

DOSSIER

## Le renforcement de la communication interprofessionnelle

10

### À L'INTÉRIEUR

- 3** Se pourrait-il que la patiente soit enceinte?
- 5** Guides de pratique clinique – recommandations ou normes de pratique?
- 7** Les interactions des médecins avec les services policiers
- 13** Le diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne : songez aux possibilités
- 16** L'importance d'une bonne documentation
- 18** La vie privée et la confidentialité : Le consentement et le cercle de soins

# Le coin web

Le site Web de l'ACPM contient une vaste collection d'articles publiés au fil des ans. Laissez le moteur de recherche vous guider vers notre bibliothèque virtuelle de ressources médico-légales.

## En ligne ce mois-ci

### **Changements dans les attentes à l'égard des rapports d'experts**

Les médecins agissant à titre de témoins experts dans les actions civiles devraient savoir que certaines provinces et certains territoires ont modifié ou envisagent de modifier les règlements concernant les rapports d'experts. Cet article en ligne explique ces changements et leur signification pour les experts.



### **Pourquoi les médecins doivent effectuer une évaluation avant d'autoriser des appareils médicaux**

Avant de rédiger une ordonnance ou d'autoriser un appareil médical tel que des orthèses, les médecins devraient auparavant évaluer le patient adéquatement. Cet article en ligne examine la façon dont les tribunaux et les Collèges considèrent les évaluations inadéquates, les conséquences médico-légales possibles et les précautions visant à éviter les évaluations inadéquates.



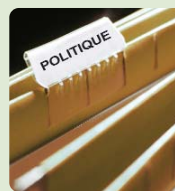
### **Le recours à la photographie et à la vidéo médicales à des fins éducatives**

Les photos et les vidéos cliniques sont des outils importants servant à documenter la présence et la progression de la maladie et à informer les professionnels de la santé et les patients. Toutefois, il s'agit d'un domaine comportant des risques médico-légaux. Découvrez quels sont ces risques et comment les gérer en consultant cet article en ligne.



### **Section sur la politique publique**

Une section a été réservée sur le site Web de l'ACPM pour les documents de politique publique, incluant les rapports, les présentations et les exposés de position. Consultez cette section d'accès facile, divisée en cinq sujets d'intérêt : la responsabilité médicale, la politique de soins de santé, la pratique médicale plus sécuritaire, la télésanté et les nouvelles technologies ainsi que les présentations portant sur la réglementation.



Perspective ACPM, Mars 2011, vol. 3, n°1, P1101F

© ACPM 2011 – Tous droits de reproduction réservés. Numéro de convention de la Poste-publications 40069188

L'ACPM publie *Perspective ACPM* trimestriellement. Ce document est aussi disponible sur le site Web de l'Association.

This document is also available in English.

Adressez toute correspondance à :

**L'Association canadienne de protection médicale, C.P. 8225, Succursale T, Ottawa ON K1G 3H7**

Téléphone : **1 800 267-6522, 613 725-2000** (du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 HE)

Télécopieur : **613 725-1300, 1 877 763-1300**

Courriel : [commentaires@cempa.org](mailto:commentaires@cempa.org) Site Web : [cempa-acpm.ca](http://cempa-acpm.ca)

Les renseignements publiés dans le présent document sont destinés uniquement à des fins éducatives. Ils ne constituent pas des conseils professionnels spécifiques de nature médicale ou juridique et n'ont pas pour objet d'établir une « norme de pratique » à l'intention des professionnels de la santé canadiens. L'emploi que vous faites des ressources éducatives de l'ACPM est sujet à ce qui précède et à la totalité de l'avis de non-responsabilité de l'ACPM, qui est disponible sur le site Web de l'ACPM au [cempa-acpm.ca](http://cempa-acpm.ca) : entrez dans le site et cliquez sur « [Clauses et conditions légales](#) » au bas de la page.



**ACPM**  
L'ASSOCIATION CANADIENNE  
DE PROTECTION MÉDICALE

L'Association canadienne de protection médicale offre des conseils, de l'assistance juridique et de l'éducation en gestion des risques à 80 000 médecins membres. Principal fournisseur de protection en matière de responsabilité médicale au Canada depuis 1901, l'Association est gouvernée par un Conseil élu composé de médecins.

**Mission de l'ACPM** – Protéger l'intégrité professionnelle des médecins et contribuer à un système de soins de santé de qualité par la promotion de soins médicaux plus sécuritaires au Canada.

# Se pourrait-il que la patiente soit enceinte?

Dr Lorraine LeGrand Westfall, *médecin-conseil en gestion des risques*

Il existe des investigations, des traitements médicaux et des interventions chirurgicales susceptibles de présenter un danger pour le fœtus. Si une grossesse est décelée avant que l'un d'entre eux ne soit entrepris, le médecin et la patiente peuvent avoir une discussion probante sur les risques physiques possibles pour le fœtus, ainsi que les risques physiques et émotionnels possibles pour la mère.

## Scénario clinique

Une femme de 27 ans est traitée par un gynécologue pour dysplasie cervicale et mastalgie. Le gynécologue est conscient que la seule méthode de contraception qu'elle utilise est le gel spermicide. Ils discutent brièvement d'autres méthodes de contraception plus efficaces, que la patiente refuse. Comme un test de Papanicolaou a récemment révélé un carcinome *in situ* (HSIL), la patiente subit une excision électrochirurgicale à l'anse (technique LEEP) avec sédation procédurale. Une thérapie au danazol (Cyclomen) pour traiter la mastalgie est entreprise trois semaines avant la technique LEEP.

Six semaines après l'intervention, la patiente se présente au service d'urgence avec des douleurs au bas du ventre. Une échographie révèle un fœtus viable de 15 semaines. À la suite d'une discussion avec son gynécologue, la patiente décide d'interrompre la grossesse.

Une action en justice est intentée contre le gynécologue alléguant le défaut d'exclure une grossesse avant d'amorcer le traitement au danazol et d'effectuer la technique LEEP. De nombreux pairs experts affirment que ni la technique LEEP ni la sédation procédurale ne posent de risques importants pour le fœtus. Toutefois, ils sont unanimes dans leur critique des éléments suivants :

- l'absence d'une discussion des risques associés au danazol au moment d'obtenir le consentement;
- la décision d'amorcer le traitement au danazol sans vérifier si la patiente était enceinte;
- le défaut d'informer la patiente de l'importance d'une méthode de contraception efficace.

En l'absence de l'appui des experts, l'ACPM a versé un règlement à la patiente au nom du gynécologue membre.

## Analyse des dossiers

À partir de ses cas médico-légaux conclus entre 2004 et 2010, l'ACPM a identifié 19 situations cliniques de grossesses non diagnostiquées avant la prescription ou l'exécution d'investigations ou de traitements.

Sur ces 19 dossiers, 11 sont des actions en justice, un est une menace d'action et sept sont des plaintes à un organisme de réglementation de la médecine (Collège). Parmi les actions en justice et la menace d'action, six ont été rejetées et six ont été réglées hors cour. Le Collège a rejeté une plainte et les six autres ont résulté en une mise en garde ou ont été renvoyées à un comité.

La majorité des médecins cités dans l'analyse étaient des obstétriciens-gynécologues. La fourchette d'âge des patientes se situait entre 15 et 39 ans.

Neuf patientes ont subi des interventions chirurgicales y compris la laparoscopie, l'hystérectomie, l'insertion d'un stérilet, la biopsie endométriale et la chirurgie bariatrique; neuf autres patientes ont subi une investigation ou ont commencé un traitement médical hormonal ou dermatologique ou une chimiothérapie.

Un dossier était lié à l'imagerie diagnostique. Dans trois des dossiers, un test de grossesse avait été effectué mais le résultat était inconnu du médecin le plus responsable avant l'intervention.

Cinq patientes ont choisi de poursuivre leur grossesse; six ont opté pour un avortement

**Lorsqu'ils traitent des patientes en âge de procréer, les médecins doivent envisager la possibilité d'une grossesse avant d'amorcer toute investigation et tout traitement ayant un potentiel reconnu ou présumé de porter atteinte au fœtus.**



thérapeutique; quatre ont fait une fausse couche; trois ont reçu un diagnostic au moment de l'hystérectomie et l'issue finale d'une patiente est inconnue.

### Opinions des experts

Les pairs experts qui ont étudié les dossiers médicaux dans les cas de grossesses non diagnostiquées ont produit les constatations et observations suivantes :

- Les médecins méconnaissaient les politiques hospitalières exigeant un test de grossesse avant de procéder à certaines investigations et à certains traitements.
- La communication entre les professionnels de la santé au sujet de la grossesse de la patiente était inadéquate.
- La documentation de l'évaluation clinique, des options thérapeutiques et de la discussion en vue d'obtenir le consentement était inadéquate.
- Les médecins n'étaient pas sensibilisés au fait qu'il pouvait y avoir un délai important entre la conception et un résultat positif à un test urinaire ou sérique de la grossesse. Même lorsqu'un test de grossesse avait été effectué, si le médecin soupçonnait toujours qu'une patiente puisse être enceinte, il aurait dû songer à répéter le test approprié.
- Avant d'amorcer toute investigation ou tout traitement ayant un potentiel de tératogénèse ou d'atteinte du fœtus, la possibilité d'une grossesse aurait dû être évaluée et les risques de devenir enceinte discutés avec la patiente.
- Les méthodes de contraception auraient dû être évaluées avant d'amorcer toute investigation ou tout traitement. Si la méthode utilisée n'était pas jugée efficace, des méthodes de rechange auraient dû être discutées avec la patiente.
- Si la méthode de contraception avait été abandonnée avant d'amorcer une investigation ou un traitement, le médecin aurait dû songer à discuter d'autres méthodes de contraception avec la patiente.

