deux gynécologues y sont rattachés soit la défenderesse et un collègue. Il n'y a pas d'hématologue.

iii) La relation entre Mme Côté et Dre Blain et la première consultation (2007)

[13] Tant Mme Côté que Dre Blain font état d'une bonne relation entre elles au fil du temps. Le respect semble réciproque et rien de négatif n'est signalé.

[14] Dre Blain voit Mme Côté pour la première fois en 2007 dans le cadre d'une consultation en gynécologie¹. Mme Côté a alors 32 ans. Dre Blain procède à un questionnaire basé sur un formulaire qu'elle utilise. Il y est question de divers aspects dont les antécédents, allergies, tabagismes, médicaments, historique de grossesses ou cancer, contraception, menstruations ...

[15] Aucune plainte particulière n'est alors formulée. La patiente fait état de saignements abondants ayant duré jusqu'à une journée lors de ses menstruations. Il n'est pas question de métrorragies². Elle ne prend pas de contraceptifs oraux.

[16] Comme l'examen est normal, aucun plan de traitement n'est établi si ce n'est un suivi annuel.

iv) La période comprise entre la première et la seconde consultation avec Dre Blain (2007-2012)

[17] Le suivi gynécologique annuel est assumé par le médecin de famille de Mme Côté, sans nécessiter de revoir Dre Blain avant le mois de juin 2012.

[18] Aucun saignement abondant³ ou symptôme s'y rapportant n'est fait mention. Les règles sont parfois plus fortes mais pas au point d'incommoder ou d'inquiéter Mme Côté⁴.

¹ Pièce P-5, p. 54.

² Soit des saignements irréguliers entre les menstruations. On utilise aussi le mot « spotting ».

³ Ce que l'on appelle des ménorragies.

[19] Par contre, le 17 avril 2012, le médecin de famille note une réduction mammaire récente et la récurrence des ménométrorragies depuis quatre mois⁵. Il constate un col friable et la présence de sang au toucher vaginal. Le bilan sanguin ne démontre pas d'anémie. Compte tenu de ces ménométrorragies non anémiantes⁶, le médecin de famille requiert une consultation en gynécologie.

[20] C'est ce qui conduit à la seconde consultation avec Dre Blain le 20 juin 2012.

v) La seconde consultation avec Dre Blain (20 juin 2012) et les trois années qui suivent (2012-2015)

[21] Une échographie est faite préalablement à cette rencontre. Elle démontre la présence d'un petit fibrome et d'un kyste de Naboth.

[22] Lors de cette deuxième consultation, Dre Blain note que la demanderesse a des métrorragies aux deux ou trois semaines, variables, depuis la dernière année. Elle prévoit une hystérocopie⁷ pour le 4 septembre suivant.

[23] Dre Blain procède à cette hystérocopie, comme prévu. Celle-ci révèle une cavité utérine d'allure normale. Elle fait aussi une biopsie de l'endomètre⁸. Aucune anomalie n'est relevée et aucune médication ou traitement n'est prescrit.

[24] Notons qu'à cette époque, Mme Côté ne prend pas d'anovulants. Son conjoint est vasectomisé depuis plusieurs années.

[25] La demanderesse voit son médecin de famille en avril et novembre 2013. Rien à signaler.

[26] Le 5 juin 2013, elle consulte Dre Blain qui rapporte une diminution de la fréquence des métrorragies (environ un épisode aux trois ou quatre mois). L'absence de récurrence des saignements est notée par la gynécologue lors d'une rencontre du 19 novembre 2014.

vi) La consultation du 18 novembre 2015

[27] Les saignements menstruels plus abondants reprennent tout comme du *spotting* occasionnel. Mme Côté a des maux de tête et de la fatigue lors de ses règles.

⁴ Voir notamment les notes au dossier médical lors des rendez-vous en septembre 2009, février 2011, juin 2011. Pièce P-6, p. 372, 373 et 375.

⁵ Pièce P-6, p. 370; les ménométrorragies combinent ménorragies (menstruations abondantes et prolongées) et métrorragies (saignements entre les menstruations).

⁶ Qui ne provoquent pas d'anémie.

⁷ Un examen qui permet de visualiser l'intérieure de l'utérus.

⁸ L'endomètre est la couche interne de l'utérus.

[28] Cela l'amène à revoir Dre Blain le 18 novembre 2015⁹. La récurrence du *spotting* remonte à six mois alors que le flot abondant a repris depuis environ un mois et demi. Une nouvelle biopsie de l'endomètre est effectuée. Rien d'alarmant n'est constaté.

[29] Toutefois, vu la reprise et l'abondance des saignements, ce qui incommodait Mme Côté, Dre Blain discute des options de traitement. Le choix s'arrête sur la prise d'anovulants Select 1/35. On comprendra qu'il ne s'agit pas d'une utilisation contraceptive mais plutôt de régulariser le cycle menstruel. Les anovulants (aussi appelées « **COC** ») combinent deux hormones. L'une, l'œstrogène, est destinée à stabiliser l'endomètre, tandis que l'autre, la progestérone, empêche l'ovulation. Mme Côté avait déjà pris du Select 1/35 lorsqu'elle était plus jeune.

[30] Dre Blain écrit, au dossier, avoir discuté d'autres options sans les énumérer. Au procès, elle précise ces options. Il s'agit, outre la prise d'anovulants, du Depo-Provera par injection, de l'installation d'un stérilet ou de ne rien faire et d'attendre. Vu l'âge de la patiente, il est trop tôt pour considérer une intervention chirurgicale.

[31] Elle prescrit également un bilan sanguin. Il est prévu de se revoir dans trois ou quatre mois. Le médecin de famille reçoit copie du rapport de consultation.

vii) De décembre 2015 à août 2017

[32] Le 9 décembre 2015, le médecin de famille constate que la tension artérielle est élevée (140/90) et qu'il y a lieu de la surveiller. Par ailleurs, le bilan sanguin confirme l'absence d'anémie ou autre anomalie.

[33] Les saignements prolongés ne cessent pas. Il en résulte une consultation téléphonique avec Dre Blain le 23 décembre 2015¹⁰. Elle suggère de poursuivre les anovulants mais de les arrêter entre cinq à sept jours à chaque cycle de 28 jours.

[34] La situation s'améliore telle que le constate la gynécologue le 17 mars 2016¹¹. Le *spotting* et les céphalées ont diminué et la patiente se déclare « très satisfaite ». Dre Blain écrit que la prise d'anovulants peut se poursuivre jusqu'à 50–55 ans à moins d'apparitions de nouvelles contre-indications. Elle prescrit le Select 1/35 pour deux ans et donne congé de gynécologie. Elle reverra sa patiente seulement au besoin.

[35] Le 4 mai suivant, Mme Côté se rend à l'urgence en raison d'une douleur rétrosternale. On ne trouve rien de particulier. Une épreuve d'effort cardiaque est demandée.

⁹ Pièce P-6, p. 407.

¹⁰ Pièce P-6, p. 406.

¹¹ Pièce P-6, p. 405.

[36] Le 10 mai 2016, la demanderesse se rend à l'urgence à la suite de l'augmentation de sa tension artérielle.

[37] Le lendemain, Mme Côté retourne à l'hôpital. Elle a des céphalées et sa pression est haute. On lui prescrit du Norvasc, un médicament contre la haute pression.

[38] Mme Côté est vue par une spécialiste de médecine interne le 25 mai. Un ECG précédemment prescrit s'avère sans particularité. L'hypertension demeure élevée mais semble en ajustement. La spécialiste conclut à une faible probabilité de maladie cardiaque-athérosclérotique. On lui rajoute une nouvelle médication, le Ramipril, destiné à combattre la haute tension artérielle.

[39] Un monitoring de cette tension artérielle est fait sur 24 heures au mois de novembre 2016. Les données sont normales.

[40] Le 10 avril 2017, la demanderesse voit son médecin de famille. Elle signale que les saignements menstruels étaient contrôlés jusqu'en mars mais qu'un saignement de retrait¹² abondant, d'une durée de trois semaines, s'est produit. Elle a aussi eu des règles plus abondantes en décembre et un début de *spotting* en février. Le médecin projette un suivi avec Dre Blain à l'été ou l'automne 2017. Rappelons que cette dernière est alors en Colombie-Britannique depuis le mois d'août précédent. Bilans sanguins et échographie pelvienne sont demandés. Les résultats sont normaux.

viii) Le mois d'août 2017

[41] Une nouvelle consultation en médecine familiale a lieu le 14 août 2017. La demanderesse est fatiguée et a des maux de tête. Dre Therrien note des ménorragies suivant l'arrêt des anovulants et un épisode similaire en février¹³. Il se forme des caillots de sang et Mme Côté doit changer souvent serviettes et tampons.

[42] Dre Therrien maintient la prise d'anovulants et ajoute, pour la première fois, du Cyklokapron à prendre trois fois par jour pendant 48 heures advenant que les saignements ne puissent être contrôlés. Elle s'interroge aussi sur la prise d'anovulants en continu¹⁴. Elle réfère la patiente à Dre Blain qui est de retour de Colombie-Britannique.