- Si le fœtus avait été exposé à une investigation ou à un traitement susceptible de présenter un danger et que la patiente optait de poursuivre la grossesse, il aurait peut-être été utile de procéder aux investigations appropriées visant à évaluer l'état du fœtus. Une consultation auprès d'un autre professionnel de la santé s'avère souvent nécessaire.

### Suggestions en matière de gestion des risques

Tout médecin qui envisage une investigation ou un traitement pour une patiente doit se poser les questions suivantes :

- Est-il possible que la patiente soit enceinte? Si une grossesse s'avère une possibilité, a-t-elle été exclue à l'aide d'un test approprié effectué à un moment approprié? Le test devrait-il être répété en cours d'intervention?
- Les résultats de tests en suspens ont-ils été étudiés?
- Une discussion au sujet de l'importance d'une méthode de contraception efficace a-t-elle eu lieu avec la patiente?
- La patiente a-t-elle été informée des risques et des avantages, pour elle et pour le fœtus, de l'investigation ou du traitement envisagé?
- Les limites et la sensibilité des tests de grossesse sont-elles connues?
- Si une patiente a été exposée à une investigation ou à un traitement susceptible de présenter un danger pour le fœtus et qu'il est découvert par la suite qu'elle est enceinte, une discussion avec la patiente a-t-elle eu lieu afin d'évaluer les risques et les avantages de poursuivre ou d'interrompre la grossesse?
- Existe-t-il des protocoles visant à aborder la possibilité d'une grossesse? Sinon, de tels protocoles seraient-ils nécessaires?

Les membres de l'ACPM qui auraient des préoccupations médico-légales relatives à des situations semblables devraient communiquer avec l'Association pour obtenir conseil.

# Guides de pratique clinique – recommandations ou normes de pratique?

Dr Ross Berringer, *médecin-conseil en gestion de risques*

La dernière décennie a vu se multiplier les guides de pratique clinique (GPC) et la référence à ces guides dans la pratique est de plus en plus courante.

L'*Institute of Medicine* les définit comme suit : « énoncés systématiques conçus pour aider les médecins et les patients à prendre, au sujet des soins de santé, des décisions appropriées dans des circonstances cliniques précises. »

La majorité des médecins s'entendent pour dire que des GPC crédibles, mis en application de façon appropriée, peuvent améliorer la qualité des soins. Toutefois, certains maintiennent que des algorithmes simplifiés ne sont pas appropriés dans des situations de soins complexes, car ils n'identifient pas les besoins uniques d'un patient en particulier, à un moment particulier. L'ACPM ne produit ni ne recommande de GPC spécifique; par ailleurs ses membres s'adressent souvent à elle pour obtenir des réponses à leurs préoccupations concernant les implications médico-légales possibles des GPC. Parmi les problèmes, mentionnons : les risques liés à l'application ou à la non-application de GPC, l'acceptation de GPC comme norme de pratique, l'admissibilité des GPC en cour et le poids juridique associé aux GPC. Dans les actions en justice, la défense ou le demandeur (le patient ou la famille du patient) peuvent s'y référer pour tenter d'établir si le professionnel de la santé a agi de façon appropriée. Dans d'autres circonstances, les GPC peuvent être utilisés comme ressource sans nécessairement préciser la norme de pratique, comme dans l'étude de cas suivante.

## Une ancienne étude de cas

Il y a plusieurs années, un homme d'âge moyen, auparavant en bonne santé, se présente à l'urgence avec une histoire de courts épisodes de douleur thoracique qui ont disparu. Les signes vitaux et l'examen physique sont normaux. En se basant sur cette anamnèse, le médecin est d'avis que des examens supplémentaires s'imposent. L'ÉCG ne révèle pas de modifications ischémiques.

Un prélèvement sanguin pour doser les marqueurs cardiaques effectué trois heures après l'épisode de douleur thoracique s'avère normal. Le patient reçoit son congé avec les instructions de prendre une aspirine par jour, de consulter son médecin de famille pour passer une épreuve d'effort en consultation externe et de revenir à l'urgence si la douleur est plus forte ou plus fréquente. Le diagnostic de départ est : douleur thoracique non encore diagnostiquée.

Vingt-quatre heures après avoir reçu son congé, le patient fait un arrêt cardiaque. La réanimation échoue. L'autopsie révèle une occlusion à 90 pour cent de l'artère interventriculaire antérieure sans évidence de thrombose aiguë ni d'évidence microscopique d'infarctus récent. La famille du patient tente une action en justice.

## Opinion des experts

Lorsque cet événement s'est produit, les experts du demandeur n'ont reconnu l'existence d'aucun GPC pertinent sur l'évaluation de patients présentant une douleur thoracique. Toutefois, en se basant sur des articles récents et sur la littérature médicale, ils ont jugé que la norme de pratique exigeait un second dosage des marqueurs cardiaques, de six à douze heures après l'épisode de douleur thoracique.

Les experts de la défense n'étaient pas d'accord avec ceux du demandeur à savoir qu'un examen de contrôle des marqueurs cardiaques faisait partie de la norme de pratique, *au moment de l'événement*. Un des experts de la défense a cité un document d'un organisme de soins de santé sur la prise en charge de l'angine instable comme étant le GPC le plus important à ce moment-là. Le GPC mentionne que le patient aurait été classé dans une catégorie à faible risque pour laquelle un test effectué en clinique externe aurait été recommandé.

**Si un médecin décide de ne pas tenir compte d'un GPC déjà établi, la documentation des raisons qui ont motivé cette décision ainsi que toute discussion avec le patient la justifiant peut servir à sa défense dans l'éventualité où ses soins peuvent être mis en doute.**

### Jugement du tribunal

- Il a été reconnu que le médecin défendeur a respecté la norme de pratique applicable par les médecins *au moment où le patient a été évalué*.
- Sur la base d'une expérience similaire dans un hôpital communautaire, le témoignage des urgentologues experts de la défense a été retenu.
- Le tribunal a admis que l'incorporation immédiate des résultats de recherche dans la pratique clinique n'est pas une attente réaliste.
- Bien que la ligne directrice de l'organisme de santé ait été admise comme étant crédible, elle n'a pas été jugée déterminante de la norme de pratique au moment en question. Dans ce cas, la norme de pratique qui aurait dû être respectée était celle à laquelle on pouvait s'attendre d'un collègue prudent dans une situation semblable, plutôt que les soins dictés par une ligne directrice.

### Quelles leçons tirer de ce cas?

- Les tribunaux peuvent décider d'accepter un GPC comme preuve dans une poursuite lorsqu'un expert témoigne qu'il est pertinent en cour. De façon générale, un tribunal n'acceptera pas de GPC pour déterminer une norme de pratique sans qu'un expert ait prouvé son applicabilité dans un cas particulier.

- On peut se fonder sur le témoignage d'un expert pour déterminer le degré selon lequel le GPC était connu et accepté dans le milieu médical au moment en question.
- Même un GPC qui fait autorité peut ne pas déterminer une norme de pratique. Dans certains cas, comme celui présenté ci-dessus, la norme de pratique d'un « collègue prudent » peut avoir plus de poids en cour.
- Les tribunaux reconnaissent qu'il peut y avoir un délai entre la publication des résultats de recherche et leur incorporation dans la pratique clinique. En général, les GPC aident, mais ne garantissent pas l'amélioration des soins cliniques. Les médecins doivent évaluer si un GPC s'applique aux circonstances cliniques particulières du patient.

Si un médecin décide de ne pas tenir compte d'un GPC déjà établi, la documentation des raisons qui ont motivé cette décision ainsi que toute discussion avec le patient la justifiant peut servir à sa défense dans l'éventualité où ses soins peuvent être mis en doute.

## Assemblée annuelle ET séance d'information de l'ACPM

Le 24 août 2011, l'ACPM tiendra son assemblée annuelle ainsi qu'une séance d'information. Cette année, la séance d'information portera sur le thème de **l'évolution des relations médecins-hôpitaux**. Une table ronde de conférenciers traitera de ce sujet important pour les membres et les partenaires de l'ACPM. Ne manquez pas l'annonce à ce sujet qui paraîtra dans le numéro de juin de *Perspective ACPM*.

**Mercredi 24 août 2011**  
**Hôtel Sheraton Newfoundland**  
**St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)**

Pour plus de renseignements, communiquez avec M. Dwight Morley, directeur, Stratégie d'affaires et gouvernance, au 1 800 267-6522 ou à [executive@cmpa.org](mailto:executive@cmpa.org)

L'ACPM a fait une demande d'approbation de crédits à titre de développement professionnel continu pour la séance d'information.

L'assemblée se déroulera principalement en anglais; un service d'interprétation simultanée sera offert.



Venez assister à la  
 séance d'information  
 sur **l'évolution  
 des relations  
 médecins-hôpitaux**

**St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)**

# Les interactions des médecins avec les services policiers

Les médecins peuvent être appelés à interagir avec les services policiers dans divers milieux cliniques dans le cadre d'enquêtes et de demandes de renseignements portant non seulement sur les patients, mais parfois sur les médecins eux-mêmes.

## Confidentialité et protection des renseignements personnels

Il peut être naturel de vouloir collaborer avec les services policiers, mais les médecins devraient en général s'abstenir de divulguer aux policiers ou à tout autre tiers des renseignements sur les patients, à moins d'avoir obtenu le consentement du patient à cet égard ou d'y être tenu par la loi.



Le devoir de confidentialité du médecin est une obligation à la fois déontologique et juridique. Tel qu'il est décrit dans le *Code de déontologie* de l'Association canadienne médicale, les médecins ont traditionnellement protégé les renseignements personnels sur la santé de leurs patients pour promouvoir une relation de confiance avec ces derniers.

L'obligation juridique de respecter la confidentialité des renseignements sur la santé des patients découle de la relation fiduciaire (de confiance) que les médecins entretiennent avec leurs patients. Les lois sur la protection de la vie privée, qui s'appliquent dans toutes les provinces et dans tous les territoires, renforcent cette obligation et exigent le consentement de la personne en cause avant que ses renseignements personnels ne puissent être recueillis, utilisés ou divulgués. Certaines provinces ont également promulgué des lois portant précisément sur la protection des renseignements sur la santé.

Il existe quelques exceptions où la divulgation de renseignements sur les patients est permise en l'absence du consentement explicite du patient. Ces exceptions

peuvent comprendre les demandes provenant des services policiers dans le cadre de certaines enquêtes, ou lorsqu'un médecin reçoit une assignation à témoigner, une ordonnance du tribunal, ou un mandat de perquisition. Les médecins peuvent également divulguer

des renseignements sur les patients sans être tenus d'obtenir le consentement de ces derniers lorsque la loi l'exige, comme dans le cas d'un enfant ayant besoin de protection, ou s'il existe d'importants intérêts en jeu pouvant justifier un manquement à l'obligation de confidentialité des renseignements sur les patients. À titre d'exemple, la Cour suprême a reconnu, dans l'affaire *Smith c. Jones*, qu'un médecin pouvait être autorisé à divulguer aux services policiers des renseignements sur un patient lorsque les circonstances lui donnent une raison de croire

qu'il existe un risque imminent pour une personne ou un groupe de personnes identifiables d'être gravement blessées ou même tuées.

## Mandats de perquisition et assignations à témoigner

Un mandat de perquisition accorde aux services policiers l'autorisation légale d'effectuer une fouille et la saisie d'éléments de preuve. Avant de divulguer des renseignements sur un patient ou de permettre aux services policiers d'avoir accès à des renseignements sur un patient, le médecin devrait demander à voir le mandat. Lorsqu'un médecin se fait remettre un mandat valide qui précise que les dossiers ou les renseignements d'un patient doivent faire l'objet d'une saisie, le médecin doit remettre aux services policiers les renseignements demandés. Toutefois, la divulgation ne doit porter que sur les renseignements dont le mandat fait état.

Il est possible que les policiers cherchent à communiquer avec le médecin avant même qu'un mandat de perquisition ne soit émis.

**Les médecins devraient en général s'abstenir de divulguer aux policiers ou à tout autre tiers des renseignements sur les patients, à moins d'avoir obtenu le consentement du patient à cet égard ou d'y être tenu par la loi.**

## Communiquez avec l'ACPM

Les membres de l'ACPM ayant des incertitudes concernant leur obligation de fournir des renseignements aux services policiers sont encouragés à communiquer avec l'Association.

Les médecins doivent comprendre qu'il peut s'agir d'une méthode servant à invoquer les motifs nécessaires à l'obtention d'un mandat de perquisition et qu'ils ne doivent pas divulguer de renseignements sur un patient dans une telle situation.

Les médecins devraient également savoir faire la distinction entre un mandat de perquisition et une assignation à témoigner, aussi appelée subpoena. Une assignation en soi ne constitue pas un motif suffisant pour un médecin de manquer à son obligation de confidentialité des renseignements sur un patient. Dans la plupart des provinces et des territoires, une assignation à témoigner n'est qu'un ordre de la cour ou du tribunal pour que le médecin se présente à un procès criminel ou à toute autre instance judiciaire. L'assignation peut faire mention que le médecin est tenu d'apporter « les documents ou pièces pouvant être liés à l'affaire », mais elle *ne précise généralement pas* qu'il doit parler à qui que ce soit, même aux services policiers, du contenu des dossiers ou de tout aspect de la santé d'un patient avant d'en avoir reçu l'ordre de l'autorité judiciaire qui préside (c.-à-d., le juge) dans la salle d'audience. À moins que le patient n'ait accordé au médecin l'autorité précise de divulguer les dossiers à l'avance, le médecin devrait apporter les documents dans une enveloppe scellée au lieu et à l'heure indiqués dans l'assignation. Les documents en question ne devraient être divulgués que sur l'ordre de la cour ou du tribunal.

### Investigations policières à l'égard de patients

Ce n'est pas une tâche facile que d'assurer le traitement d'un patient qui est en état d'arrestation ou qui fait l'objet d'une enquête policière. La Cour suprême du Canada a confirmé que les obligations concernant le respect de la confidentialité s'appliquent même aux patients en état d'arrestation ou détenus d'une façon ou d'une autre. Sans cette protection, ces personnes risqueraient de ne pas demander les soins médicaux nécessaires si elles considéraient les professionnels de la santé comme étant des agents des services policiers.

À moins de recevoir une ordonnance valide d'un tribunal (p. ex., un mandat de perquisition), ou d'obtenir le consentement du patient, un médecin ne peut être tenu d'effectuer un acte effraktif sur un patient (tel qu'un prélèvement de sang sur une personne soupçonnée de conduite en état d'ébriété aux fins de confirmer son taux d'alcoolémie) ou pour fournir tout autre renseignement ou preuve à l'égard d'un patient.

Les médecins peuvent ressentir que les services policiers font pression sur eux pour les obliger à fournir des renseignements au

sujet d'un patient décédé, inconscient ou dont les facultés sont autrement affaiblies au point où il n'est pas apte à consentir. Dans toutes ces circonstances, le médecin a toujours le devoir de respecter la confidentialité des renseignements personnels sur la santé du patient.

Les médecins peuvent également recevoir des services policiers une demande d'information concernant un patient soupçonné d'activité criminelle, comme la fraude en matière d'ordonnances multiples, ou d'un comportement dangereux pour autrui. Les médecins ne sont pas tenus de fournir aux services policiers des renseignements concernant les cas de fraude soupçonnée en matière d'ordonnances. Par conséquent, les médecins peuvent répondre aux questions concernant la santé du patient uniquement si une ordonnance valide d'un tribunal leur est présentée ou dans l'éventualité plutôt rare où les services policiers ont obtenu le consentement du patient. Ceci étant dit, certaines questions posées par les services policiers n'exigent aucune divulgation des renseignements personnels sur la santé d'un patient. Par exemple, un médecin peut vérifier l'authenticité d'une ordonnance qui se trouve en la possession des policiers (c.-à-d., confirmer si l'écriture et la signature sont bien celles du médecin).

### Devoir de signaler aux services policiers

Dans certaines situations courantes, les médecins doivent faire un rapport directement aux services policiers.

#### Blessures par arme à feu

Les hôpitaux et les établissements de soins dans certaines provinces (actuellement en Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec et Nouvelle-Écosse) sont tenus de signaler les blessures par balle aux services policiers. Bien que cette obligation de signaler en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba comprenne également les blessures par arme blanche, les textes de loi dans toutes ces provinces sont semblables. L'obligation de signaler incombe typiquement à l'hôpital ou à l'établissement et non au médecin. Selon la loi en Alberta, l'obligation incombe aux *établissements*, ce qui peut comprendre les hôpitaux, ainsi que les cabinets médicaux privés ou les cliniques sans rendez-vous.

#### Abus

Il peut y avoir d'autres circonstances où les médecins sont tenus par la loi de signaler aux autorités toute activité criminelle soupçonnée. Dans certaines provinces, ces autorités comprennent les services policiers. Les circonstances les plus courantes sont lorsqu'une personne (incluant un médecin) a des *motifs raisonnables* de croire qu'un enfant est victime d'abus. De façon générale, toute personne qui estime qu'un enfant a besoin de protection est tenue par la loi de signaler la situation à la personne ou à l'agence désignée dans les plus brefs délais. À la lumière des conséquences potentiellement graves du signalement ou du non-signalement, les médecins



doivent s'assurer de tenir compte des obligations qui leur incombent dans leur province ou leur territoire. Par ailleurs, certaines provinces et certains territoires ont promulgué des obligations semblables de signalement des cas d'abus de personnes âgées.