[43] Mme Côté se procure le Cyklokapron prescrit à sa pharmacie Uniprix.

[44] Deux jours plus tard, Dre Therrien rappelle Mme Côté vu le résultat du test sanguin qui démontre un taux d'hémoglobine bas. Elle lui prescrit du fer. Mme Côté

¹² Un saignement qui survient lorsqu'on arrête les anovulants.

¹³ Pièce P-6, p. 356.

¹⁴ C'est-à-dire sans une pause de quelques jours à la fin du cycle menstruel.

confirme que les saignements ont diminué de moitié et qu'il y a moins de caillots. Le Cyklokapron est represcrit pour trois jours au besoin.

[45] Le 17 août, Mme Côté se procure du Cyklokapron pour trois jours additionnels. Le 23 août 2017, la demanderesse est revue par Dre Blain. Leur dernière rencontre remonte à mars 2016. Celle-ci écrit que la tension artérielle est bien contrôlée¹⁵. Compte tenu des épisodes de saignements aigus récents, on rediscute des alternatives thérapeutiques. Il est convenu de reprendre les anovulants en continu mais de les arrêter pendant cinq jours et d'ajouter du Cyklokapron advenant trop de *spotting*. La patiente a réagi favorablement à ce médicament. Il est également question de l'installation d'un stérilet Mirena en cas d'échec. La demanderesse mentionne, au procès, qu'elle a alors évoqué une hystérectomie¹⁶, ce dont la défenderesse n'a aucun souvenir.

[46] Le 25 août 2017, Dre Émilie Alain remet à la demanderesse une prescription de Cyklokapron pour dix jours¹⁷.

[47] Le 31 août 2017, Dre Blain prescrit, pour la première fois, du Cyklokapron à sa patiente. Cette prescription est limitée à cinq jours, à prendre trois fois quotidiennement au besoin. Elle est renouvelable trois fois.

ix) De septembre 2017 à septembre 2018

[48] Le 24 octobre 2017, Mme Côté rencontre une infirmière praticienne en vue d'une cytologie cervicale. Le résumé de l'entrevue mentionne que Mme Côté songe au stérilet. Des informations lui sont remises à ce sujet.

[49] Les 25 et 26 janvier 2018, la demanderesse consulte à l'urgence pour des douleurs rétro-sternales. L'urgentologue indique la prise d'anovulants et l'absence de menstruations depuis août 2017.

[50] Le 20 mars 2018, Dre Nathalie Guilbeault, gynécologue, et collègue de Dre Blain, renouvelle la prescription d'anovulants.

[51] Le 27 juin 2018, la demanderesse rencontre un médecin en raison de céphalées et en vue de renouveler certains médicaments¹⁸. Elle rapporte que ses migraines, reliées aux cycles menstruels, vont beaucoup mieux depuis la prise d'anovulants.

[52] Le 11 juillet 2018, elle demande à ce qu'on change sa médication pour la tension artérielle. La médication est ajustée.

¹⁵ Pièce P-6, p. 403.

¹⁶ L'enlèvement total ou partiel de l'utérus, communément appelé la « grande opération ».

¹⁷ Pièce P-7.

¹⁸ Pièce P-6, p. 345.

[53] Le 1^{er} août 2018, la demanderesse rencontre Dre Blain pour son suivi annuel. Aucune référence n'est faite au Cyklokapron. Il est question de la présence de *spotting* occasionnel et Dre Blain procède au retrait d'un polype. La prescription d'anovulants est renouvelée pour deux ans et la prochaine visite doit avoir lieu d'ici là ou plus tôt si besoin est. La médecin note un bon contrôle de la pression artérielle¹⁹.

[54] Le 10 septembre 2018, la demanderesse contacte la défenderesse et l'informe de saignements persistants depuis la résection du polype le mois précédent. Un rendez-vous est fixé d'ici 7 à 10 jours.

x) La consultation du 12 septembre 2018

[55] Le 12 septembre 2018, la demanderesse se rend à la clinique externe en gynécologie. Malgré l'absence de rendez-vous, Dre Blain la reçoit. Mme Côté explique qu'elle subit du *spotting* depuis six semaines et qu'elle a pris du Cyklokapron sans succès²⁰. Ça ne va plus.

[56] Devant l'insuccès du traitement par anovulants en cours et l'exaspération de sa patiente, la gynécologue avance d'autres avenues. Il est question du Depo-Provera, du stérilet Mirena et de l'ablation de l'endomètre, ce qui nécessite une chirurgie. Mme Côté témoigne avoir demandé que l'on procède à une hystérectomie. Dre Blain n'a aucun souvenir de cela et précise que c'était prématuré d'y recourir. Le Depo-Provera est refusé par la patiente vu la prise de poids qu'il risque d'engendrer. Il est convenu d'installer un stérilet. D'ici là, on continue anovulants et Cyklokapron en crise aiguë.

[57] Dre Blain prescrit 63 comprimés de Cyklokapron correspondant à sept jours (3 comprimés trois fois par jour). Cette prescription est renouvelable six fois.

[58] Mme Côté se procure les médicaments à sa pharmacie.

xi) Du 13 septembre 2018 jusqu'à l'AVC du 4 décembre 2018

[59] Le 3 octobre 2018, Dre Blain procède à l'installation du stérilet Mirena²¹. Tout se passe bien. Elle informe Mme Côté qu'elle pourra cesser ses anovulants dans une semaine et prendre du Cyklokapron, au besoin, en cas de saignements abondants.

[60] Le 6 octobre 2018, la demanderesse retourne à sa pharmacie afin de se procurer 63 comprimés de Cyklokapron.

[61] Aucune autre consultation médicale n'a lieu entre le 3 octobre 2018 et le 4 décembre, jour de l'AVC.

¹⁹ Pièce P-6, p. 397.

²⁰ Pièce P-6, p. 394.

²¹ Pièce P-6, p. 393.

xii) L'AVC

[62] Au début décembre 2018, la demanderesse doit se rendre à Brossard pour une réunion liée à son travail.

[63] Elle quitte le 2 décembre en voiture. Elle est seule. Elle couche à Rivière-du-Loup.

[64] Le lendemain, elle se rend jusqu'à son hôtel à Brossard.

[65] Le matin du 4 décembre, elle prend sa douche et ne va pas bien. Son visage s'affaisse. Ne sachant trop ce qui arrive, elle contacte un employé de l'hôtel, M. Ménard. Celui-ci la conduit à l'Hôpital Charles-Le Moyne où elle est admise à 10 h 17.

[66] Elle fait un AVC ischémique secondaire à l'occlusion d'une branche artérielle de M2 au niveau du polygone de Willis au sein de la vallée sylvienne gauche (thrombose artérielle) et est hospitalisée jusqu'au 11 décembre 2018. Elle retourne ensuite à Gaspé.

[67] L'AVC cause une aphasie expressive, une hémiparésie du membre supérieur droit ainsi qu'une ataxie.

[68] Entre les 5 et 11 décembre 2018, différentes investigations sont réalisées (bilan de thrombophilie, échographie cardiaque, doppler des membres inférieurs et holter de 24 heures) et s'avèrent négatives.

[69] Le 18 janvier 2019, Dre Blain, alors avisée de l'AVC, revoit Mme Côté à Gaspé. Elle lui fait passer une échographie afin de savoir si le stérilet est toujours en place. Il est convenu de procéder à l'ablation de l'endomètre, ce qui exige une attente de 6 mois vu la survenance de l'AVC.

[70] Le 9 juillet 2019, la défenderesse procède à l'ablation de l'endomètre de la demanderesse.

[71] Mme Côté récupère assez bien de son AVC mais n'est pas comme avant. Elle ne peut reprendre le travail et a beaucoup moins d'énergie. Sa mobilité est réduite.

[72] Une mise en demeure est envoyée le 16 septembre 2021²². La demande introductive d'instance est déposée le 13 juin 2022. La contestation suit, ce qui conduit au procès de cinq jours tenu en janvier dernier.

²² Pièce P-1.

[73] Les parties s'entendent sur le *quantum* de la réclamation. Si elle est accueillie. Mme Côté aura droit à 1 950 000 \$ et M. Jeannot recevra 50 000 \$, en plus des intérêts convenus.

III. L'ANALYSE

A) LE DROIT APPLICABLE

[74] Le *Code civil du Québec* énonce les règles et principes de base en matière de responsabilité civile. À première vue, rien de complexe ne s'en dégage. Ainsi l'article 1457 stipule que :

1457. Toute personne a le devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer de préjudice à autrui.

Elle est, lorsqu'elle est douée de raison et qu'elle manque à ce devoir, responsable du préjudice qu'elle cause par cette faute à autrui et tenue de réparer ce préjudice, qu'il soit corporel, moral ou matériel.

Elle est aussi tenue, en certains cas, de réparer le préjudice causé à autrui par le fait ou la faute d'une autre personne ou par le fait des biens qu'elle a sous sa garde.