### Décès

Toutes les provinces et tous les territoires ont des lois qui obligent une personne (y compris les médecins) à signaler certains décès, dont ceux que l'on peut soupçonner d'être reliés à des circonstances violentes ou à des causes suspectes ou inexplicables. La nature et les circonstances des décès devant être signalés varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Bien que la plupart des lois exigent que les décès soient signalés au coroner en chef, plusieurs provinces permettent leur signalement aux services policiers. Les policiers peuvent alors chercher à obtenir d'autres renseignements auprès du médecin, dans le cadre de l'obligation de signaler de ce dernier. Dans de telles circonstances, le médecin doit bien déterminer s'il a effectivement un devoir de signalement. Dans l'affirmative, il lui faut savoir quelles informations fournir aux services policiers.

### Médecins faisant l'objet d'une enquête policière

Dans le cadre de l'exercice de leur profession, les médecins peuvent eux-mêmes faire l'objet d'une enquête policière. L'ACPM a pu constater à cet égard des situations telles que des allégations d'agression sexuelle, l'assistance au suicide d'un patient, la fraude en matière de narcotiques, et des problèmes de facturation.

Dans de telles situations, toute déclaration faite par le médecin ou tout document remis par ce dernier aux services policiers peut servir de preuve dans une action en justice subséquente. Lorsqu'un médecin reçoit une

demande des services policiers, il devrait refuser de faire une déclaration ou de répondre aux questions tant qu'il n'a pas obtenu de conseils auprès de l'ACPM ou d'un service juridique approprié.

Les médecins peuvent être tentés de fournir des renseignements ou de faire une déclaration ou peuvent se sentir intimidés en vue de le faire, espérant ainsi éviter toute action en justice. En fait, une déclaration volontaire spontanée ou la divulgation d'information peut avoir l'effet opposé et risque en réalité de gravement compromettre la défense future du médecin.

Par ailleurs, les médecins sont toujours assujettis à leur obligation de respecter la confidentialité des patients dans toutes ces situations.

### Des renseignements plus détaillés sont offerts

L'ACPM a publié plusieurs articles présentant des renseignements plus détaillés sur les subpoena ou assignations à témoigner (« Un subpoena – quelles sont les obligations du médecin? »), sur l'assistance accordée aux services policiers dans le cadre d'enquêtes sur la fraude en matière d'ordonnance et sur l'obtention d'ordonnance multiples (« Comment réagir à la fraude en matière d'ordonnance »), et sur le signalement des blessures par balle et par arme blanche (« Signalement des blessures par balle et par arme blanche »). Tous ces documents sont accessibles sur le site web de l'ACPM au [cmpa-acpm.ca](http://cmpa-acpm.ca)

## Date limite des mises en candidature au Conseil de l'ACPM : le 20 avril!

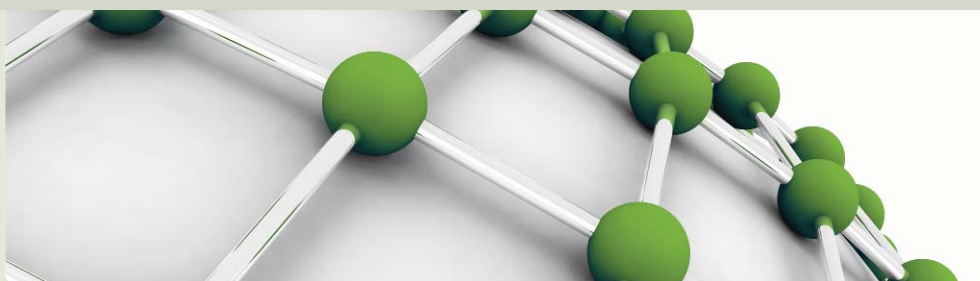
Le travail de l'ACPM vous intéresse? Ou vous connaissez quelqu'un qui s'y intéresse? C'est le moment de participer. Le Rapport du Comité de nomination pour l'élection 2011 au Conseil de l'ACPM a récemment été envoyé aux membres par la poste. Si vous avez des questions sur la façon de vous présenter aux élections ou de proposer la candidature d'un autre membre, ou si vous n'avez pas reçu votre exemplaire du rapport, veuillez communiquer avec l'ACPM au 1 800 267-6522.



## Nouvelle édition revue et augmentée du Guide médico-légal à l'intention des médecins du Canada

L'ACPM a récemment revu et augmenté son Guide médico-légal à l'intention des médecins du Canada. Cette septième édition comprend des mises à jour concernant les dossiers médicaux électroniques, la divulgation et la déclaration des événements indésirables, les soins interprofessionnels, et les attentes à l'égard des témoins experts. Cette ressource utile est accessible sur le site web de l'ACPM ([cmpa-acpm.ca](http://cmpa-acpm.ca)). Les médecins peuvent également en demander une version imprimée auprès de l'ACPM en appelant le 1 800 267-6522.





# Le renforcement de la communication interprofessionnelle

Les médecins et les autres professionnels de la santé font consensus sur l'importance d'une communication efficace au sein de l'équipe de santé. Toutefois, de nombreux défis font obstacle à une bonne communication interprofessionnelle (entre les médecins et les autres professionnels de la santé) et ces difficultés peuvent parfois entraîner des résultats défavorables pour les patients.

Les dossiers de l'ACPM révèlent des problèmes médico-légaux de tous ordres liés à des questions de communication interprofessionnelle, notamment, des délais de diagnostic, des accidents lors d'interventions chirurgicales, des événements indésirables liés aux médicaments et des défaillances dans la surveillance ou le suivi des patients.

Plusieurs thèmes clés en communication ressortent des données et soulignent l'importance :

- de communiquer clairement
- de fournir des renseignements suffisants (adéquats)
- d'offrir de l'information au moment opportun
- d'aviser le professionnel de la santé approprié de l'état du patient et de tout changement chez celui-ci
- d'être poli et respectueux
- de tenir compte des autres professionnels de la santé
- de lire les notes des infirmières et des autres professionnels de la santé
- d'avoir recours à des outils de communication spécifiques, p. ex., les listes de vérification d'une chirurgie sécuritaire.

Malheureusement, ces éléments d'une bonne communication sont parfois négligés et des conséquences d'ordre médico-légal s'ensuivent. Toutefois, les médecins peuvent évaluer et améliorer leurs compétences en communication interprofessionnelle; les patients en bénéficieront et cela réduira les risques pour les médecins tout en répondant aux besoins des autres professionnels de la santé.

## Les principes de la communication

La communication avec les autres professionnels de la santé doit être claire, complète et elle doit avoir lieu au moment opportun. Les interactions doivent se dérouler sur un ton poli et respectueux à l'égard des autres professionnels de la santé. D'ailleurs, une écoute active de la part des médecins s'avère une technique efficace, car elle concentre l'attention sur l'interlocuteur. Bien comprendre le rôle et les responsabilités de chacun des membres de l'équipe lors de la prestation des soins et du suivi sera productif pour tous.

Il se peut que certains professionnels de la santé aient de la difficulté à se faire entendre et à faire connaître leur opinion sur une situation clinique qui évolue ou un événement indésirable imminent. Ils ne sont pas à l'aise de le faire parce qu'on ne leur demande pas leur avis. Les médecins doivent donc tenir compte de cette possibilité, et accepter et rechercher les commentaires de tous les professionnels de la santé.

## La communication et les soins interprofessionnels

De plus en plus de médecins travaillent avec d'autres professionnels de la santé pour fournir des soins aux patients et cette tendance souligne l'importance d'une prise de décision commune. Pour encourager la collaboration efficace et en temps opportun, au sein des équipes et entre elles, les médecins et les autres professionnels de la santé doivent posséder de bonnes compétences en communication, connaître les champs d'exercice, les rôles et responsabilités de chacun ainsi que les politiques et procédures en vigueur. Des objectifs communs, des modèles mentaux partagés et une responsabilisation appropriée permettent également de faciliter la communication et de créer un climat de confiance.

## Des outils de communication structurée

Des approches et des outils de communication ont été conçus pour établir des structures et favoriser la clarté des communications entre les intervenants<sup>1</sup>:

- La technique SAER est employée pour clarifier les communications; elle est utilisée souvent pour les conversations téléphoniques. SAER est l'acronyme de Situation, Antécédents, Évaluation et Recommandation. Les professionnels de la santé utilisent ces termes pour discuter du cas ou de l'état d'un patient, y compris la recommandation sur l'action à entreprendre et l'urgence de la situation.
- Modèle utilisé lors des transferts, *ANTICIPATE* est l'acronyme de : *Administrative Data* (données administratives), *New information* (information nouvelle) (mise à jour clinique), *Tasks* (tâches) (ce qui doit être fait), *Illness* (maladie) et *Contingency plan* (plan d'urgence).
- Un autre modèle, *SIGNOUT*, acronyme de *Sick ou DNR* (malade ou NPR), *Identifying data* (données d'identification), *General hospital course* (évolution clinique du patient pendant son hospitalisation); *New events* (nouveaux événements de la journée), *Overall health status/clinical condition* (état de santé actuel/état clinique), *Upcoming possibilities with plan* (éventualités et plan d'action), et *Tasks to complete the plan* (tâches en vue de compléter le plan d'action).
- DRAW est l'acronyme de *Diagnosis* (diagnostic), *Recent changes* (changements récents), *Anticipated changes* (changements prévus) et *What to watch for* (quoi surveiller).