[75] Une personne peut donc être tenue responsable des dommages qu'elle cause à une autre par sa faute. Trois conditions sont requises, soit l'existence d'une faute, la survenance de dommages à la victime et un lien causal entre les deux. Les exigences sont les mêmes pour une activité de la vie courante ou pour l'exécution d'une tâche professionnelle.

[76] Dans tous les cas, il appartient au demandeur de convaincre le Tribunal, par prépondérance, que ses allégations sont fondées²³. C'est son fardeau. S'il n'y parvient pas, son recours doit échouer. Dans certains cas, la loi établit des présomptions qui facilitent la position d'une partie.

[77] Si la théorie apparaît simple, son application s'avère souvent difficile. Les faits sont contestés, les opinions varient.

[78] La notion de faute est appréciée en comparant le comportement de la personne poursuivie à celui d'une personne raisonnable placée dans le même contexte. Cela est d'autant plus vrai dans le domaine de la responsabilité médicale. Dans *St-Jean c.*

²³ Art. 2803 et 2804 C.c.Q.

*Mercier*²⁴, la Cour suprême du Canada rappelle que l'analyse se fait par rapport à ce qu'aurait dû faire, ou ne pas faire, un professionnel prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances :

« Se demander principalement, dans cet examen général, si un acte donné ou une omission constitue une faute est réducteur de l'analyse et risque de semer la confusion. Ce qu'il faut se demander, c'est si l'acte ou l'omission constituerait un comportement acceptable pour un professionnel raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. La démarche erronée risque de mettre l'accent sur le résultat plutôt que sur les moyens. Le professionnel a une obligation de moyens et non de résultat »²⁵.

[79] Il ne faut donc pas s'arrêter uniquement au résultat puisque telle n'est généralement pas l'obligation du médecin²⁶. Ce qui compte, c'est de déterminer si celui-ci a pris tous les moyens ou décisions qu'un(e) collègue prudent(e) et diligent(e) aurait pris²⁷. On réfère alors à un collègue de formation et de pratique comparables et aux normes et données médicales connues à l'époque²⁸. Le test est objectif et non subjectif.

[80] Par ailleurs, en ce qui a trait à la causalité, il faut distinguer l'aspect juridique de l'aspect scientifique. Le degré de conviction n'est pas le même. Alors que la seconde exige précision et certitude, la première se satisfait du seuil de la probabilité²⁹, que l'on ramène à 50% +1 (ou plus probable que non probable). Bref, le fardeau est moindre sur le plan de la causalité juridique que celui de la causalité scientifique mais il doit dépasser la simple possibilité. La cause doit être probable.

[81] Cette causalité est parfois démontrée par présomptions de faits ou déductions qui découlent du contexte mis en preuve. C'est ce que l'on qualifie d'inférence de causalité³⁰.

[82] Il ne suffit pas au Tribunal de constater l'existence de théories scientifiques opposées pour conclure et rejeter. Il lui faut se prononcer suivant ce qui lui apparaît le plus prépondérant et probable³¹, s'il est capable d'ainsi départager³². Cela vaut tant au niveau de la faute que de la causalité.

²⁴ [2002] 1 RCS 491.

²⁵ *Id*, par. 53.

²⁶ De nos jours, on cherche beaucoup à identifier un responsable pour tous les malheurs qui arrivent. Or, ce qui tourne mal n'est pas toujours la faute de quelqu'un.

²⁷ *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1992] 1 RCS 351, par. 361-362.

²⁸ *Crevier c. Leroux*, 2023 QCCS 3339, par. 172.

²⁹ *Laferrière c. Lawson*, [1991] 1 RCS 541.

³⁰ *Snell c. Farrell*, [1990] 2 RCS 311.

³¹ *St-Jean c. Mercier*, préc., note 19, p. 23, par. 55 à 57; *C.L. c. St-Arnaud*, 2011 QCCS 2360, confirmé par 2013 QCCA 981.

³² Jean-Louis BAUDOIN et Patrice DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, 9^e éd., vol. 2. Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2020.

[83] Vu l'aspect technique qu'implique généralement un débat en matière de responsabilité professionnelle, la preuve par expertise joue un rôle important, fréquemment déterminant, dans une telle affaire³³.

[84] Quant aux dossiers médicaux, ils font preuve *prima facie* des faits qu'ils relatent³⁴. Cela est fort compréhensible puisque l'on ne peut s'attendre que les intervenants, médecins et infirmières, se rappellent de tout ce qui a été dit et fait pour le compte de l'un de leurs nombreux patients. Les notes sont rédigées de façon contemporaine aux événements et en résument l'essentiel. Par contre, ces inscriptions sont sujettes à contestation de la part de ces mêmes patients ou de leurs représentants.

[85] Ce n'est là qu'un bref résumé de ce qui gouverne ce genre de poursuites. La jurisprudence rapporte de nombreuses décisions, lesquelles comportent des éléments qui se distinguent d'un cas à l'autre. L'issue repose, avant tout, sur la preuve apportée, particulièrement celle des témoins experts. C'est cette preuve qui sera maintenant étudiée.

B) Y A-T-IL EU FAUTE(S) PROFESSIONNELLE(S) COMMISE(S) PAR LA DÉFENDERESSE?

[86] Afin de répondre à cette première question, il importe de bien identifier les reproches formulés à l'égard de Dre Blain. L'exercice n'est pas aussi simple qu'il peut paraître puisque la théorie de la cause, basée avant tout sur l'opinion de l'expert Ziegler, a évolué en cours de route.

[87] À ce sujet, le Tribunal souligne qu'un expert peut évidemment réévaluer son opinion lorsque le contexte factuel diffère de ce qu'il était à l'origine du mandat. Cela est sain et attendu de la part d'un expert crédible et intègre. Ce constat est cependant moins vrai si les faits demeurent les mêmes mais donnent lieu à des conclusions et approches modifiées en cours de route ou de témoignage. La fiabilité de l'expertise devient alors plus questionnable.

[88] Qu'en est-il, en bout de piste, des allégations de négligence imputées à la médecin?

[89] D'abord, il est clair que l'on se situe sur le plan de l'obligation de soigner. Il n'est nullement fait état d'un diagnostic erroné, d'une absence de consentement éclairé ou d'un manquement déontologique. Dre Blain a-t-elle traité sa patiente comme l'aurait fait

³³ *Watters c. White*, 2012 QCCA 257, par. 77 et 82; *Leduc c. Soccio*, 2007 QCCA 209, par. 77-81.

³⁴ *Ares c. Venner*, [1970] RCS 608; *Robitaille c. Picard*, 2019 QCCS 1285, par. 76-77.

un(e) autre gynécologue pratiquant dans un environnement comparable? Voilà la question à laquelle il faut répondre.

[90] L'on sait que Mme Côté consultait pour des problèmes en lien avec ses menstruations. Si les saignements utérins étaient abondants depuis plusieurs années, il n'est pas fait état de métrorragies avant 2012. Le dossier médical ne relève aucune mention ou consultation avant cette période. Tout semble donc normal entre la première consultation de 2007 avec Dre Blain et les cinq années qui suivent.

[91] Les manifestations de *spotting* débutent au début de l'année 2012. Dre Blain rencontre Mme Côté en juin 2012. Elle procède à une hystéroscopie et à une biopsie de l'endomètre qui s'avèrent négatives. La situation demeure contrôlée jusqu'à ce que réapparaissent des épisodes occasionnels de métrorragies et de saignements abondants.

[92] Devant cela, Dre Blain propose diverses alternatives de traitement le 18 novembre 2015. L'option retenue est celle de la prise d'anovulants Select 1/35 en continu. Personne ne remet en question ce choix sauf l'expert Ziegler qui affirme qu'il n'aurait pas prescrit de tels COC vu les antécédents de la demanderesse. De plus, il trouve la dose d'œstrogène (1/35) élevée.

[93] Or, la demande ne plaide pas qu'il y aurait eu faute en adoptant une telle solution, c'est-à-dire la prescription d'anovulants. Il n'y a donc pas lieu d'analyser le bien-fondé du traitement recommandé et administré en 2015.

[94] Dans le compte rendu de leur réunion du 29 novembre 2024, les experts Ziegler et Roberge s'entendent que :

5. Mme Côté n'avait pas de contre-indications à la prise de COC lorsque ceux-ci ont été prescrits par la Dre Blain en novembre 2015. Il était adéquat de prescrire à Mme Côté des COC jusqu'en août 2017 (voir points de divergence pour la suite quant au traitement à déployer à compter d'août 2017).

[95] Entre le rendez-vous de novembre 2015 et le mois d'août 2017, les saignements s'intensifient. Dre Blain recommande d'arrêter les COC pour quelques jours à la fin de chaque cycle menstruel. Autrement dit, de cesser de les prendre en continu. Le résultat est favorable comme le rapporte la patiente en mars 2016. Elle dit être « très satisfaite »³⁵. La défenderesse considère alors que tout va bien. Elle donne congé de gynécologie à sa patiente et la reverra au besoin. Par ailleurs, elle s'absente pour une année et ne sera de retour qu'en août 2017.

³⁵ Pièce P-6, p. 405.

[96] Elle revoit sa patiente le 23 août 2017. C'est lors de ce suivi médical que la défenderesse se serait comportée de manière fautive suivant les prétentions des demandeurs.

[97] D'une part, elle aurait dû recommander une nouvelle avenue thérapeutique et cesser la prise de Select 1/35. Deux alternatives moins risquées et toutes aussi efficaces existaient. La première est l'installation d'un stérilet. La seconde est de nature chirurgicale, soit l'ablation de l'endomètre.

[98] D'autre part, elle n'aurait pas dû renouveler la prescription de Cyklokapron, un médicament qui a pour effet de retarder la dissolution des caillots de sang et, conséquemment, d'en réduire les saignements.

[99] Ces deux allégations de faute sont combinées et résumées de la façon suivante dans le plan d'argumentation des demandeurs :

Nous vous invitons donc à conclure quant à la faute que Dre Blain, le 27 août 2017 (sic), n'aurait pas dû maintenir Mme Côté dans un plan de cyklokapron et coc, et qu'elle n'aurait pas dû renouveler la prescription de cyklokapron, alors qu'il existait des alternatives sécuritaires et efficaces, pour sa patiente et qu'elle a omis de les utiliser maintenant ainsi Mme Côté dans un risque thrombotique constant qui s'est matérialisé le 4 décembre 2018. Elle a plutôt décidé de maintenir le cyklokapron qui comportait des risques thrombotiques chez Mme Côté qui présentaient déjà plusieurs facteurs de risques. Le portrait clinique de Mme Côté en août 2017 militait en faveur d'une autre option que le cyklokapron³⁶.

[100] Ce sont ces deux reproches qui seront maintenant discutés.

i. La prescription de Cyklokapron

[101] Il s'agit là du reproche principal à l'origine de la mise en demeure transmise par procureurs le 16 septembre 2021³⁷. On y lit que :

Vu les facteurs de risques connus (obésité, hypertension, histoire familiale de thrombose chez la mère, prise d'anovulants contenant de l'œstrogène (Select 1/35), il était contre-indiqué de prescrire du Cyklokapron, au surplus sur une longue période.

[102] C'est aussi la théorie de cause énoncée en demande dans le préambule de l'exposé sommaire d'audience.

[103] D'entrée de jeu, il convient de rappeler que la première prescription de Cyklokapron n'émane pas de Dre Blain. Elle provient de Dre Therrien, médecin de

³⁶ Plan d'argumentation du 20 janvier 2025, p.11.

³⁷ Pièce P-1. La demande introductive d'instance initiale va dans le même sens.

famille, qui a reçu Mme Côté à sa clinique le 14 août 2017. La prescription vaut alors pour une courte durée, soit 48 heures³⁸.

[104] La patiente achète le produit à sa pharmacie.

[105] Deux jours plus tard, Dre Therrien prescrit à nouveau le médicament pour trois jours au besoin. Mme Côté y donne suite le 17 août. Les saignements sont ainsi contrôlés.

[106] C'est le 31 août 2017 que Dre Blain prescrit, à son tour, le Cyklokapron. La prescription est valable pour cinq jours, renouvelable trois fois.

[107] Le 12 septembre 2018, plus d'une année plus tard, Dre Blain represcrit du Cyklokapron, pour 7 jours, soit 63 comprimés³⁹. La prescription est renouvelable six fois et le médicament doit être utilisé lors de crises aiguës. Il est alors convenu d'installer un stérilet et de cesser les COC par la suite.

[108] Mme Côté se procure les 63 comprimés. Elle n'en avait pas acheté depuis la fin d'août 2017.

[109] Le stérilet est installé le 3 octobre. Trois jours plus tard, Mme Côté se rend à nouveau à la pharmacie et renouvelle son achat de 63 comprimés. Ce sera son dernier.

[110] L'AVC survient deux mois plus tard.

[111] Le Cyklokapron est un médicament anti-fibrinolytique reconnu et approuvé. Son usage n'est pas restreint à la gynécologie. On l'utilise notamment dans le cas de chirurgies cardiaques, de blessures ou d'hémorragies importantes. Il permet de réduire les saignements en stabilisant les caillots qui se forment. Il présente des risques de thrombose compte tenu qu'il empêche, pour un certain temps, la dissolution des caillots.

[112] Il est fréquemment prescrit depuis près de 40 ans, aux femmes qui sont sujettes à des saignements menstruels abondants⁴⁰. On le retrouve en vente libre en Suède et au Royaume-Uni.

[113] Rien ne permet d'affirmer qu'on ne puisse jamais l'utiliser si on prend des anovulants. Dr Moghabi, hématologue mandaté par les demandeurs, déclare qu'on peut le prescrire ainsi mais à court terme et sous réserve des facteurs de risques. Dre Roberge, experte gynécologue en défense, le prescrit en combinaison avec les COC. Dre Séguin abonde dans le même sens.

³⁸ Pièce P-6, p. 355 et 357.

³⁹ Soit trois comprimés trois fois par jour.

⁴⁰ Rapport d'expertise de Cleve Ziegler, pièce P-29, p. 5.

[114] Par contre, l'expert Ziegler déclare ne jamais y recourir. C'est sa position personnelle et il ne peut dire que ses collègues de l'Hôpital juif de Montréal adoptent la même. Aucune directive n'existe en ce sens.

[115] Selon lui, le mélange de COC et de Cyklokapron est contre-indiqué et dangereux. La prise d'anovulants, quoique fort répandue, comporte des risques de thrombose veineuse (phlébite) ou artérielle (AVC-infarctus). Ce risque provient de la dose d'œstrogène destinée à réguler le cycle menstruel. En y ajoutant le Cyklokapron, on augmente encore les risques. D'où la conclusion du Dr Ziegler qu'il ne fallait pas prescrire de Cyklokapron à Mme Côté du fait de ses antécédents et de sa prise de Select 1/35 dont le contenu d'œstrogène est élevé⁴¹.

[116] Pour supporter son opinion, l'expert Ziegler réfère, entre autres, à la monographie du médicament⁴². On y lit que :

CONTRE-INDICATIONS

CYKLOKAPRON (acide tranexamique) ne doit pas être administré à des patients présentant des antécédents ou un risque de thrombose, à moins qu'un traitement aux anticoagulants puisse être administré simultanément. (p. 5)

(...)

MISES EN GARDE

- Les patientes doivent consulter leur médecin si les saignements menstruels n'ont pas diminué après trois cycles menstruels.
- Lorsque CYKLOKAPRON ne parvient pas efficacement à réduire les saignements menstruels, on doit envisager un traitement de rechange.
- Des cas de thrombose ou de thromboembolie veineuse ou artérielle ont été signalés chez des patients traités par le CYKLOKAPRON. (p. 6)

(...)

Contraception hormonale : On sait que les contraceptifs hormonaux combinés accroissent le risque de thromboembolie veineuse, de même que le risque de thrombose artérielle (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde). CYKLOKAPRON étant un antifibrinolytique, il peut accroître ce risque encore davantage si on le prescrit à une femme qui prend déjà un contraceptif hormonal. Il ne faut donc le prescrire aux femmes qui prennent un contraceptif hormonal qu'en cas d'extrême nécessité et seulement si les bienfaits éventuels de CYKLOKAPRON l'emportent sur l'augmentation du risque thrombotique. (p. 7)

⁴¹ En comparaison, par exemple, à l'Allesse 20, moins fort en œstrogène.

⁴² Pièce P-29.4.

[117] Ces passages de la monographie du médicament confirment que celui-ci présente des risques de thrombose et qu'il doit être prescrit avec prudence et retenue. C'est d'ailleurs ce que soutient le Dr Moghrabi.

[118] Il faut donc que le médecin en soit conscient et exerce son jugement en conséquence.

[119] En l'espèce, la preuve ne permet pas de soutenir, en toutes probabilités, que du Cyklokapron ne pouvait aucunement être administré à Mme Côté. Dr Ziegler lui-même reconnaît qu'un usage concurrent est possible : « In gynecology, we generally limit its use (the Cyklokapron) to the 3-4 heaviest day of natural menses, and rarely, if ever, use it in combination with the oral contraceptive. As both medications have a thrombotic risk, if used in combination, it would be on a very limited short-term basis at the lowest possible dose »⁴³.

(Le Tribunal a souligné)

[120] Quant aux facteurs de risques, le Tribunal ne peut conclure, selon la preuve, qu'il existait une contre-indication absolue. La tension artérielle élevée était contrôlée par médication⁴⁴. L'âge, l'historique familial et l'obésité n'empêchent ni la prise de COC ni celle de Cyklokapron. Ce qu'on demande, c'est de consulter un médecin avant de commencer un traitement⁴⁵. L'analyse de facteurs de risques de thrombose incombe au clinicien qui doit la faire selon son jugement, comme l'a affirmé Dr Moghrabi.

[121] On reproche à Dre Blain de ne pas avoir vérifié les facteurs de risques lors de la prescription. Or, cette dernière connaissait ces facteurs pour avoir suivi sa patiente depuis plusieurs années.