Le recours à l'une de ces méthodes ou à tout autre outil de communication structurée peut faciliter l'organisation et la simplification des discussions sur les soins intra et interprofessionnels, et toutes ces techniques ont la possibilité d'améliorer la clarté des communications et la sécurité des patients.

### La communication dans la salle d'opération

Dans la salle d'opération, une communication efficace est essentielle pour assurer la sécurité des patients. On a longtemps favorisé les hiérarchies entre professionnels de la santé dans les salles d'opération et la communication était réduite au minimum, mais la situation change. On a maintenant recours aux listes de vérification d'une chirurgie sécuritaire et à d'autres initiatives pour encourager le travail d'équipe et la communication en salle d'opération et pour améliorer la culture à cet égard. On rappelle aux médecins d'utiliser des listes de vérification et des outils d'analyse structurée afin de permettre à chacun des membres de l'équipe chirurgicale de s'exprimer et finalement, de contribuer à la culture de la sécurité des patients.

### La collaboration avec les pharmaciens

Les médecins communiquent régulièrement avec les pharmaciens, que ce soit en milieu hospitalier, dans la collectivité ou au sein de l'équipe de soins interprofessionnels. D'ailleurs, l'ACPM a déjà recommandé la mise en œuvre d'une procédure qui définit et décrit clairement les rapports de collaboration entre les médecins et les pharmaciens.

L'établissement et le maintien d'une communication efficace entre les médecins et les pharmaciens sont essentiels, car les deux parties ont la responsabilité de travailler ensemble avec les patients pour maximiser le plan de traitement médicamenteux. Les médecins peuvent envisager l'établissement d'un système dans lequel les pharmaciens qui ont établi un rapport de collaboration favorisent la communication lorsque les ordonnances sont modifiées, renouvelées ou exécutées sans d'abord consulter le médecin. Ce système peut préciser que toute communication dans ce contexte se fasse par écrit et soit envoyée dans un laps de temps précis. Il est souhaitable également de préciser à l'avance les attentes relatives au suivi et de mentionner qui, de façon générale, sera responsable d'expliquer au patient les soins et de fournir les renseignements. De plus, les médecins doivent envisager de consigner dans le dossier médical la discussion avec le pharmacien et (ou) le patient concernant les décisions de traitement.

Enfin, il est valable d'élaborer, en clinique ou en cabinet, des processus efficaces qui incitent à revoir au moment opportun les communications reçues des pharmaciens. À considérer également le recours à un système permettant de réserver un moment où le médecin prend connaissance

**L'établissement et le maintien d'une communication efficace entre les médecins et les pharmaciens sont essentiels, car les deux parties ont la responsabilité de travailler ensemble avec les patients pour maximiser le plan de traitement médicamenteux.**



de la correspondance et autres consultations avec les pharmaciens, en ce qui a trait à tout changement de médication pour le patient.

### Les notes des infirmières et des autres professionnels de la santé

Bien que la communication verbale en face-à-face soit préférable, ce n'est pas toujours possible. Les infirmières et les autres

professionnels de la santé ont l'habitude de documenter leurs observations et leurs communications avec les médecins, y compris de noter le moment où ils ont téléphoné. À leur tour, les médecins doivent prendre soin de lire les notes des infirmières et des autres professionnels de la santé.

**On ne peut sous-estimer l'importance de bonnes communications écrites entre les médecins et les autres professionnels de la santé.**

### La documentation des communications

En consignait au dossier les soins prodigués, les médecins doivent inclure les renseignements importants qui leur sont communiqués, leur source ainsi que toute action proposée ou prise pour soigner les patients. Il peut s'agir entre autres de notes sur une discussion clinique avec une infirmière gestionnaire ou une infirmière soignante; la conservation des notes dans le calepin ou le terminal de poche du médecin; ou toute autre forme de communication comme le courriel.

### Des communications écrites efficaces

On ne peut sous-estimer l'importance de bonnes communications écrites entre les médecins et les autres professionnels de la santé. Par exemple, les médecins doivent fournir suffisamment de renseignements pour permettre aux membres de l'équipe de comprendre les antécédents du patient, les résultats de l'examen physique, le diagnostic et sa justification, le traitement et le

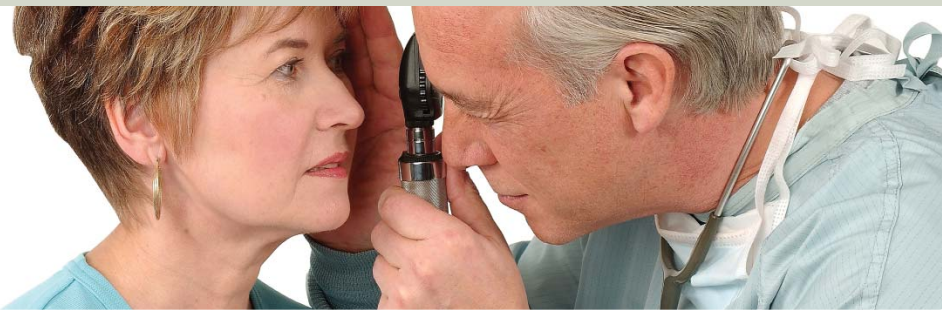
plan de soins. De plus, les médecins doivent rédiger les ordonnances de traitements et de médicaments des patients de façon à transmettre le niveau d'urgence approprié. Les abréviations normalisées doivent être utilisées et la lisibilité est importante. Enfin, les médecins doivent documenter les dérogations importantes aux processus ou aux lignes directrices établis.<sup>2</sup>

### Communiquez avec l'ACPM

Si, à titre de membre de l'ACPM, vous avez des questions précises sur la communication interprofessionnelle, communiquez avec l'ACPM. Nos médecins-conseils discuteront avec vous et vous fourniront l'assistance nécessaire. Nous vous encourageons à nous téléphoner au numéro 1 800 267-6522 ou à utiliser le [formulaire d'assistance médico-légale/courriel Web](#) que vous trouverez dans notre site Web à [cmpa-acpm.ca](http://cmpa-acpm.ca).

Nous vous suggérons également de consulter les publications de l'ACPM sur la communication interprofessionnelle efficace (cliquez sur le lien [Éducation](#) dans notre site Web) et de compléter le [module d'apprentissage en ligne](#) : Communication au sein de l'équipe. 🧑‍⚕️

1. L'ACPM ne recommande pas d'outil ou de méthode de communication structurée en particulier. Ils sont présentés par de nombreux experts en sécurité des patients à titre d'exemples de méthodes qui incitent à améliorer la communication. Plusieurs sont à l'étude afin d'établir leur efficacité.
2. Frank JR, Brien S, (Éditeurs) au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. *Les compétences liées à la sécurité des patients : l'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé*. Ottawa, ON: Institut canadien pour la sécurité des patients; 2008.



# Le diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne : songez aux possibilités

Dr Ross Berringer, *médecin-conseil en gestion des risques*

Vous évaluez un homme de 50 ans ayant des antécédents d'hypertension et de dépendance à la nicotine. Ce patient a remarqué, en jouant au squash, l'apparition soudaine d'une céphalée intense. Il affirme n'avoir jamais eu aussi mal à la tête de sa vie, ajoutant qu'il a eu un bref épisode d'évanouissement, de vomissement et de sensibilité à la lumière. L'examen physique révèle la présence d'une raideur modérée de la nuque sans constatation neurologique en foyer. Une tomodensitométrie du cerveau révèle la présence de sang dans l'espace sous-arachnoïdien.

Le diagnostic précoce d'une hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) s'avère important puisqu'une intervention chirurgicale ou radiologique rapide peut réduire les complications à court terme, tels le vasospasme cérébral et les saignements ultérieurs. Toutefois, même lorsque les patients présentent des symptômes typiques d'une HSA, tels que ceux décrits ci-dessus, un diagnostic d'HSA peut parfois tarder.

Dans le cadre d'une analyse de ses dossiers médico-légaux liés à une HSA, conclus entre 1998 et 2010, ainsi que de tout autre dossier présentement actif, l'ACPM a identifié 44 dossiers dont 30 (68 %) sont des actions en justice. Les 14 autres sont des plaintes déposées auprès d'un organisme de réglementation de la médecine (Collège) ou d'un hôpital, ou des menaces d'action.