[122] Quant à la dose, la monographie réfère à « 2 ou 3 comprimés, 3 à 4 fois par jour durant plusieurs jours »⁴⁶.

[123] Avec ce qu'il a lu et entendu, le Tribunal ne peut conclure que Dre Blain a prescrit le Cyklokapron en trop grande quantité ou durée. Quant aux six renouvellements, ce qui peut sembler beaucoup, il y en a eu seulement deux de répétés jusqu'au jour de l'AVC.

[124] Il n'y a pas eu, non plus, consommation excessive de Cyklokapron de la part de Mme Côté. Les achats sont demeurés occasionnels et limités⁴⁷. Ils ne devaient servir et

⁴³ Pièce P-29, p. 6.

⁴⁴ Sauf, selon la preuve, lors d'une visite médicale alors que la patiente n'avait pas pris sa médication. Le 1^{er} août 2017, Dre Blain inscrit au dossier que la tension artérielle est contrôlée, P-6, p. 403.

⁴⁵ Pièce P-29.4, p. 8.

⁴⁶ *Id.*, p. 14.

⁴⁷ Pièce P-7.

n'ont servi que lors de crises aiguës et à court terme. Preuve étant qu'il s'est écoulé 12 mois entre la seconde et la troisième prescription.

[125] En définitive, l'expert Ziegler soutient qu'un gynécologue prudent et diligent n'aurait pas introduit le Cyklokapron dans le plan de traitement. Lui-même ne le fait jamais. Il ne sait toutefois pas ce que font ses collègues à ce niveau. Il reconnaît qu'aucune règle interne, à son hôpital, ne régit un tel cas. La décision est laissée à la discrétion du spécialiste en fonction du contexte.

[126] L'experte Roberge opine dans le sens contraire. Il lui arrive de prescrire anovulants et Cyklokapron. L'hématologue Moghrabi reconnaît qu'on peut le faire mais de manière limitée et à court terme. L'experte Séguin conclut qu'on pouvait le faire ici.

[127] Quant à la littérature médicale, elle comporte des mises en garde sans se prononcer catégoriquement. Il n'existe guère d'écrits et de recherches concluantes sur le sujet. Il s'agit généralement d'études de cas qui ne permettent pas de tirer de conclusions générales.

[128] Dans un commentaire publié en 2018, trois chercheurs canadiens écrivaient :

Whether the use of TXA (Cyklokapron) in a woman on CHC'S (COC) should be avoided due to an increase in the risk of VTE (thrombose veineuse) remains controversial.

(...)

Concerns about an increased risk of VTE when CHCs and TXA are used in combination are not supported by long term clinical experience.

(...)

VTE in women using CHCs is a rare but serious event. TXA does not increase the risk of development of a VTE.

(...)

... we believe combination therapy with CHCs and TXA in appropriately selected patients will remain an important tool in the gynecologist's armamentarium⁴⁸.

[129] De plus, la combinaison COC et Cyklokapron a une importance bien relative dans la présente affaire puisqu'au moment de l'AVC, Mme Côté ne prenait plus d'anovulants depuis la mi-octobre soit une semaine après la pose du stérilet. La dernière prescription de Cyklokapron s'est faite dans le contexte de cette nouvelle approche thérapeutique. Ni Dr Ziegler ni les autres experts n'ont affirmé qu'on ne peut faire appel au Cyklokapron après l'installation d'un stérilet. Dr Ziegler ne le fait peut-être

⁴⁸ Thorne JG, James PD, Reid RL, Heavy menstrual bleeding: Is tranexamic acid a safe adjunct to combined hormonal contraception? Elsevier journal. Pièce D-1-D.

pas, mais il reconnaît qu'il est possible d'y recourir avec prudence. C'est une question de jugement clinique.

[130] Il en résulte une zone grise dans laquelle doit naviguer le médecin en fonction du contexte auquel il est confronté. Ici, l'usage restreint du Cyklokapron a donné des résultats. Il a permis de contrôler les épisodes de saignements aigus.

[131] Il est évidemment facile, sachant qu'il y a eu AVC, de penser qu'une autre décision aurait dû être privilégiée. La prudence s'évalue différemment lorsqu'on connaît le résultat.

[132] Or, tel n'est pas le syllogisme à adopter.

[133] Le Tribunal est conscient que la prise de Cyklokapron comporte possiblement un risque de thrombose. Mais l'exercice ne s'arrête pas là. Les anovulants accroissent un tel risque et on reconnaît que l'on peut y recourir malgré tout comme on l'a fait pour Mme Côté en 2015 et comme on le fait pour des milliers de femmes.

[134] Ce qu'il faut se demander, c'est s'il était raisonnable et conforme aux normes et pratiques gynécologiques de prescrire, au besoin, du Cyklokapron à une patiente présentant le même portrait que Mme Côté. Le fait qu'une approche différente aurait pu être adoptée ne règle pas le cas.

[135] Comme l'illustrent de nombreux jugements des tribunaux⁴⁹, il n'appartient pas aux juges d'arbitrer entre des choix thérapeutiques qui se situent à l'intérieur d'une bonne pratique médicale, par exemple entre un choix de traitement plus conservateur et un autre plus agressif.

[136] En résumé, le fait d'avoir ici prescrit du Cyklokapron, plutôt que de s'en abstenir, ne constitue pas une faute reprochable dans le contexte de cette affaire.

[137] Qu'en est-il du second motif, soit celui de ne pas avoir opté pour un autre choix de traitement?

ii. Le choix du traitement

[138] Tel que mentionné ci-haut, les problèmes de saignement de Mme Côté apparaissent fin 2011, début 2012. Il n'y a aucun traitement jugé nécessaire avant 2015. En novembre 2015, la demanderesse consulte sa gynécologue en raison de saignements menstruels plus abondants et de la reprise de saignements

⁴⁹ *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, préc., note 22, p. 363; *Nencioni c. Mailloux*, [1985] RL 532, p. 548; *Forest c. Podtetenev*, 2016 QCCS 2679, par. 98-99; *Crevier c. Leroux*, 2023 QCCS 3339, par. 163, 164 et 171; *Tessier c. Charland*, 2023 QCCS 3355, par. 131.

intermenstruels occasionnels. De la fatigue et des céphalées sont également rapportées.

[139] Dre Blain conclut qu'un traitement doit être entrepris. Diverses alternatives existent. Personne ne conteste qu'il faut privilégier une intervention médicale plutôt que chirurgicale d'autant plus que Mme Côté n'a que 41 ans⁵⁰.

[140] C'est la prise d'un contraceptif hormonal, le Select 1/35, qui est retenu et accepté par la demanderesse. Cette option ne soulève aucune remise en question de la part de quiconque. La tension artérielle élevée est contrôlée et il n'y a pas de contre-indications eu égard aux antécédents de Mme Côté. D'ailleurs, les médecins qui l'ont rencontrée et conseillée pour la haute pression n'ont jamais fait état d'empêchement à ce qu'elle continue de prendre les COC.

[141] Dr Ziegler s'interroge sur la quantité d'œstrogène (1/35) tandis que Dre Roberge estime ce choix approprié⁵¹. Elle rappelle que Mme Côté l'avait reçu auparavant. Par ailleurs, les deux experts conviennent que l'impact de la dose n'est pas énorme.

[142] Quoiqu'il en soit, le traitement par COC débute en 2015 et n'est pas reproché par la demande. L'usage d'anovulants pour traiter des saignements utérins anormaux n'a rien de nouveau et d'inusité.

[143] C'est à la continuité de ce traitement, à partir du 23 août 2017, que s'attaquent les demandeurs. Ils s'appuient sur l'opinion de Dr Ziegler. Initialement, dans son rapport, celui-ci conclut qu'on aurait dû changer d'avenue vu l'échec du traitement et les risques liés au Cyklokapron, lequel venait d'être introduit. Pour lui, il fallait procéder à une intervention chirurgicale peu invasive, soit l'ablation de l'endomètre. À la suite de sa rencontre avec Dre Roberge, peu de temps avant le procès, il atténue sa position. Dorénavant, il soutient que Dre Blain aurait dû opter pour l'installation d'un stérilet et insister en ce sens auprès de sa patiente. Dre Roberge n'est pas de cet avis. Le stérilet était une option mais la poursuite des COC en était une tout aussi indiquée, sinon plus, puisqu'elle permettait de soigner les céphalées. Le stérilet serait la prochaine étape, si nécessaire.

[144] Le second motif de négligence reproche le moment où la gynécologue devait recommander de modifier le traitement initial. Elle l'a fait le 12 septembre 2018, soit près de trois mois avant l'AVC. Aurait-elle dû le proposer fortement lorsqu'elle a vu Mme Côté le 23 août 2017?

⁵⁰ Voir le point de convergence #2 du compte rendu de la réunion des experts tenue le 29 novembre 2024.

⁵¹ Les deux experts s'entendent pour dire que les comprimés contenant un ratio plus élevé d'œstrogène tel le Select 1/35 offrent un meilleur contrôle du cycle et des saignements inter menstruels. Voir le point de convergence 3c du compte rendu de la réunion des experts tenue le 29 novembre 2024.

[145] C'était certes une avenue possible. Dr Ziegler est catégorique, il fallait imposer soit l'ablation de l'endomètre soit le stérilet. Dre Roberge n'est pas d'accord. La chirurgie devait être repoussée et considérée uniquement dans l'hypothèse d'échecs des solutions médicales comme le recommande la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada⁵². Quant au stérilet, cette alternative pouvait attendre car le traitement par anovulants avait donné des résultats⁵³. De plus, il pouvait réduire les céphalées contrairement au stérilet. D'ailleurs, l'ajustement fait par Dre Blain en août 2017 pour en faire un traitement continu s'est avéré concluant et efficace pendant plusieurs mois. La demanderesse a eu très peu recours au Cyklokapron et son état est demeuré stable et sans plainte pendant une année⁵⁴.

[146] Dre Roberge ne considère pas que les antécédents de Mme Côté empêchaient la poursuite des anovulants, sous réserve d'une réévaluation postérieure comme ce fut le cas.

[147] L'opinion de l'expert Ziegler ne convainc pas le Tribunal qu'il était fautif de continuer le traitement entrepris. S'il est vrai que la patiente devenait exaspérée par l'évolution de la situation, il est aussi vrai que la prise de COC avait donné des résultats. La problématique n'était pas réglée mais il y avait des périodes d'amélioration au fil du temps.

[148] Au procès, Mme Côté a affirmé catégoriquement avoir demandé de subir une hystérectomie. Peut-être. Il est toutefois surprenant qu'elle n'en ait pas fait mention lors de son interrogatoire au préalable du 26 octobre 2022⁵⁵. Quoiqu'il en soit, ce n'était pas une option à privilégier comme on l'a vu plus haut.

[149] Par ailleurs, elle nie que Dre Blain lui ait offert d'autres options que le COC. D'autant plus que les notes de Dre Blain ne disent rien à ce sujet si ce n'est la dernière phrase qui se lit : « si échec CO → Mirena (le stérilet) à envisager ».

[150] Le Tribunal croit qu'on a abordé la possibilité d'y aller avec un stérilet même si ce n'est pas écrit formellement. Mme Côté savait que c'était une approche potentielle. Elle reconnaît qu'il en avait été question en 2015. Lors d'une rencontre en octobre 2017, elle déclare qu'elle songe au stérilet⁵⁶. Il a fallu que quelqu'un lui en parle antérieurement, ce qui rend crédible la conversation dont a fait état Dre Blain lors de son témoignage.

⁵² Sa recommandation n° 10 se lit : Ne faites pas d'intervention chirurgicale, comme une ablation de l'endomètre, pour des saignements utérins anormaux tant qu'une prise en charge médicale (notamment par l'installation d'un dispositif intra-utérin au lévonorgestrel) n'a pas été offerte, refusée ou prouvée inefficace, pièce D-1-A.1.

⁵³ Voir les notes aux dossiers médicaux, pièce P-6, p. 247, 248, 343, 345, 353, 358 et 397.

⁵⁴ Pièce P-6, p. 397, 398.

⁵⁵ Voir notes sténographiques p. 105 à 108.

⁵⁶ Pièce P-6, p. 351.

[151] On ne doit pas perdre de vue que la décision ultime revient à la patiente. Celle-ci a consenti à la poursuite du traitement par COC. Selon Dr Ziegler, il fallait insister fortement et convaincre Mme Côté d'opter pour un stérilet ou une ablation. Voilà un raccourci opportun lorsqu'on connaît l'avenir.

[152] Un professionnel de la santé ne pouvait garantir que la pose d'un stérilet allait régulariser le tout. Le choix du stérilet ne voulait pas dire que le Cyklokapron deviendrait inutile et sans objet. En fait, c'est le contraire comme l'a démontré la séquence des événements ayant suivi l'installation du stérilet. Mme Côté a eu recours au Cyklokapron.

[153] Lors de l'AVC, la demanderesse ne prenait plus d'anovulants depuis plus d'un mois. Elle avait un stérilet et ses problèmes de saignement n'étaient pas résorbés puisqu'elle a pris du Cyklokapron. La stratégie thérapeutique préconisée par Dr Ziegler n'a donc pas eu les effets escomptés et n'a pas rendu le médicament inutile.

[154] Si la combinaison COC – Cyklokapron présentait des risques, ceux-ci n'étaient plus les mêmes, à compter de la cessation des anovulants, plus d'un mois avant l'AVC. C'est ce qui découle de l'opinion des experts en demande. Or, cette cessation n'a pas empêché la survenance de l'AVC.

[155] Finalement, la demanderesse plaide que le stérilet, en soi, ne présente aucun risque de thrombose. Ça ne veut pas dire qu'on doit le recommander prioritairement à toute autre option. Si c'était le cas, il aurait fallu le traiter ainsi dès 2015. Ce n'est pas ce qui a été fait et la demanderesse ne le remet pas en cause malgré les risques des COC en comparaison avec le stérilet.

C) LE CYKLOKAPRON EST-IL, SELON TOUTE PROBABILITÉ, LA CAUSE DE L'AVC SUBI PAR LA DEMANDERESSE CÔTÉ LE 4 DÉCEMBRE 2018?⁵⁷

[156] Compte tenu de la réponse apportée à la question précédente, à savoir qu'il n'y a pas eu de faute commise, cette seconde question devient académique. Il n'est donc pas nécessaire de la traiter.

[157] Toutefois, le Tribunal entend l'analyser afin d'exprimer son opinion sur l'ensemble du litige.

[158] Il faut ici déterminer si l'AVC a été causé par l'une et/ou l'autre des deux fautes reprochées à Dre Blain. La théorie de la demande impute l'AVC à la prise de Cyklokapron. Il faut donc que ce soit ce médicament qui ait entraîné l'AVC dans le cadre d'un traitement négligent.

⁵⁷ C'est la seconde question telle qu'exprimée par les demandeurs dans leurs notes et autorités.

[159] Le Tribunal ne conclut pas que ce soit le Cyklokapron qui ait causé l'AVC selon la balance des probabilités. C'est une hypothèse mais on n'a pas démontré que c'est la cause probable. On ignore quelle est cette cause comme c'est le cas pour le tiers des AVC, que l'on qualifie de cryptogéniques.

[160] La réponse à cette question relève du domaine de l'hématologie et non de la gynécologie. C'est ce qu'ont confirmé les experts Ziegler et Roberge dans le compte rendu de leur rencontre préprocès :

14. Il appartient aux experts en hématologie de se prononcer à savoir si le Cyklokapron est la cause de l'AVC survenu le 4 décembre 2018.

[161] Il importe de souligner que le Cyklokapron est un médicament rapidement excrété par le corps, l'essentiel se dissipant dans les 24 heures⁵⁸. Toute trace ou résidu s'élimine dans les quelques jours suivant l'absorption.

[162] Conséquemment, il est impensable de tenir le Cyklokapron responsable de ce qui s'est produit si sa consommation n'était pas récente. Le délai exact n'est pas précisé mais les experts parlent d'approximativement une semaine.

[163] Mme Côté témoigne qu'elle en avait pris la veille et l'avant-veille de l'AVC soit les 2 et 3 décembre 2018. Il se peut. Personne n'est en mesure de témoigner, de façon directe, dans le sens contraire.

[164] Ce qui étonne, par contre, c'est que ni la mise en demeure des procureurs du 16 septembre 2021, ni la demande introductive du 13 juin 2022, ne font état de cela. Ce n'est que plusieurs mois plus tard, lors d'un interrogatoire au préalable, que cette version a été donnée.

[165] Il est également intrigant que Mme Côté n'ait rien dit à ce sujet lors de son admission à l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne. L'urgentologue qui l'a reçue a inscrit que la prise de Cyklokapron remontait à six semaines⁵⁹. La pharmacienne de l'hôpital a noté la même chose⁶⁰. On ne réfère pas ici à l'achat mais à la consommation.

[166] Vu son AVC, Mme Côté pouvait être confuse et ne pas bien rapporter les choses. D'autant plus qu'elle était aphasique et les communications s'avéraient difficiles. Il n'en demeure pas moins que les deux professionnels n'ont pas dû spéculer sur la date. Sans compter que, selon les notes médicales, Mme Côté semblait comprendre et répondre aux questions et investigations.

⁵⁸ Rapport d'expertise D-1, p. 14.

⁵⁹ Pièce P-8, p. 25.

⁶⁰ Pièce P-8, p. 49.

[167] De plus, comme on le sait, le Cyklokapron était réservé aux périodes de saignements aigus. Or de tels saignements ne sont pas rapportés par le gynécologue qui l'a vue le lendemain de l'AVC⁶¹.

[168] Cette absence de saignements, en décembre 2018, est compatible avec les taux d'hémoglobine relevés après l'admission à l'hôpital.

[169] Le taux d'hémoglobine sert à déterminer s'il y a anémie, laquelle provient généralement d'une perte de sang récente. Chez la femme, une valeur au-dessus de 120 est normale. Sous ce seuil on conclue à de l'anémie. Plus le taux est bas, plus les pertes sanguines sont importantes.