L'analyse révèle trois problématiques récurrentes :

1. Le défaut d'envisager le diagnostic.
2. Des difficultés ou des délais dans l'obtention, l'interprétation ou la production de rapports d'imagerie diagnostique.

3. L'absence d'investigations supplémentaires dans les situations où l'indice de suspicion clinique est élevé bien que les investigations initiales soient négatives.

Le cas suivant illustre un faux-pas dans le processus diagnostique.

## ➔ EXEMPLE DE CAS : UNE MIGRAINE ATYPIQUE

À 13 h un jour de fin de semaine, une infirmière de 47 ans ayant des antécédents de migraines est transportée au service d'urgence d'un hôpital communautaire par ambulance. Son principal symptôme est une céphalée d'apparition soudaine sans l'aura qui la précède habituellement. Elle note des troubles de la vision, qu'elle décrit comme des *arcs-en-ciel*, qui se sont produits au même moment que l'apparition de la céphalée. La céphalée est diffuse, de nature pulsatile et associée à une photophobie légère, des nausées et de multiples épisodes de vomissement. Elle décrit l'intensité comme étant équivalente à sa pire migraine. Le rapport des ambulanciers documente que la patiente a décrit sa céphalée comme « la pire qu'elle ait jamais eue ».



Les signes vitaux initiaux sont normaux. Elle est évaluée par l'urgentologue A dans les 15 minutes de son arrivée. Un examen neurologique détaillé, incluant une fundoscopie, une évaluation des signes méningés et une évaluation de la fonction motrice, est normal. Un examen de son dossier hospitalier ne révèle aucune visite antérieure à ce service d'urgence pour cause de migraines. L'impression diagnostique initiale est une migraine complexe.

Au cours des deux prochaines heures, elle reçoit en doses les médicaments suivants par voie intraveineuse : dihydroergotamine (DHEA) 1,0 mg, métoclopramide (Maxeran) 20 mg, dimenhydrinate (Gravol) 50 mg et chlorpromazine 25 mg. Une allergie ou une sensibilité à la morphine, à la mépéridine (Demerol) et à la prochlorpérazine (Stemetil) écarte la possibilité d'y recourir. À 16 h, il est noté que la patiente est somnolente mais éveillable. En fonction de cette observation, le médecin A déduit que sa douleur a diminué. À 16 h 30 la patiente reçoit son congé, munie d'une ordonnance d'acétaminophène et d'analgésique oral. Ni une réévaluation clinique ni les instructions fournies à la patiente ne sont documentées au moment du congé.

Six jours plus tard la patiente retourne au service d'urgence avec des céphalées intenses



intermittentes qui persistent et qui sont associées à des nausées et des vomissements. Les signes vitaux sont normaux, à l'exception d'une TA de 175/110 mm Hg. La patiente est évaluée par l'urgentologue B qui documente qu'il s'agit d'une *migraine typique*. L'examen neurologique est normal. Elle reçoit de la métoclopramide et du dimenhydrinate par voie intraveineuse. Deux heures après son admission, la patiente affirme que sa céphalée a presque complètement disparu. Elle reçoit son congé avec l'instruction d'assurer le suivi auprès de son omnipraticien.

Vingt-quatre heures après son congé, elle est transportée de nouveau au service d'urgence avec un score de Glasgow (GCS) de 13/15 et une hémiparésie gauche. Le médecin B la réévalue. Une tomодensitométrie révèle la présence de sang dans l'espace sous-arachnoïdien et une hydrocéphalie légère. Elle est transférée dans un centre de soins tertiaires en vue d'une

# symposium de l'ACPM

À INSCRIRE  
À VOTRE  
AGENDA!

## La réduction des risques médico-légaux dans la pratique

Vancouver

27 avril 2011

Centre des congrès de Vancouver

Halifax

26 mai 2011

Marriott Harbourfront de Halifax

Les symposiums représentent l'un des services de grande valeur offerts aux membres de l'ACPM

- ▶ Obtenez les réponses à vos questions médico-légales
- ▶ Communiquez de façon plus efficace
- ▶ Évitez les pièges des dossiers électroniques
- ▶ Apprenez à répondre aux plaintes déposées au Collège
- ▶ Assistez à un procès fictif

Pour vous inscrire à ces symposiums (offerts en anglais seulement), ou pour obtenir des renseignements sur les conférences régionales de l'ACPM, visitez le [cmpa-acpm.ca](http://cmpa-acpm.ca)

évaluation par un neurochirurgien. Un angiogramme effectué plus tard le même jour révèle un vasospasme diffus sans anévrisme identifiable. Une ponction lombaire démontre une xanthochromie. Un traitement médical du vasospasme est amorcé. Un nouvel angiogramme trois jours plus tard révèle un petit anévrisme de l'artère communicante antérieure qui est ligaturé par la suite. En dépit d'un programme de réadaptation intensif, la patiente est atteinte d'une importante déficience cognitive et motrice.

Une action en justice est intentée un an plus tard. L'avocat de la demanderesse (patiente) obtient un rapport d'expert d'un urgentologue qui exerce dans un hôpital communautaire. Tout en reconnaissant que la décision de prescrire des examens d'imagerie diagnostique pour un patient ayant des antécédents de migraines s'avère difficile, l'expert émet les commentaires suivants :

**L'expert de la demanderesse a critiqué les éléments suivants des soins du médecin A :**

- la minimisation de l'importance de l'apparition soudaine de la céphalée;
- le défaut de caractériser la nature des migraines antérieures de la patiente en ce qui concerne l'aura, la localisation et l'intensité;
- l'absence de clarification auprès de la patiente à savoir si elle s'était déjà présentée à un service d'urgence pour obtenir un traitement;
- la déduction que la somnolence de la patiente à la suite d'importantes doses d'agents sédatifs intraveineux indiquait une diminution de l'intensité de la céphalée;
- la déduction qu'une réaction favorable à un traitement de migraine augmentait la probabilité du diagnostic;
- l'absence de documentation d'une réévaluation ou des instructions fournies au moment du congé.

**L'expert de la demanderesse a critiqué les éléments suivants des soins du médecin B :**

- l'hypothèse prématurée qu'il s'agissait d'une « migraine typique »;
- le défaut de caractériser de façon adéquate la nature et la fréquence des symptômes de la patiente au cours des six jours précédents;

- l'hypothèse selon laquelle la réaction aux médicaments excluait un diagnostic plus grave;
- le défaut d'envisager des examens d'imagerie diagnostique d'urgence dans ce cas.

L'ACPM a cherché à obtenir un appui pour les deux médecins, sans réussir à obtenir un appui inconditionnel pour les défenseurs. Pour cette raison, l'ACPM a dû régler cette cause hors cour avec la patiente pour le compte des deux médecins.

En rétrospective, il semblerait que les médecins A et B se sont accrochés fermement au diagnostic d'une migraine tôt dans la rencontre clinique sans envisager d'autres étiologies possibles. Le diagnostic initial de migraine semble avoir influé sur la deuxième évaluation clinique.

**Identification des risques**

Dans ce cas, les experts ont identifié les considérations suivantes en matière de gestion des risques :

- L'apparition soudaine de la céphalée et l'absence de l'aura habituelle allaient à l'encontre du diagnostic d'une migraine typique.
- La clarification de la fréquence des visites au service d'urgence pour obtenir des médicaments *de secours* aurait constitué un *marqueur* de remplacement utile de l'intensité de la céphalée.

**POINTS À RETENIR**

Une réflexion sur les cas tels que celui-ci peut contribuer à réduire les risques, pour le patient et le médecin. Lorsque vous évaluez des patients avec une céphalée aiguë, les observations suivantes peuvent s'avérer pertinentes :

1. Le dossier médical devrait documenter, entre autres, la réaction au traitement et les réévaluations en temps opportun.
2. Les tribunaux perçoivent la formulation et la documentation d'un diagnostic différentiel comme une preuve de la compétence, de la prudence et du raisonnement du médecin. 🧠

# L'importance d'une bonne documentation

Bien que les médecins s'emploient généralement à assurer une documentation complète et exacte, il existe des lacunes. Une documentation inadéquate influe à la fois sur les soins du patient et sur les résultats.

## Une bonne documentation et le dossier médical

Puisqu'il constitue le principal outil de communication entre les médecins et les autres professionnels de la santé, le dossier médical est essentiel à la prestation de bons soins pour les patients et il joue un rôle déterminant dans la continuité des soins. Il est aussi un document juridique qui doit pouvoir soutenir un examen minutieux.

Une bonne documentation au dossier médical est exacte, objective et consignée au moment de la rencontre (contemporaine). Cela signifie que les renseignements consignés sont complets, précis et factuels.

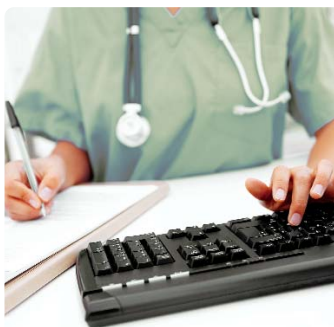
Une bonne documentation témoigne également du processus décisionnel du médecin. Les symptômes, les constatations physiques et les résultats des examens de laboratoire sur lesquels repose le plan de soins doivent être identifiés de façon à démontrer que le

plan est clair et logique. Une bonne documentation précise les renseignements donnés au patient ainsi que la réaction du patient. Elle comprend des notes sur le consentement éclairé, les questions du patient, les réponses du médecin et tout renseignement transmis au patient en ce qui concerne les prochaines étapes ou le suivi. La documentation doit être lisible et ne contenir que des abréviations reconnues.