[170] La comparaison des relevés, au fil du temps, indique une telle anémie en octobre 2018 (lors du dernier achat de Cyklokapron) et en août 2017 lors de la première prescription. Le taux se situe alors aux alentours de 103.

[171] Or, curieusement, les taux d'hémoglobine relevés au mois de décembre, après l'AVC, sont tous supérieurs à 120. Cela suggère donc l'absence de saignements importants au cours des derniers jours précédents l'admission. Aucun taux anormal, selon des données objectives, n'est observé.

[172] On peut donc s'interroger sur la prise de Cyklokapron, les 2 et 3 décembre 2018, alors qu'il semble difficile de croire qu'il y ait eu de gros saignements.

[173] Quoiqu'il en soit, le Tribunal ne peut conclure que le Cyklokapron, même si consommé la veille, ait causé l'AVC.

[174] Voyons ce que disent les experts.

[175] Peut-on identifier la cause probable de l'AVC survenu le 4 décembre 2018? Dr Albert Moghrabi, l'expert hématologue de la demande, répond par l'affirmative. Selon lui, cette cause est imputable à la prise de Cyklokapron la veille. L'experte de la défense, Dre Chantal Séguin, hématologue-oncologue, diverge d'opinion. D'après elle, la cause est inconnue (cryptonique) et le Cyklokapron, si absorbé dans les jours précédents, n'est qu'une hypothèse improbable.

[176] Tel que mentionné auparavant, il ne s'agit pas de conclure à une preuve médicale certaine. Aucun test ne permet d'y arriver et ce n'est pas ce que la loi exige. Par contre, le fardeau incombe à la demande de démontrer que sa thèse (le Cyklokapron) constitue ce qui s'est probablement (et non possiblement) passé.

⁶¹ Pièce P-8, p. 78.

[177] Sans remettre en cause sa compétence, le rapport et le témoignage de Dr Moghrabi n'ont pas convaincu le Tribunal pour les raisons ci-après exposées.

[178] Premièrement, il pratique principalement en oncologie. Son expérience pratique en thrombose est beaucoup plus limitée que celle de Dre Séguin. Il n'a ni rédigé ni participé à des recherches ou publications sur le sujet depuis près de 40 ans. Il n'est pas membre d'une association spécialisée en la matière et n'a fait aucune présentation sur le sujet au cours de sa carrière.

[179] À l'inverse, le travail de Dre Séguin est orienté dans le domaine des thromboses. Sa formation académique est impressionnante et inclue deux *fellowship* dont l'un, au Beth Israel Deaconess Medical Center, affilié à l'université Harvard, était axé principalement sur le mécanisme de base des thromboses. Elle mène des recherches cliniques et fondamentales sur les patients victimes de thrombose au Centre universitaire de santé McGill. Sa pratique est presque exclusivement dédiée aux thromboses. Elle voit hebdomadairement une centaine de patients aux prises avec de tels problèmes. Plusieurs de ceux-ci se voient prescrire du Cyklokapron. Elle est aussi impliquée dans la formation de la relève médicale en tant que directrice du programme de thromboses et formatrice de *fellow*. Elle a aussi publié plusieurs articles en la matière.

[180] Deuxièmement, le rapport produit à la Cour par Dr Moghrabi est fort peu élaboré en regard de la question complexe qui lui est soumise⁶². Il tient sur moins de deux pages et ne relate ni le mandat octroyé, ni la documentation consultée, ni la méthodologie utilisée. L'histoire médicale n'est pas rapportée et on ignore ce qu'en savait l'auteur. Celui de Dre Séguin se veut plus complet et détaillé⁶³.

[181] Troisièmement, l'opinion de l'expert Moghrabi n'est appuyée d'aucune littérature médicale significative et reconnue. Au procès, il a référé à deux « case reports »⁶⁴ et une étude de registre⁶⁵. Les deux premiers articles remontent à 2004 et 2010 et portent sur deux situations individuelles non reprises et commentées par la suite. Ce ne sont pas des études randomisées auprès de groupes. Quant à l'étude de registre, elle constate une association d'éléments sans conclure plus à fond.

[182] Par opposition, Dre Séguin se base sur des études randomisées dont certaines nient le lien entre Cyklokapron et thromboses⁶⁶. Il existerait des mythes ou perceptions erronées qui circulent à ce sujet dans le monde médical.

⁶² Pièce P-30.

⁶³ Pièce D-2.

⁶⁴ Pièces P-30.5 et P-30.6.

⁶⁵ Pièce P-30.7.

⁶⁶ Pièces D-2-C à D-2-F.

[183] Dans un article publié très récemment⁶⁷, en 2024, les auteurs soulignent l'importance du Cyklokapron pour réduire les saignements utérins anormaux. Ils écrivent qu'il n'y a pas de risque augmenté de thrombose si on recourt au Cyklokapron. Ils rejettent les deux mythes suivants :

Myth #1 : Tranexamic acid cause thrombosis;

Myth #2: Tranexamic acid cannot be combined with hormonal contraception⁶⁸.

[184] Quatrièmement, les explications de Dr Moghrabi, n'atteignent pas le degré de conviction requis pour soutenir sa conclusion de causalité. Elles soulèvent trop de doutes pour que l'on puisse affirmer, selon la balance des probabilités, que l'AVC découle de la prise de Cyklokapron.

[185] D'abord, il reconnaît qu'anovulants et Cyklokapron « sont des médicaments qui sont communément utilisés en gynécologie pour le traitement des saignements menstruels abondants⁶⁹. Il écrit que le risque de développer une thrombose artérielle à cause du Cyklokapron existe mais qu'il est très faible surtout du côté artériel⁷⁰. Il ne fournit aucune donnée là-dessus. Dre Séguin nie une telle corrélation. Chose certaine, personne n'atteste qu'une telle possibilité est prévisible ou se manifeste à une certaine fréquence. Si la conséquence est possible, elle est certainement très rare d'après ce que rapportent experts et littératures.

[186] Son rapport énumère les risques de thrombose suivants : tabagisme, diabète, obésité, hypertension, histoire familiale de thrombose, maladies vasculaires préexistantes et migraines avec aura. Mme Côté ne fumait pas, ne faisait pas de diabète, avait une hypertension suivie et contrôlée. Il n'y avait ni maladie vasculaire existante ni migraines avec aura. Quant à l'histoire familiale de thrombose, Dre Séguin a expliqué que la mère de la demanderesse avait souffert de veines variqueuses (varices), ce qui n'est pas un facteur pertinent lorsqu'on détermine le niveau de risque d'un patient à faire un AVC. Aucune preuve ne contredit cela. Il ne reste donc que l'obésité.

[187] Dr Moghrabi y ajoute la prise d'anovulants récente. Or, il n'est pas clair qu'il savait que Mme Côté avait cessé d'en prendre depuis la mi-octobre, soit environ six semaines. Le risque lié aux anovulants était donc disparu, le 4 décembre, puisque ce médicament s'élimine dans une période de deux à quatre semaines et ne présente plus

⁶⁷ Cette étude est recevable en preuve et pertinente même si elle a été publiée après les faits du présent dossier. Elle ne concerne pas la faute mais la causalité.

⁶⁸ Tranexamic acid for management of heavy vaginal bleeding: barriers to access and myths surrounding its use; pièce D-2-C; voir aussi les articles D-2-D, D-2-E et D-2-F.

⁶⁹ Pièce P-30.

⁷⁰ *Id.*, voir aussi le rapport D-2, p.5 de Dre Séguin.

un risque significatif après ce délai. C'est ce qu'a affirmé Dre Séguin, laquelle a cité les résultats d'une étude récente non contredite⁷¹.

[188] Il est donc inexact de dire que Mme Côté était une patiente à haut risque de thrombose⁷² et à qui on ne pouvait prescrire du Cyklokapron.

[189] Ceci étant exposé, le rapport d'expertise en demande emprunte un raisonnement fort simple. La patiente était à risques, elle a pris du Cyklokapron la veille de l'AVC, les investigations postérieures à cet AVC n'ont pas permis de déterminer une cause puisque négatives. Donc, « il est fort probable que Mme Côté n'aurait pas souffert d'AVC si elle n'avait pas reçu le Cyklokapron »⁷³.

[190] Ce raisonnement ne suffit pas en regard des faits de cette affaire. Il laisse entendre qu'on doit nécessairement trouver une cause. Il passe sous silence une réalité indéniable à savoir que le tiers des AVC n'a pas de cause identifiée. Pourquoi devrait-on décider que le Cyklokapron est responsable de l'AVC plutôt qu'une autre cause non identifiée comme c'est souvent le cas? Sans compter que les investigations qui ont eu lieu n'étaient pas complètes. Par exemple, il n'y a eu aucun holter (test cardiaque) de 30 jours.

[191] Au procès, l'expert a évoqué la temporalité soit le peu de temps entre la prise de Cyklokapron et l'AVC. Même en prenant pour acquis cette prise de médicament les 2 et 3 décembre, cela ne veut pas dire que le responsable soit le médicament, Mme Côté avait pris COC et Cyklokapron à quelques reprises entre août 2017 et octobre 2018. Elle n'a pas fait d'AVC. L'argument de la temporalité peut paraître séduisant mais ne suffit pas aux yeux du soussigné.

[192] Dr Moghrabi a aussi dit qu'il s'appuyait sur certaines mentions faites par d'autres professionnels de la santé⁷⁴. Or, une telle preuve pour établir la causalité n'est certainement pas suffisante sachant que ce sont les hématologues qui doivent répondre à cette question comme on l'a noté plus haut. D'ailleurs, certains de ces intervenants, soit l'urgentologue et la pharmacienne de l'hôpital, ont inscrit qu'il n'y avait pas eu de prise de Cyklokapron depuis six semaines.

[193] De son côté, Dre Séguin a expliqué qu'un agent antifibrinolytique, tel le Cyklokapron, ne provoque pas la formation de caillots sanguins. Il stabilise ceux déjà formés et en retarde la décomposition.

[194] Pour ce qui est de la dose et de la fréquence prescrites, Dre Séguin n'y voit aucune anomalie. Aucune preuve ne démontre le contraire. Elle est d'avis qu'il est fort

⁷¹ Pièce D-2-A.1.

⁷² Comme le soutient Dr Moghrabi dans le procès-verbal de la rencontre des experts.

⁷³ Pièce D-30.

⁷⁴ L'urgentologue, la pharmacienne, le neurologue et le gynécologue de l'Hôpital Charles-Le Moyne.

improbable que le Cyklokapron de même que les COC soient la cause de la thrombose artérielle du 4 décembre⁷⁵.

[195] Lorsqu'ils abordent la section relative à la causalité, les procureurs des demandeurs énoncent, dans leurs notes et autorités :

« La théorie de la demande, c'est que n'eût été la prise du Cyklokapron, Mme Côté n'aurait pas fait d'AVC. L'ajout du Cyclo aux autres facteurs de risques a fait passer le risque d'AVC de Mme Côté de très mince possibilité à probabilité »⁷⁶.

[196] Cela laisse entendre que l'AVC est devenu probable lorsque Mme Côté a consommé du Cyklokapron. Une telle assertion n'est supportée ni par la littérature, ni par le témoignage et le rapport de Dr Moghrabi. Elle est réfutée par Dre Séguin et les autorités qu'elle a citées. Le Cyklokapron a peut-être accru le risque d'AVC mais il ne l'a pas rendu probable. D'autant plus qu'il existait très peu de facteurs de risques, tels que ci-haut mentionné et contrairement aux affirmations de l'expert en demande.

[197] Avec la preuve entendue, le Tribunal ne peut conclure qu'un AVC était devenu probable. Il n'est pas plus convaincu que l'AVC découle du Cyklokapron plutôt que d'une autre cause non connue ou d'un autre facteur de risque. Ce n'est qu'une supposition qui ne rencontre pas le niveau de preuve exigé par le *Code civil du Québec*.

[198] Finalement, le Tribunal désire commenter deux décisions sur lesquelles les demandeurs ont particulièrement insisté lors de leurs plaidoiries.

[199] Dans *Schierz c. Dodds*⁷⁷, la Cour supérieure a condamné un gynécologue à indemniser sa patiente, laquelle avait subi un AVC après avoir repris des contraceptifs oraux.

[200] Cette décision peut être distinguée et ne règle pas notre cas. D'une part, le Tribunal conclut que le traitement était contre-indiqué à la lumière d'un rapport connu dans le milieu médical. La faute n'était guère contestée. La patiente avait déjà reçu un diagnostic de phlébite avant son AVC et la prescription des contraceptifs oraux était clairement une erreur.

[201] D'autre part, il n'est nullement question du fait que le tiers des AVC demeure inexpliqué. Le jugement laisse entendre qu'il fallait retenir une cause, ce qui n'est pas toujours possible. De plus, il opère un renversement du fardeau de la preuve sur la base suivante :

⁷⁵ Rapport D-2, p. 5.

⁷⁶ Notes et autorités des demandeurs, p. 12.

⁷⁷ EYB-1981-139579 (QCCS), confirmé par 1986 QCCA 3713.

Once female plaintiff shows that there is a breach of duty and that there is a strong possibility that the cause occurred as a result thereof, it is incumbent on defendant to show that something else caused the stroke and not the pill. This he failed to do⁷⁸.

[202] Or, dans le présent dossier, il n'y a aucune preuve d'une forte possibilité d'une telle conséquence comme le Tribunal l'a détaillé auparavant. Il n'y a pas renversement du fardeau.

[203] Les mêmes distinctions se retrouvent dans *Poulin c. Prat*⁷⁹. La faute était établie compte tenu notamment du tabagisme de la patiente et de l'omission du médecin de l'aviser de cesser de prendre des anovulants avant son intervention chirurgicale.

[204] Statuant sur la causalité, la Cour d'appel cite alors cet extrait de la décision *Lafrenière c. Lawson* :

Dans certains cas, lorsqu'une faute comporte un danger manifeste et que ce danger se réalise, il peut être raisonnable de présumer l'existence du lien de causalité, sous réserve d'une démonstration ou d'une indication contraire.

[205] Il n'y a ici aucune preuve de l'existence d'un danger manifeste en l'instance comme c'était le cas dans ce dernier jugement.

IV. CONCLUSION

[206] Il est malheureux que la demanderesse ait vu sa vie chamboulée par la thrombose survenue en décembre 2018.

[207] Elle en impute la responsabilité à la défenderesse. Le Tribunal ne peut conclure en ce sens. La preuve ne convainc pas qu'une erreur médicale ait été commise. Elle ne démontre pas, non plus, que l'AVC ait été causé par le Cyklokapron prescrit.

[208] L'action ne peut donc être accueillie.

[209] Il reste à décider de la question des frais de justice. Les demandeurs requièrent d'en être dispensés malgré la règle qui veut qu'ils soient payables en faveur de celui qui a gain de cause⁸⁰.

[210] Le Tribunal a le pouvoir de décider autrement. Dans le cas où il déroge de la règle, il doit motiver sa décision⁸¹.

⁷⁸ *Id.*, par. 72.

⁷⁹ EYB 1995-72507 (QCCS), confirmé par 1997 CanLII 10074 (QCCA).

⁸⁰ Art. 340 C.p.c.

⁸¹ *Société en commandite de Copenhague c. Corporation Corbec*, 2014 QCCA 439, par. 63.

[211] Les demandeurs invoquent deux arguments au soutien de leur requête. D'une part, il y a déséquilibre économique entre les parties. D'autre part, la défenderesse n'assume pas elle-même ses frais de défense et d'expertise. Ces énoncés sont sans doute véridiques. Mais, qu'en est-il sur le plan légal?

[212] Sur le premier point, la Cour d'appel rappelle que :

16. L'inégalité économique des parties à un litige ne peut pas, en soi, justifier qu'on fasse exception à la règle qui veut que celui qui échoue dans sa demande supporte les dépens, incluant les frais d'expertise. Si la juge trouvait les honoraires d'expert indûment élevés, il lui incombait de les réduire. Il s'agit donc d'un cas où exceptionnellement la Cour peut intervenir dans l'exercice par la juge de première instance de sa discrétion judiciaire en cette matière⁸².

[213] Sur le second point, la Cour suprême a décidé, dans *Hinse c. Canada (Procureur général)*⁸³ que le fait qu'un tiers assume les frais de justice d'une partie ne décharge pas le débiteur de sa responsabilité compte tenu du texte de l'article 1608 du *Code civil du Québec*.

[214] Par ailleurs, le Tribunal peut exercer sa discrétion en réduisant les frais d'expertise. Ceux-ci totalisent 56 775 \$ soit, 35 025 \$ pour Dr Roberge et 21 750 \$ pour Dr Séguin.

[215] À titre comparatif, les honoraires de Dr Ziegler s'élèvent à 13 400 \$ et ceux de Dr Moghrabi à 12 400 \$ soit moins que 50% de ceux de la défense.

[216] Face à cela, le Tribunal juge approprié de limiter les frais d'expertise remboursables à la somme de 20 000 \$.

POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL :

[217] **REJETTE** la demande introductive d'instance modifiée;

[218] **AVEC LES FRAIS** de justice dont ceux d'expertise limités à 20 000 \$.

DANIEL DUMAIS, j.c.s.

M^e Joëlle Dubois
M^e Élyse Arsenault

⁸² *Couturier c. Québec (Ville de)*, 2006 QCCA 1134.

⁸³ 2015 CSC 35, par. 172 et ss, voir aussi *Fortier c. Charest-Morin*, 2023 QCCS 1600; *Tessier c. Charland*, 2023 QCCS 3355.

Tremblay Bois Mignault Lemay

Pour les demandeurs

M^e Nicolas Moisan

M^e Vincent Savard

McCarthy Tétraut

Pour la défenderesse

Dates d'audience : Les 13, 14, 15, 16 et 20 janvier 2025