Les médecins doivent éviter à tout prix les insinuations ou les suppositions, à moins de les identifier comme telles. Les énoncés dans le dossier médical doivent être corroborés et lorsqu'il y a incertitude, le médecin doit

l'indiquer. De façon générale, une documentation contemporaine est jugée plus fiable qu'un témoignage rétrospectif du médecin ou du patient.

De bonnes notes décrivent clairement les faits de la situation et démontrent un travail consciencieux. Les notes inadéquates, par contre, laissent place à interprétation ou ne sont d'aucune utilité pour traiter le patient ou illustrer les faits. Une mauvaise tenue des dossiers peut être perçue comme le reflet d'un manque de souci du détail et risque de mener à la conclusion que les soins prodigués étaient inadéquats.



## La documentation des conseils prodigués par téléphone et par courrier électronique

Comme dans le cas des rencontres en face-à-face, les médecins qui prodiguent des conseils téléphoniques doivent assurer une documentation uniforme et complète dans le dossier médical. Le médecin doit prendre des notes et les insérer dans le dossier médical du patient pendant ou immédiatement

après une conversation téléphonique avec un patient ou un membre de la famille.

Les médecins qui communiquent avec les patients par courrier électronique devraient les informer que le contenu de leurs courriels peut être versé à leur dossier médical sous une forme ou une autre. Le médecin doit déterminer s'il est préférable de verser au dossier, *in extenso*, tous les courriels du patient, ou plutôt un résumé de toute l'information clinique pertinente.

Il peut exister des copies de sauvegarde récupérables des courriels sur d'autres ordinateurs ou dans le cyberspace. La documentation de la communication entre le patient et le médecin permet de reconstituer plus précisément la teneur de leurs échanges que ne le permettrait la mémoire du médecin et du patient. Toutefois, le médecin doit savoir qu'un courriel mal rédigé ou dans lequel il n'a pas bien choisi ses mots peut servir de preuve dans une future investigation ou dans des instances où ses soins sont remis en question.

## La modification des dossiers médicaux

Toute modification d'un dossier médical doit être faite avec soin et conformément aux règlements et aux directives applicables, telles les politiques diffusées par les organismes de réglementation de la médecine (Collèges).

**Puisqu'il constitue le principal outil de communication entre les médecins et les autres professionnels de la santé, le dossier médical est essentiel à la prestation de bons soins pour les patients et il joue un rôle déterminant dans la continuité des soins.**

Les corrections ou les modifications ne peuvent être apportées qu'aux notes qu'un médecin a lui-même consignées et non à celles d'autres professionnels de la santé. Les médecins devraient apporter des changements uniquement pour veiller à ce que le dossier médical soit pertinent et exact. Tout changement doit être daté et signé ou authentifié électroniquement. Il est important de préserver la note originale, puis de rédiger, signer et dater tout ajout ou changement. Les médecins peuvent discuter de toute question relative aux modifications à un dossier médical avec un médecin-conseil à l'ACPM.

### **Dossiers médicaux électroniques**

L'importance d'une bonne documentation s'applique naturellement aux dossiers médicaux électroniques. Les médecins devraient utiliser une signature électronique, tel un mot de passe ou un numéro d'identification unique, pour identifier les renseignements consignés dans le dossier électronique. La signature électronique lie le document à l'auteur.

Il peut s'avérer tentant d'avoir recours aux raccourcis en effectuant la documentation dans un dossier médical électronique. Toutefois, le fait de réutiliser une documentation antérieure (couper-coller) peut avoir une incidence négative sur l'intégrité du dossier médical. Les médecins voudront éviter de reporter prospectivement des renseignements qui risquent de ne plus être exacts ou qui peuvent contredire l'état ou la situation actuelle du patient.

Afin de respecter l'obligation de confidentialité envers le patient, les médecins doivent contrôler l'accès à leur ordinateur. Ils doivent prendre les mesures appropriées pour fermer le système électronique lorsqu'ils ne l'utilisent pas. Cela contribue à éviter les bris de confidentialité tout en empêchant d'autres personnes d'ajouter des renseignements qui seraient consignés sous la signature électronique du médecin.

### **Conservation des dossiers médicaux**

Les médecins devraient vérifier les obligations spécifiques dans leur province ou territoire relatives à la conservation des dossiers médicaux. Bien que la conservation des dossiers, notamment les documents papier entreposés dans les cabinets de médecins, présente des défis évidents, l'ACPM recommande de conserver les dossiers pendant au moins 10 ans à partir de la date de la dernière inscription au dossier ou, dans le cas de mineurs, pendant au moins 10 ans à partir de l'âge de la majorité. Bien sûr, la sécurité des dossiers médicaux doit être assurée et les médecins doivent prendre des mesures raisonnables pour protéger les renseignements personnels sur la santé des patients.

### **Exigences législatives**

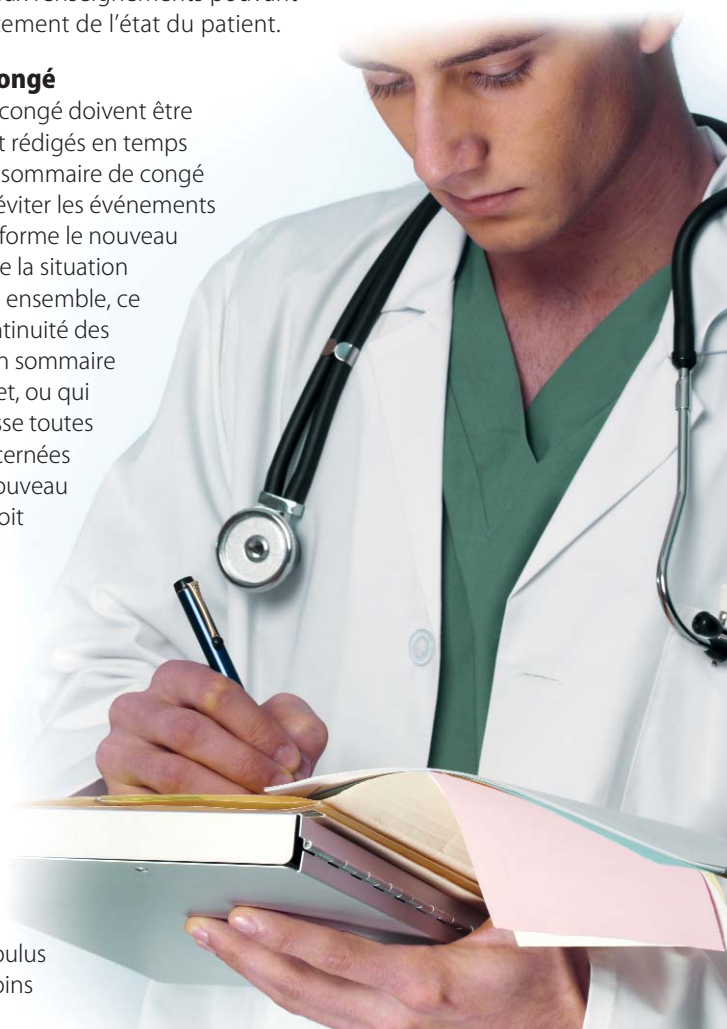
Les dossiers médicaux sont constitués de renseignements exigés par la réglementation et à d'autres fins tels l'enseignement et la recherche. Les dossiers médicaux constituent également des documents juridiques et ils entraînent des conséquences juridiques par suite de toute autre utilisation. Les médecins doivent se familiariser avec les règlements provinciaux ou territoriaux, peu importe si les renseignements sont nécessaires à des fins cliniques ou autres. Les médecins qui travaillent en milieu hospitalier devraient aussi consulter les règlements administratifs pertinents de l'hôpital.

### **Les notes des infirmières et autres renseignements pertinents sur les soins de santé**

Les infirmières et autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe clinique documentent des renseignements cliniques importants. Les notes fournies par les autres professionnels de la santé renferment souvent de l'information qui permet d'améliorer les soins du patient. Les médecins doivent revoir la documentation fournie par les autres professionnels de la santé puisqu'elle peut contenir de précieux renseignements pouvant contribuer au traitement de l'état du patient.

### **Sommaires de congé**

Les sommaires de congé doivent être complets, exacts et rédigés en temps opportun. Un bon sommaire de congé peut contribuer à éviter les événements indésirables et il informe le nouveau médecin traitant de la situation médicale dans son ensemble, ce qui optimise la continuité des soins au patient. Un sommaire de congé incomplet, ou qui arrive trop tard, laisse toutes les personnes concernées au dépourvu. Le nouveau médecin traitant doit pouvoir accéder rapidement à ces renseignements utiles qui ont le potentiel de sauver la vie d'un patient. Lorsqu'ils rédigent un sommaire de congé, les médecins doivent se demander s'il contient tous les renseignements voulus pour assurer des soins



ininterrompus. Ils doivent connaître les règlements administratifs de leur hôpital et être conscients que la non-conformité peut avoir une incidence sur leurs privilèges et entraîner des difficultés médico-légales.

Au niveau systémique, une meilleure documentation de la part des médecins améliorera la qualité des dossiers médicaux hospitaliers. Cela aura pour effet d'assurer la disponibilité de données de qualité supérieure pour les cliniciens, les planificateurs de soins de santé, les chercheurs et les décideurs.

### Les notes officielles et les certificats médicaux

Les notes officielles, par exemple pour motiver l'absence à la fonction de juré, doivent se fonder sur l'évaluation du patient par le médecin. Ces notes doivent être factuelles et objectives et devraient indiquer si elles reposent sur une anamnèse subjective fournie par le patient. Le médecin devrait obtenir l'autorisation du patient avant de divulguer des renseignements personnels et tenir compte du besoin de confidentialité du patient.

Les certificats médicaux doivent eux aussi présenter des énoncés exacts fondés sur les renseignements cliniques actuels. Encore là, le médecin devrait obtenir le consentement du patient (de l'employé) à la divulgation de renseignements et il doit éviter de donner plus de renseignements que ne le permet le formulaire de consentement signé par le patient.

#### Ressources de l'ACPM

De nombreuses ressources et publications portant sur une bonne documentation sont disponibles sur le site Web de l'Association au [cmpa-acpm.ca](http://cmpa-acpm.ca), y compris un atelier d'apprentissage en ligne (les membres peuvent se qualifier pour des crédits de DPC [1 heure] grâce à ce programme de développement accrédité).

Tout membre de l'ACPM ayant des préoccupations spécifiques en matière de documentation devrait communiquer avec l'Association pour obtenir des conseils auprès d'un médecin-conseil. Les membres sont encouragés à composer le 1 800 267-6522 ou à soumettre une [demande d'assistance médico-légale/courriel Web](#) disponible sur le site Web de l'ACPM.

## La vie privée et la confidentialité

# Le consentement et le cercle de soins

L'existence de la législation relative à la protection des renseignements personnels au Canada témoigne de l'importance qu'attache la société au droit des individus d'exercer un contrôle sur les renseignements personnels, y compris ceux qui ont trait à la santé. Les professionnels de la santé ont compris depuis longtemps leur responsabilité professionnelle et déontologique de respecter et de protéger les renseignements des patients. Ce devoir de confidentialité fait partie intégrante de la relation fiduciaire (de confiance) entre les médecins (et les autres professionnels de la santé) et les patients. La législation relative à la protection des renseignements personnels a simplement enchâssé ces obligations existantes dans la loi.

Dans une décision datant de 1992, la Cour suprême du Canada (*McInerney c. MacDonald*) a jugé que les médecins ont l'obligation de garder confidentiels les dossiers médicaux des patients. La Cour a déclaré également que les patients ont le droit d'accéder aux renseignements contenus dans leur dossier. Ces principes sont incorporés formellement dans les différentes lois relatives à la protection des renseignements personnels à travers le Canada. Bien que les principes soient raisonnablement clairs, il peut subsister un doute à savoir si les renseignements sur un patient peuvent être partagés entre les membres de l'équipe qui prodiguent les soins de santé. L'évolution de la cybersanté et l'usage croissant des systèmes de dossiers électroniques ont ajouté à la complexité du sujet.

### Alors, qu'en est-il pour les patients et pour les professionnels de la santé?

Le *consentement* est le principal moyen mis à la disposition des patients pour exercer leur droit de contrôle sur les renseignements concernant leur santé. Dans la majorité des cas, les lois relatives à la protection des renseignements personnels exigent l'obtention du consentement d'une personne pour recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels sur sa santé, sauf si une exception s'applique. Le consentement peut être fourni sous forme de directive verbale ou écrite; il s'agit d'un *consentement explicite*. Le consentement peut aussi être *implicite*, lorsque, dans des situations particulières, il est raisonnable de présumer du

consentement de la personne. De façon générale, dans la prestation des soins de santé, les médecins peuvent compter sur le consentement implicite pour recueillir des renseignements personnels sur la santé.

Le consentement implicite peut inclure le partage d'information avec d'autres professionnels de la santé impliqués dans les soins du patient. Le groupe de personnes responsable de fournir les soins au patient fait partie de ce qu'on appelle de façon officieuse le cercle de soins. Alors que le partage d'information au sein du groupe est généralement permis, sur la base du consentement implicite, la divulgation de renseignements à des personnes ou à des organisations à l'extérieur du cercle de soins exige souvent le consentement explicite du patient, à moins que la divulgation ne soit autorisée par la loi.

Même au sein du cercle de soins, les patients peuvent imposer des limites et des conditions quant au choix des personnes qui peuvent avoir accès et partager les renseignements fournis. Ils peuvent modifier ou retirer leur consentement en tout temps, autant de fois qu'ils le souhaitent, ce qui démontre la nature dynamique des dispositions relatives au consentement dans la législation sur la protection des renseignements personnels.

L'expression *cercle de soins* n'apparaît dans aucune législation sur la protection des renseignements

personnels mais elle aide à faire comprendre, à expliquer et à aborder les problèmes inhérents à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels sur la santé. Le cercle de soins peut être réduit ou élargi selon l'état du patient ou les circonstances.



Les professionnels de la santé qui hésitent à savoir si l'accès aux renseignements du patient leur est permis, doivent d'abord se poser deux questions : « Ai-je besoin de cette information pour prodiguer des soins à ce patient » et « Ai-je le consentement du patient, implicite ou explicite, pour accéder à cette information ». Si la réponse à l'une ou l'autre de ces questions n'est pas claire, il serait prudent d'obtenir le consentement d'abord. De façon générale, si les renseignements concernant le patient sont nécessaires

pour prodiguer les soins ou si le patient a donné un consentement explicite, il est raisonnable que le professionnel de la santé ait accès et utilise cette information.

### La protection est essentielle

Dans notre système de santé, non seulement il est obligatoire, mais il est essentiel que les renseignements personnels du patient soient protégés adéquatement. Le concept du *cercle de soins* peut aider les médecins à comprendre comment observer la loi relative à la protection des renseignements personnels sans compromettre la prestation efficace des soins de santé. 🌱

## POUR EN APPRENDRE DAVANTAGE SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ

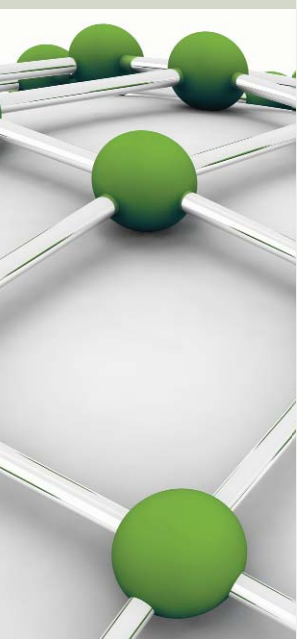


### La vie privée et la confidentialité, une activité d'apprentissage en ligne interactive admissible à l'octroi de crédits de DPC, est offert sur le site Web de l'ACPM à [cmpa-acpm.ca](http://cmpa-acpm.ca).

Découvrez les concepts clés de la vie privée et de la confidentialité, les obligations générales des médecins, le rôle du consentement dans le partage d'information ainsi que le concept du cercle de soins. Voyez des exemples de cas où des manquements se sont produits.



## Le site web de l'ACPM . . . un service de grande valeur pour les membres!



cmpa-acpm.ca

L'ACPM s'est engagée à offrir une assistance et des conseils médico-légaux à ses membres. Reconnaissant que l'emploi du temps chargé des médecins peut ne pas toujours leur permettre un contact téléphonique, l'Association continue d'améliorer les services offerts sur son site web. L'ACPM n'est qu'à un clic.

### **Avez-vous visité son site web dernièrement?**

**APPRENEZ** tout sur les avantages de l'adhésion à l'ACPM et sur la façon dont l'Association peut vous aider

**CONSULTEZ** plus de 200 articles portant sur la gestion des risques

**GÉREZ** votre adhésion : faites une demande d'adhésion en ligne, obtenez la preuve de votre adhésion, modifiez vos coordonnées et plus encore

**DEMANDEZ** une assistance et des conseils médico-légaux par courriel web sécurisé

**OBTENEZ** des crédits de DPC en suivant un atelier d'apprentissage en ligne

**INSCRIVEZ-VOUS** à un symposium ou à une conférence de l'ACPM dans votre région

**TÉLÉCHARGEZ** les guides et publications de l'Association – accédez à la nouvelle édition du *Guide médico-légal à l'intention des médecins du Canada*

**IMPRIMEZ** les formulaires et les gabarits dont vous pouvez avoir besoin dans votre pratique

## Le site web de l'ACPM... en tout temps et en tout lieu!